

## **BOZZA AD USO INTERNO**

**Oggetto: Disposizioni regionali relative ad ambiti territoriali e forme gestionali dei servizi sociali**

**A relazione dell'Assessore Ferrero**

### **Quadro normativo**

L'art. 8 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" 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.

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.

Le modalità organizzative dei servizi sociali presenti nella Regione Piemonte sono, dunque, oltre ai consorzi, la delega in forma associata all'ASL, le comunità montane, le convenzioni tra comuni e tra comuni e comunità montane, la gestione diretta da parte di comuni capoluogo di provincia.

In base all'art. 20 della l.r. 1/2004 la Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, di concerto con la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria di cui all'art. 108 della l.r. 44/2000, fornisce indicazioni relative alle prestazioni essenziali ad integrazione socio-sanitaria, determinandone gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione, di funzionamento e di finanziamento.

La Regione Piemonte preso atto che l'obiettivo di una riduzione del disavanzo della spesa sanitaria imponeva di agire sui fattori strutturali che lo determinavano, nell'aprile 2006, contestualmente alla presentazione di una proposta di nuovo piano sanitario (approvato dal consiglio solo ad ottobre dell'anno successivo), con la deliberazione della Giunta regionale n. 7-2697, ha proceduto ad un provvisorio riassetto delle aziende sanitarie, attraverso il loro accorpamento funzionale, con l'obiettivo di ridurre i costi amministrativi derivanti dall'articolazione in più aziende sanitarie e di beneficiare dall'acquisizione di beni e servizi e dalla gestione di servizi di supporto, su più ampia scala.

Successivamente, la l.r. 18/2007 ha affidato al Consiglio regionale il compito di individuare, su proposta della Giunta, le nuove ASL e i relativi ambiti territoriali stabilendo che tali ambiti devono corrispondere, di norma, ai territori delle province e articolarsi in distretti, con popolazione, come sopra precisato, non inferiore a 70.000 abitanti.

A fine 2007, la legge 24 dicembre, n. 244 (Legge finanziaria 2008), all'art. 2, comma 28, - per limitare la proliferazione di strutture associative comunali e per implementare il processo di riorganizzazione sovracomunale dei servizi- imponeva ad ogni amministrazione comunale l'adesione ad una sola forma associativa (consorzio, unione, gestione associata di funzioni e servizi ex decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 "Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), escludendo da tale riorganizzazioni soltanto i "consorzi istituiti o resi obbligatori da leggi nazionali e regionali".

La rilevante prevalenza della scelta, da parte dei comuni, della forma associata tramite consorzio - in armonia con le indicazioni della l.r. 1/2004- comportava l'introduzione nella legge regionale 23 maggio 2008, n. 12 (Legge finanziaria per l'anno 2008) dell'art. 21 che sanciva la natura obbligatoria dei consorzi costituiti ai sensi del suddetto art. 9 della l.r. 1/2004, sottraendoli al "processo di riorganizzazione sovracomunale dei servizi, delle funzioni e delle strutture previsto dall'articolo 2, comma 28, della legge 244/2007".

Ora, 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".

Il decreto legge sopra citato integra inoltre l'art. 2 , comma 186, della legge 191/2009 disponendo che "sono fatti salvi i rapporti di lavoro a tempo indeterminato esistenti, con assunzione da parte dei comuni delle funzioni già esercitate dai consorzi soppressi e delle relative risorse e con successione dei comuni ai medesimi consorzi in tutti i rapporti giuridici e ad ogni altro effetto".

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 sua mancanza, entro il termine da individuarsi con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

#### SITUAZIONE ATTUALE :

<b>CONSORZI TRA COMUNI</b>	<b>42</b>
<b>COMUNITA' MONTANE</b>	<b>3</b>
<b>CONVENZIONI</b> tra Comuni e tra Comuni e Comunità montane	<b>7</b>
<b>Delega in forma associata all'azienda sanitaria locale (A.S.L.)</b>	<b>1</b>
<b>Gestione da parte di comuni capluogo di provincia</b>	<b>3</b>
<b>TOTALE</b>	<b>56</b>

#### **L'attuale sistema di gestione dell'integrazione socio-sanitaria.**

La Regione Piemonte, per garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei comuni, coerentemente con una scelta adottata ad inizio anni '80, ha confermato la gestione associata.

