

Sanità e territorio

I SERVIZI SOCIO-SANITARI DEI COMUNI ITALIANI



Supervisione: Giorgia Marinuzzi (IFEL-Fondazione ANCI).

Cura: Rosanna Di Natale (Federsanità - Confederazione delle Federsanità ANCI regionali).

Il Rapporto è stato realizzato da Federsanità - Confederazione delle Federsanità ANCI regionali e chiuso a maggio 2021.

Indice

Prefazione di *Alessandro Canelli* ed *Enzo Bianco* / 5

Introduzione di *Tiziana Frittelli* / 7

Capitolo 1.

Il contesto di riferimento / 11

1.1 Il Patto per la Salute 2019-2021 / 12

1.2 Il Fondo Sanitario Nazionale e le modifiche post Covid / 21

Capitolo 2.

La medicina territoriale e la sanità di prossimità / 24

2.1 L'esperienza dell'area Valtrebbia (Liguria) / 28

2.2 L'esperienza dell'area Fortore (Molise) / 29

Capitolo 3.

La gestione dell'emergenza Covid-19: la voce dei comuni / 32

Capitolo 4.

I servizi sociali dei comuni: spesa e aree di utenza / 40

4.1 Le dinamiche di spesa / 41

4.2 La gestione della spesa / 48

4.3 Le aree di utenza / 57

Capitolo 5.

Uno sguardo al futuro: la Missione Salute nel PNRR / 68

Capitolo 6.

Conclusioni / 73

Appendice 1 Osservatorio normativo regioni italiane / 79

Appendice 2 Elenco dei servizi sociali offerti dai comuni / 111

Bibliografia e sitografia / 113

Prefazione

a cura di *Alessandro Canelli – Presidente IFEL*
ed *Enzo Bianco – Presidente Consiglio Nazionale ANCI*

La pandemia ha dimostrato quanto la capacità di fare rete abbia avuto un ruolo determinante nella gestione dell'emergenza.

I comuni, insieme alle strutture assistenziali governate dal SSN, alle strutture sociali comunali, senza tralasciare l'apporto delle diverse espressioni della società civile e del Terzo settore, hanno dato prova di una straordinaria capacità di coordinamento e di *governance*.

Il modello di stretta collaborazione tra i vari livelli che sono intervenuti sul territorio è stata la formula vincente per la gestione dei differenti bisogni espressi dai cittadini in un momento che non ha precedenti nella nostra storia.

La lezione principale che ci lascia la pandemia è che la prevenzione rappresenta l'unica strada per fronteggiare le emergenze e che l'integrazione socio-sanitaria non è più prorogabile.

Questo Rapporto, che restituisce il quadro dello stato dei servizi socio-sanitari negli ultimi anni, non vuole essere una mera analisi di cifre e tabelle ma uno strumento per fare emergere, tra le altre cose, criticità che pongono ai sindaci temi strategici su cui riflettere per una migliore erogazione dei servizi. Primo fra tutti quelli della disomogeneità territoriale, che è emerso con

prepotenza durante la pandemia portando alla luce aree nelle quali l'offerta dei servizi sanitari è stata insufficiente. Una questione nevralgica, questa, che al di là della gestione emergenziale non può rimanere sullo sfondo.

Non possiamo più permetterci un *gap* strutturale che privilegia chi vive in certe zone rispetto ad altre, creando cittadini appartenenti a categorie diverse a seconda della residenza geografica.

In questo, le risorse del PNRR rappresentano un importante strumento per riorganizzare e restituire a tutte le aree del nostro Paese pari dignità e colmare così il divario digitale e le carenze strutturali presenti ancora in molte zone. Siamo convinti che tutti i cittadini debbano godere della stessa qualità dei servizi e della possibilità di accedere alle cure in egual misura. Riteniamo che tra i principali compiti dei nostri sindaci rientri il dovere di fornire risposte adeguate e omogenee alle istanze di salute espresse dal territorio. Ma per raggiungere pienamente questo obiettivo è necessaria una efficace attività multilivello di coordinamento tra primi cittadini, autorità sanitarie locali e regioni.

Introduzione

A cura di *Tiziana Frittelli*

Presidente Federsanità - Confederazione delle Federsanità ANCI regionali

La pandemia, che da oltre un anno ha modificato la realtà per come la conosciamo e le interazioni tra gli esseri umani e tra le istituzioni, ha esasperato anche una serie di situazioni che da decenni si trascinavano senza soluzioni omogenee su tutto il territorio nazionale.