Tale scelta trova le sue ragioni nell'estrema frammentazione e dispersione dei Comuni piemontesi, come evidenziato nelle tabelle seguenti.

Tab. 1. Comuni piemontesi: distribuzione per classe di ampiezza demografica e tipo di comune *Distribuzione enti e popolazione (Regione Piemonte febbraio 2007)*

	<i>n° comuni</i>	<i>Popolazione</i>	<i>%</i>
Comuni fino a 1000 abitanti	607	287.846	7
Comuni da 1.000 a 5.000 abitanti	464	960.793	22
Comuni da 5.000 a 20.000 abitanti	100	906.678	21
Comuni con oltre 20mila abitanti (escl. Torino)	31	1.208.565	28
Torino	1	902.255	21
<b>Totale</b>	<b>1203</b>	<b>4.329.001</b>	<b>100</b>

*Distribuzione enti inferiori a 20mila abitanti e popolazione per tipo di comune (Regione Piemonte - febbraio 2007)*

	<i>n° comuni</i>	<i>Popolazione</i>	<i>%</i>
Comuni montani	677	753.971	17
Comuni non montani inseriti in Unioni	285	397.336	9
Altri Comuni inferiori a 20mila abitanti	209	1.004.010	23
<b>Totale</b>	<b>1101</b>	<b>2.155.317</b>	<b>50</b>

D'altro canto le attività socio-sanitarie, assicurate ad oggi in forma integrata dalle ASL e dai Comuni singoli e/o associati, riguardano servizi e prestazioni erogate prevalentemente nell'ambito delle seguenti politiche prioritarie:

1. Tutela materno-infantile, come previsto all'art. 45;
2. Tutela della persona disabile, come previsto all'art. 47;
3. Tutela delle persone anziane, come previsto all'art. 50.

Ad oggi sono attivi sul territorio regionale i servizi e le prestazioni essenziali, individuate nell'art. 18, comma 2 della L.R. 1/2004 e di seguito descritte:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale;
- b) servizio di assistenza domiciliare territoriale e di inserimento sociale;
- c) servizio di assistenza economica;
- d) servizi residenziali e semiresidenziali;
- e) servizi per l'affidamento e le adozioni;

f) pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari

Tali servizi e prestazioni sono presenti in livelli fortemente diversificati sul territorio regionale, non solo a causa delle differenze socio-economiche territoriali e/o delle peculiarità dei bisogni espressi, ma anche per la diversa crescita del sistema di welfare, determinata principalmente dalle politiche adottate dalla Regione nel trasferimento delle risorse regionali e statali agli enti gestori dei servizi socio-assistenziali.

In questo quadro sono intervenute norme nazionali e regionali, che hanno modificato e modificano sostanzialmente il quadro istituzionale e per altri versi le compatibilità economiche ad esso presupposte.

La legge 5 maggio 2009, n. 42 “Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione” prevede 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 costituiranno quindi il riferimento a cui rapportare il finanziamento integrale della spesa relativa al settore sociale, qualificato come funzione fondamentale ai sensi dell'art. 21, comma 3, della legge stessa, 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.

Nel contesto normativo sopra descritto si colloca la deliberazione della Giunta regionale n. 14-714 del 29 settembre 2010 avente ad oggetto “Approvazione di criteri transitori per la ripartizione del fondo regionale di cui all'art. 35 della L.R. 08/01/2004 n° 1: Norme per la realizzazione del sistema regionale di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”.

Il provvedimento sostituisce i criteri di riparto del fondo regionale individuati dalla deliberazione della Giunta regionale n. 21 - 1280 del 28 giugno 2004 che prevedevano una suddivisione dei finanziamenti sulla base di tre Aree di riferimento:

- Area A – Parametro popolazione residente: 50%; Parametro dispersione territoriale: 5%.
- Area B – Parametro spese socio-assistenziali dei Comuni: 10%.
- Area C – Parametro soggetti non autosufficienti (anziani e disabili) in carico in rapporto ai residenti: 20%; Parametro soggetti minori (disabili e non) in carico in rapporto ai residenti: 7%; Parametro anziani autosufficienti in carico in rapporto ai residenti: 4%; Parametro Altre povertà e disagio adulti autosufficienti in carico in rapporto ai residenti: 4%.

In base ai nuovi criteri è stato disposto di destinare il fondo regionale indistinto:

- per il 35% in base alla popolazione residente;
  - per il 25% in base agli anziani ultra settantacinquenni residenti;
  - per il 25% in base ai minori residenti;
  - per il 15% in modo inversamente proporzionale al rapporto popolazione/superficie territoriale (dispersione).
- sulla base di modalità di riequilibrio da adottarsi annualmente sulla base delle scelte programmatiche regionali.

Questi criteri consentiranno ad aree maggiormente deprivate, con elevata dispersione territoriale ed alto tasso di invecchiamento di mantenere inalterato l'attuale livello di welfare locale.

Dati Ires, infatti, evidenziano che la Regione Piemonte si contraddistingue per essere, rispetto alla media nazionale, fra i territori "più anziani d'Italia" e che nella stessa la produzione di ricchezza è diminuita rispetto a quella delle altre regioni. Le province che sembrano mostrare situazioni di maggiore fragilità, e quindi che potrebbero risentire in maniera più evidente degli effetti della crisi sono quelle del Piemonte orientale, Alessandria e il V.C.O, in particolare, sia per il basso livello di Pil pro capite, sia per l'alta quota di popolazione anziana presente. (relazione 2009 IRES Piemonte)

La stessa relazione Ires 2009 sottolinea come gli indicatori relativi all'Inclusione mostrano una debolezza regionale relativa a una quota elevata di giovani che non hanno completato il ciclo di istruzione secondaria superiore (maggiore di circa 3-4 punti percentuali rispetto a quella del Veneto, dell'Emilia-Romagna e della Toscana, simile invece a quella lombarda) e alla presenza di una quota di famiglie senza lavoro superiore a quella delle altre regioni del Nord.

A livello provinciale questa seconda area critica è sentita principalmente dalle province di Alessandria, V.C.O. e Vercelli, mentre Cuneo ha la percentuale più bassa di famiglie senza lavoro, cui si accompagna uno dei livelli minori di inattività delle persone (insieme al V.C.O.).

### **Esperienze in atto di integrazione socio-sanitaria e relative criticità.**

Come peraltro già evidenziato nella citata deliberazione n 14-714 del 29 settembre 2010 di modifica dei criteri di riparto del fondo regionale, l'attuale sistema dei servizi e delle prestazioni, specie nel campo dell'integrazione socio-sanitaria, presenta elementi di criticità in termini di efficienza, efficacia e non omogeneità dei servizi sul territorio.

### **L'esperienza dei Piani di zona**

Il primo triennio, 2006/2008 poi prorogato al 31/12/2009, scontando naturali debolezze iniziali, ha prodotto una diffusione dello strumento PDZ a macchia di leopardo per quanto riguarda gli aspetti della linearità temporale, integrazioni con le altre politiche che intersecano l'ambito sociale, corrispondenza della programmazione alle indicazioni regionali.

Gli enti gestori hanno trovato forti difficoltà nel rapporto con le ASL, con gli altri settori pubblici (istruzione, lavoro, formazione) che avrebbero dovuto partecipare ad una programmazione allargata sul modello previsto dalla Legge 328/2000.

- Con la DGR 28-12295/2009 (linee guida) si sono affrontate alcune criticità prevedendo la semplificazione dell'iter procedurale, la partecipazione delle Province ai piani di zona, supporto e monitoraggio regionale e provinciale, maggiore enfasi alla verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti.