Tra queste, il rapporto sanità e territorio è forse la situazione che ha messo maggiormente in difficoltà la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale e, quindi, lo stato di salute della popolazione. Infatti, due percorsi che dovrebbero viaggiare quasi sempre con servizi in modalità integrata e sovrapponibile hanno mostrato nella maniera più eclatante quanto, invece, viaggiassero in maniera parallela, erogando spesso servizi allo stesso individuo ma senza incontrarsi mai. Con danno dei servizi erogati e delle risorse investite.

Come viene descritto più ampiamente nel Capitolo “La gestione dell’emergenza Covid-19: la voce dei comuni” all’interno del presente Rapporto, tutti i sindaci hanno avuto, da un giorno all’altro, la necessità di confrontarsi con i servizi del SSN. E, ovviamente, dove esisteva già

un’attività integrata si è trattato di adeguarsi alla situazione di emergenza, dove, invece, non esistevano situazioni di integrazione, si è dovuto inventare, o meglio, innovare con tempi di attuazione veloci.

Per questo motivo, con questo Rapporto – oltre a fare il punto su cosa ha rappresentato la pandemia e come questa ha inciso sui servizi dei comuni – si è pensato di fornire un quadro sul tema dell’integrazione socio-sanitaria alla luce delle normative degli ultimi anni, di alcune esperienze positive legate alle cosiddette aree interne e degli approcci indicati anche a livello internazionale riguardo al tema della salute e del benessere in senso più ampio.

In particolare, immaginando di fornire ai comuni una cassetta degli attrezzi che contenesse strumenti di comprensione sul funzionamento del SSN per quanto riguarda le interazioni con i servizi sociali e socio-assistenziali sul territorio, si è partiti dalla descrizione dell’ultimo Patto per la salute 2019-2021 e del Fondo Sanitario Nazionale per quanto riguarda le risorse (Capitolo 1). Si è passati quindi nel secondo Capitolo

ai servizi e ai soggetti che interpretano la medicina del territorio e la sanità di prossimità, con le criticità che negli anni sono emerse e si sono “fossilizzate”, ma anche con alcune esperienze di integrazione riuscite.

Il terzo Capitolo, come accennato sopra, racconta cosa è accaduto nei comuni con le voci dei sindaci: le emergenze ma anche le innovazioni dettate all’inizio dalle condizioni particolari e poi formalizzate perché più adeguate alla gestione dei servizi rispetto a quanto si facesse “prima”. Uno sforzo che ha consentito di superare e dominare con intelligenza avvenimenti che rischiavano di travolgere ogni cosa e di determinare pericolose situazioni di abbandono.

Il quarto Capitolo prende in esame la spesa socio-assistenziale dei comuni negli ultimi anni per i quali sono disponibili dati Istat (2013-2018). Tenendo presente che il Covid-19 ha stravolto ogni cosa, è utile, in ogni caso, capire come ci si è orientati nel Paese sull’offerta dei servizi ai cittadini, anche in considerazione dei fondi messi a disposizione e come questo abbia inciso sulla gestione dell’emergenza, prima, e come inciderà sulla vita dei cittadini, nei prossimi mesi. Per questo motivo, il Rapporto non è solo una esposizione e analisi di dati e tabelle sugli anni passati ma anche uno strumento per dare conto di quanto accaduto nei comuni per l’erogazione dei servizi, e come si sono re-inventati in una situazione nuova e improvvisa. Ovviamente sarà possibile valutare in modo più preciso cosa è successo, per quanto riguarda la spesa dei servizi socio-assistenziali, quando saranno disponibili i dati Istat dal 2019 al 2021. Allora si potranno probabilmente valutare nel complesso quelle azioni “innovative” che nel Rapporto sono state colte come buone pratiche messe in atto da sindaci illuminati (e disperati).

Come anticipato sopra, la lettura dei dati Istat raccolti dai comuni tra il 2013 e il 2018, già mostrava quelle carenze che nei mesi scorsi sono

diventate in molti casi drammatiche. Per questo motivo, in ragione di quanto stava accadendo, il Rapporto si è focalizzato sui servizi offerti alla fascia degli ultra 64enni. Servizi e spesa che nei dati forniti dalle rilevazioni Istat sembrano non accompagnare l’evoluzione demografica del Paese e le sue nuove necessità. Per una popolazione che invecchia come la nostra – l’Istat stima tra il 2021 e il 2030 una crescita del 17% degli *over 64* anni – bisognerà concentrarsi su come garantire salute e qualità della vita ad una parte molto ampia di popolazione e questo impone una rimodulazione e una integrazione dei servizi, non più rinviabile, centrata sulla gestione delle cronicità, sull’invecchiamento attivo, sulla promozione della salute.