Anche in questo triennio 2010/2012 sono già emerse alcune criticità a partire dalla predisposizione dei PePs (i Profili di salute sarebbero più o meno pronti mentre mancano i Piani di salute), che dovrebbero rappresentare un momento di lettura del territorio a monte della specifica programmazione sociale.

Quel che appare complessivamente è una scarsa capacità attrattiva del modello Piano di Zona verso gli Enti gestori che lo vedono come un'ulteriore incombenza burocratica non in grado di apportare effettivi miglioramenti ai servizi.

Lo testimoniano le due rilevazioni effettuate dalla Regione Piemonte al fine di monitorare sul territorio lo stato di avanzamento al 1° marzo e al 30 giugno del 2010 nella predisposizione del Piano di Zona e, in parte, un'indagine indipendente dell'Università di Torino.

La situazione descritta ha indotto ad accogliere una richiesta di rinvio proveniente dall'ANCI, per cui si è proceduto al rinvio di un anno della scadenza della predisposizione del documento di piano e il conseguente slittamento del triennio dal 2010-2012 al 2011-2013.

### **L'esperienza dello Sportello unico**

Con deliberazione n. 55-9323 in data 28.7.2008 la Giunta regionale ha stabilito di destinare la somma complessiva di € 7.797.985,90 - corrispondente alla quota parte per l'anno 2007 del "Fondo per le non autosufficienze" assegnata con Decreto del Ministro della Solidarietà Sociale del 12.10.2007 alla Regione Piemonte - per l'attivazione in ogni Distretto Sanitario dello Sportello unico Socio-Sanitario.

Lo Sportello unico doveva consentire di superare la duplicazione dei percorsi di accesso ai servizi per anziani e disabili presenti sul territorio sia presso le ASL che presso gli enti gestori, dando corpo ad una porta unitaria di accesso del cittadino alle informazioni relative agli ambiti sociale, assistenziale e sanitario e come primo momento di restituzione degli interventi da svolgere.

Ma nella sua attuazione proprio la necessità di procedere alla formalizzazione di "Protocolli d'Intesa" fra le Aziende Sanitarie ed ogni Soggetto Gestore delle funzioni socio-assistenziali dello stesso ambito distrettuale individuando un Ente capofila, cui spetta provvedere al coordinamento e alla gestione delle risorse assegnate ha evidenziato una certa debolezza tecnica ed operativa nella definizione, a livello distrettuale, dei necessari protocolli operativi tra le Aziende Sanitarie e i Soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali.

### **L'esperienza della domiciliarità**

Con D.G.R. n 39-11190 del 6 aprile 2009 è stata destinata la somma di cui al fondo nazionale per la non autosufficienza, relativo all'anno 2008, per un importo di euro 21.513.967,74, per l'istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità di anziani non autosufficienti, fissando il principio che sulle suddette prestazioni socio-sanitarie l' A.S.L. (componente sanitaria) assume a proprio carico il 50% del costo, mentre il restante 50% (componente sociale) è a carico dell'utente / EE.GG. In questa prima fase tale contributo è prioritariamente rivolto a favore di persone anziane non autosufficienti e si configura come erogazione monetaria riconosciuta al beneficiario, per la copertura del costo delle prestazioni di Assistenza Tutelare socio sanitaria previste da un PAI in Lungoassistenza .

Anche nell'attuazione di tale provvedimento è stata prevista la definizione e la predisposizione di accordi, debitamente sottoscritti dalle A.S.L. e dagli EE.GG. in ogni ambito distrettuale, in cui viene individuato l'Ente capofila, con il compito di provvedere alla gestione delle risorse assegnate. Vale quindi anche per la domiciliarità la criticità evidenziata della debolezza tecnica ed operativa nella definizione dei necessari protocolli operativi a cui va aggiunto come alla crescita esponenziale della domanda non abbia corrisposto un'analogia riduzione della residenzialità.