Il quinto Capitolo prende in esame la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il programma di investimenti presentato dall’Italia alla Commissione europea nell’ambito del Next Generation EU e strumento adottato per rispondere alla crisi pandemica provocata dal Covid-19. È infatti con questo strumento, e con le linee e i progetti in esso contenuti, che il SSN e, soprattutto, i comuni si dovranno confrontare nei prossimi mesi e da cui dipende un’auspicata rivoluzione dei servizi sul territorio. Anche perché, come è stato detto dal Presidente Draghi, gli enti locali sono i veri attuatori del Piano in quanto sono loro ad avere massima contezza dei bisogni del territorio in ambiti quali la coesione sociale e la sanità. Il PNRR è forse l’ultima grande occasione per fare di un quarantennale di teorie e sperimentazioni sulle cure primarie finalmente una rete attiva, integrata e omogenea sul territorio.

Ci sono le idee, ci sono le risorse economiche, tecnologiche e, soprattutto, ci sono donne e uomini capaci.

Le conclusioni del sesto Capitolo sono a cavallo tra quanto emerge dai dati, quello a cui abbiamo assistito con il Covid e quello che ci si può immaginare per risollevarsi dall’emergenza.

Se dovessimo sintetizzare in una battuta i servizi del territorio, i dati di spesa dei comuni e il loro ridursi in alcune aree strategiche, alla luce di quanto accaduto con il Covid, ciò che appare del tutto evidente è che investire in salute conviene. Conviene per una serie infinita di motivi ma anche perché, come abbiamo visto, quando la salute entra in emergenza riduce i diritti delle altre sfere della vita come il lavoro, l'economia, il tempo libero, ecc.

Conviene investire in salute per dare sostegno, dare sollievo, liberare risorse, creare aree di felicità.

Capitolo 1

Il contesto di riferimento



1.1 Il Patto per la Salute 2019-2021

La Conferenza Stato-Regioni nella riunione del 18 dicembre 2019 ha sancito l'intesa concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021¹. Nel corso della seduta - si legge negli atti - le regioni hanno consegnato al Governo un primo documento recante "Patto per la salute per gli anni 2019-2021" condiviso con il Ministero della Salute. Nel corso dell'incontro il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha chiesto una modifica che è stata accolta dalle regioni, che hanno peraltro formulato una raccomandazione, tornando a consegnare al Governo un documento già approvato l'8 agosto 2018.

Il Patto per la salute 2019-2021, dopo lunga gestazione, alla luce degli eventi dell'ultimo anno, appare, in alcune parti, non più pertinente rispetto alla realtà. O meglio, oltremodo in ritardo rispetto alle situazioni che si ipotizzava di affrontare nei tre anni considerati e che sono

divenute, nel frattempo, emergenziali.

Infatti, alcune indicazioni relative al monitoraggio dei LEA e al loro aggiornamento, alla verifica dei servizi, alla loro organizzazione, alle figure professionali da coinvolgere, alle liste d'attesa per le prestazioni, ecc., tutto questo è "saltato" perché ogni forma di programmazione concordata è stata necessariamente rivista alla luce delle necessità sanitarie intervenute.

Per questo motivo, delle 17 schede di cui si compone il Patto, si riporta il testo delle schede più attinenti alle questioni che verranno affrontate in questo Rapporto e alcune note di lettura.

«Scheda 2 - Garanzia dei LEA

- Governo e Regioni convengono sulla necessità di completare al più presto il percorso di attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 "Nuovi LEA", attraverso l'approvazione del decreto che fissa le tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica che consente

1. <http://www.regioni.it/newsletter/h-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616/>

l'entrata in vigore dei relativi Nomenclatori sull'intero territorio nazionale. (...)