### **Compatibilità economiche.**

Sotto l'aspetto della compatibilità economica il citato decreto legge 78/2010, convertito con modificazioni dalla legge 122/2010, di contenimento della spesa pubblica ai fini della stabilizzazione finanziaria, oltre alle misure indicate in precedenza sull'esercizio delle funzioni, richiede alle regioni e agli enti locali un pesante concorso finanziario, la cui effettiva quantificazione per gli enti della regione Piemonte è ancora sconosciuta, ma che necessariamente comporterà una forte riduzione di risorse.

A questo va aggiunto come già per l'anno in corso questa Amministrazione ha operato scelte difficili per il finanziamento dei servizi socio-assistenziali, scelte che possono essere inquadrate come l'effetto di un momento congiunturale negativo in generale nella finanza pubblica e in particolare in quella regionale, dai contorni ancora incerti soprattutto per le ricadute sul prossimo biennio.

Va inoltre rilevato che l'attuale dimensionamento degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali vede la seguente situazione riportata nella TABELLA A (popolazione ASL popolazione ed enti gestori di riferimento).

L'analisi dei dati del conto consuntivo 2009 degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali evidenzia come la regione Piemonte garantisca il 50, 83 % del finanziamento del sistema mentre l'apporto dei comuni raggiunge circa il 37,70 (v. TABELLE B1 e B2).

Se si prendono a confronto i parametri stabiliti dall'Unione Europea per uniformare il concetto di PMI (v. la tabella sotto riportata) si potrebbe concludere che gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali piemontesi siano collocati nella categoria delle piccole imprese, con tutte le difficoltà di natura economica e finanziaria per questi soggetti economici a mantenere la propria competitività a fronte delle gravi turbolenze dell'attuale crisi economico-finanziaria, che ha visto nell'ultimo biennio (2008-2009) una contrazione in Regione Piemonte del PIL del 6,5%.

<b>Tipo</b>	<b>Occupati</b>		<b>Fatturato (Milioni di €)</b>		<b>Totale di bilancio (Milioni di €)</b>
Media impresa	< 250	e	≤ 50	oppure	≤ 43
Piccola impresa	< 50	e	≤ 10	oppure	≤ 10
Micro impresa	< 10	e	≤ 2	oppure	≤ 2



In tale contesto va evidenziato che, ad un'analisi del conto consuntivo degli enti gestori le spese generali ad oggi sostenute rappresentano mediamente circa il 9% delle spese complessivamente sostenute e trattandosi di costi fissi, che non variano al crescere della produzione dei servizi, incidono sul costo finale dell'intervento e/o della prestazione in maniera significativa. (v.TABELLA C)

Un recupero di efficienza da parte di questi enti garantirebbe nel medio periodo maggiore sostenibilità al sistema di welfare della regione, evitando dure ricadute nella riduzione quali/quantitativa dei servizi alla popolazione, che oggi già si stanno evidenziando.

## **La proposta**

In una situazione di graduale riduzione della spesa pubblica, regionale e locale, anche le politiche di programmazione e gestione devono indirizzarsi verso un sistema istituzionale che, da un lato, garantisca l'accesso più agevolato possibile al cittadino, dall'altro, il mantenimento della qualità dei servizi coniugato con economie di scala non più rinviabili.

Le analisi sopra esposte hanno richiesto di pensare, da un lato, ad un nuovo assetto del servizio sanitario regionale, al momento in fase di studio di questa amministrazione, che pone a carico delle ASL la funzione di produzione di tutti i servizi territoriali e della prevenzione, che si organizzano per distretti e per centri di assistenza primaria (CAP), strutture polifunzionali ospitanti anche gruppi di cure primarie.

Accanto ai distretti ed ai CAP, le ASL si possono organizzare per Dipartimenti specialistici, tra cui emerge la specifica previsione di una struttura aziendale della fragilità, a governo della filiera dei servizi della continuità assistenziale.

D'altro lato l'amministrazione regionale deve assumere le necessarie indicazioni programmatiche per consentire ai comuni titolari delle funzioni concernenti gli interventi sociali di garantire sul proprio territorio il mantenimento delle prestazioni e dei servizi previsti dalla legge.

## **ENTI GESTORI**

Tenendo conto del quadro normativo nazionale e regionale sopra riportato le modalità organizzative che si possono adottare per l'esercizio delle attività sociali a rilievo sanitario per la tutela materno-infantile e dell'età evolutiva, nonché per adulti ed anziani con limitazione dell'autonomia, delle attività di formazione professionale del personale dei servizi sociali e di quelle relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza sui servizi e sulle strutture sono :

- le comunità montane, in base alle disposizioni dell'art. 27 del d.lgs. 267/2000;
- 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 in forma associata tramite delega alle aziende sanitarie locali, ex art. 9 della l.r. 1/2004;
- la gestione dei capoluoghi di provincia.

La regione promuove ed incentiva, anche finanziariamente, le unioni di comuni quali forme associative maggiormente idonee a garantire i diritti dei cittadini e l'erogazione di servizi e prestazioni di livello essenziale, in base alle seguenti motivazioni.

Le unioni di comuni, in quanto enti locali costituiti per l'esercizio congiunto di una pluralità di funzioni, sono organismi ad hoc di integrazione e cooperazione tra pubbliche amministrazioni e salvaguardano l'identità dei singoli enti partecipanti.

I vantaggi conseguibili attraverso l'adozione di tale forma associativa, documentati anche dai risultati delle esperienze maggiormente consolidate, sono di ordine economico, organizzativo, strategico, politico e sociale.

In particolare, con tale modalità gestionale si registra:

- riduzione dei costi unitari di erogazione dei singoli servizi;
- miglioramento degli equilibri economici e finanziari di bilancio nel medio-lungo termine;
- impatto sull'offerta dei servizi, mediante ampliamento della gamma e miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- innovazione dei modelli organizzativi adottati;
- evoluzione nel medio-lungo termine del ruolo e delle funzioni dell'ente;
- capacità di rappresentare e tutelare gli interessi delle diverse comunità.

La realizzazione delle unioni comunali permette di creare delle economie di scala nel dimensionare i servizi e crea le condizioni per la valorizzazione dei piccoli comuni, che pur mantenendo la loro identità, possono accorpare servizi al fine di ridurre i costi pro-capite e ridurre pro-quota le spese fisse di gestione di alcuni servizi.

## FASE TRANSITORIA

In attesa dell'adozione da parte dei comuni di un modello organizzativo definitivo da assumere in seguito allo scioglimento dei consorzi, tenuto conto che per la realizzazione di alcune forme associative (in specie le unioni) sono necessari modalità e tempi di concertazione non realizzabili nel breve periodo, la Regione individua la gestione associata tramite delega alle aziende sanitarie locali quale modalità transitoria particolarmente adeguata per l'esercizio delle funzioni sopra indicate.

Tale modalità organizzativa, come peraltro sopra precisato, potrà essere adottata anche come forma definitiva.

Le motivazioni che stanno alla base delle suddette indicazioni sono le seguenti.

La gestione tramite delega all'ASL, individuando un unico soggetto istituzionale di riferimento, annulla la criticità costituita dalla esigenza di raggiungere specifici accordi tra le componenti sanitaria e sociale, criticità che aggravano le procedure burocratiche, duplicano i centri decisionale e quelli di costo, con conseguente impossibilità di definire il centro di costo effettivo per servizio e prestazione.

Inoltre la delega all'ASL supera il problema dell'erogazione di "prestazioni sanitarie a rilievo sociale", "prestazioni sociali a rilievo sanitario", "prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria" da parte di due soggetti diversi (ASL e i soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali) seppure in collaborazione tra loro, consentendo ai cittadini una migliore conoscenza ed un più efficace esercizio dei propri diritti.

## TERMINI e AMBITO

Di fronte ad un quadro normativo nazionale e regionale ancora in via di definizione -in assenza, sia della legge regionale di individuazione della dimensione territoriale ottimale per lo svolgimento in forma obbligatoriamente associata delle funzioni fondamentali e dei termini, sia del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che individua tali termini in mancanza della suddetta legge regionale- risulta necessario assumere le seguenti indicazioni.

I comuni devono avviare il processo di riorganizzazione gestionale entro un mese dal termine previsto dalla normativa nazionale per l'approvazione del bilancio di previsione 2011.

Viene confermato come previsto dall' art. 8 della l.r. 1/2004 e dall' art. 22 della l.r. 18/2007, per l'esercizio delle funzioni sopra indicate il distretto sanitario quale ambito ottimale per la valutazione dei bisogni socio-sanitari della comunità e per la definizione delle caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari.

Infatti la coincidenza territoriale tra enti gestori e distretti sanitari non solo permette di creare economie di scala funzionali ad una efficiente allocazione di risorse per le attività territoriali socio-sanitarie, ma consente altresì una maggiore interconnessione per la attuazione della programmazione locale, nonché una corrispondenza fra il consiglio dei sindaci di distretto e l'organo assembleare degli enti gestori, a garanzia di una sede unificata per l'approvazione e la verifica della programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria.

## INCENTIVI

Ai sensi della deliberazione n. 14-714/2010, in base agli stanziamenti disponibili nel bilancio regionale, la Giunta regionale annualmente applica un meccanismo di riequilibrio delle assegnazioni, tenendo conto, tra le altre condizioni dell' "ampliamento degli ambiti territoriali di riferimento per la gestione dei servizi socio-assistenziali e/o realizzazione di forme di collaborazione continuative tra enti gestori e tra enti gestori ed ASL, ubicati sul territorio della stessa ASL, per la gestione e/o l'acquisto delle prestazioni dalle unità di offerta socio-assistenziali presenti sul territorio aziendale".

Inoltre l'art. 22, comma 2, della l.r. 18/2007 promuove ed incentiva, anche finanziariamente, il raggiungimento della coincidenza tra distretti ed enti gestori dei servizi sociali.

In base al combinato disposto delle norme su richiamate, la regione – con l'adozione della suddetta deliberazione annuale di riequilibrio delle risorse del fondo per la gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali- incentiva finanziariamente le unioni di comuni coincidenti con i distretti sanitari di riferimento.

## SOSTEGNO FASE TRANSITORIA

Nella fase transitoria la Regione sostiene finanziariamente, con l'adozione della citata deliberazione annuale di riequilibrio:

l'avvio del processo di riorganizzazione gestionale da parte delle amministrazioni comunali per la costituzione di unioni di comuni;

la gestione associata tramite delega alle aziende sanitarie locali,

di concerto con la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria di cui all'articolo 108 della l.r. 44/2000, inserito dall'articolo 10 della l.r. 5/2001

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

sentita la competente Commissione consiliare in data .....

la Giunta regionale, unanime,

## D E L I B E R A

per le motivazioni in premessa illustrate

- di promuovere le unioni di comuni quali forme associative maggiormente idonee a garantire i diritti dei cittadini e l'erogazione di servizi e prestazioni di livello essenziale;
- di stabilire che entro un mese dal termine previsto dalla normativa nazionale per l'approvazione del bilancio di previsione 2011 i comuni devono avviare il processo di riorganizzazione gestionale;
- di individuare come modalità transitoria la gestione in forma associata tramite delega alle aziende sanitarie locali, in attesa dell'adozione di un modello organizzativo definitivo da assumere in seguito allo scioglimento dei consorzi; tale modalità organizzativa potrà essere adottata anche come forma definitiva;

-di incentivare finanziariamente -con l'adozione della deliberazione annuale di riequilibrio delle risorse del fondo per la gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali- le unioni di comuni coincidenti con i distretti sanitari di riferimento,

-di sostenere finanziariamente nella fase transitoria, con la suddetta deliberazione annuale di riequilibrio:

- l'avvio del processo di riorganizzazione gestionale da parte delle amministrazioni comunali per la costituzione di unioni di comuni;
- la gestione associata tramite delega alle aziende sanitarie locali.