- A tal fine si conviene di dare impulso operativo al richiamato Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), inteso quale strumento di misurazione che, attraverso l'attribuzione di punteggi relativi ad un set di indicatori, è in grado di evidenziare le situazioni di garanzia dei LEA così come le eventuali criticità che possono determinare carenze della regione nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia a livello complessivo sia a livello di singole aree assistenziali, comprendendo tra le criticità la presenza di grandi variabilità infra-regionali. Si condivide che nel corso del 2020, in sede di prima applicazione, in una logica di graduale accompagnamento del sistema verso omogenei standard di assistenza, il Comitato LEA valuterà eventuali ulteriori ambiti di miglioramento e modifica del sistema di valutazione. Resta ferma la necessità inderogabile di disporre dei dati comparativi del NSG e griglia LEA relativi al 2018 entro il 1° febbraio 2020.
- Dall'anno 2020, il Comitato LEA effettuerà annualmente la valutazione basata sul Nuovo sistema di garanzia, inerente la qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari regionali dando evidenza delle criticità eventualmente presenti con riferimento all'erogazione dei LEA. Sulla base di tale monitoraggio, da effettuarsi perentoriamente entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento:
 - a) anche in situazioni di sufficienza nei 3 macro-livelli, il Comitato LEA, nell'ambito del sistema adempimenti, segnala le eventuali carenze rilevanti da qualificare come impegni;
 - b) ove si rilevino gravi criticità in almeno due macro-livelli di assistenza, il Comitato LEA invita la regione a presentare, entro un ter-

mine congruo in relazione alla criticità e comunque non superiore a trenta giorni, un piano di risoluzione delle predette criticità che riporti gli interventi da porre in essere in un arco temporale coerente con la complessità dei problemi da risolvere. Il piano dovrà prevedere gli interventi di risoluzione delle criticità nell'ambito della sostenibilità economica del Servizio sanitario regionale interessato. Tale piano, denominato "Intervento di potenziamento dei LEA", è valutato nei successivi trenta giorni dal Comitato LEA in ordine alla coerenza degli interventi proposti, ai modi e ai tempi previsti. In caso di mancata presentazione del piano da parte della regione o di non adeguatezza dello stesso sulla base delle valutazioni del Comitato LEA, il Ministro della salute, avvalendosi degli Enti vigilati, ciascuno per l'ambito di propria competenza, previa diffida ad adempiere alla regione entro i successivi 15 giorni e ove persista l'inadempimento, provvede entro i successivi trenta giorni a predisporre un piano e a sottoporlo all'approvazione del Comitato LEA. La valutazione da parte del Comitato LEA deve in ogni caso avvenire entro il termine utile a consentire la chiusura della valutazione complessiva degli adempimenti annuali entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005. (...)

- Ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico finanziario, si conviene di implementare il nuovo Piano Nazionale per il governo delle liste d'attesa 2019-2021 che nasce con l'obiettivo prioritario di avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, individuando elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili. Si conviene altresì di utilizzare le evidenze che emergeranno in sede di monitoraggio

delle liste di attesa al fine di indirizzare gli interventi sopra previsti. (...)».

Note di lettura alla Scheda 2

La discussione sul prossimo Patto per la salute – che pare sia già iniziata all'interno della Cabina di regia Ministero, Agenas, regioni – non può non tenere conto della difficoltà, a tutti i livelli, di rispettare l'erogazione dei LEA in tutte le regioni.

Servizi e ambulatori chiusi, ospedali riconvertiti sul Covid hanno messo seriamente a rischio la salute di molti pazienti cronici. Il monitoraggio a cui si accenna, con i rispettivi indicatori, dovrà tenere conto della rivoluzione avvenuta.

La stessa rivoluzione che ha reso i cosiddetti Nuovi LEA in alcuni casi già obsoleti. Infatti, alcune prestazioni inserite nella versione che è stata poi approvata risultano oggi già non utilizzate mentre la medicina in questi ultimi anni si è orientata verso la medicina personalizzata, l'uso delle tecnologie più avanzate e, da ultimo – proprio a causa del Covid – ad un impiego della Telemedicina non più come sperimentazione di qualche ospedale evoluto ma come prassi per seguire comunque i pazienti che non potevano accedere agli ospedali.

Infine, il riferimento al governo delle liste d'attesa diventa assolutamente prioritario in un contesto in cui molte visite nell'ultimo anno sono state annullate e alcune patologie – come quelle tumorali – portano oggi pazienti in ospedale con gradi di avanzamento della malattia che non si vedevano da dieci anni.

Livelli Essenziali di Assistenza – LEA

La nozione di livelli essenziali è stata introdotta nella Costituzione dalla Legge costituzionale n. 3 del 2001, di riforma del Titolo V, con riferimento alla competenza legislativa esclusiva dello Stato nella determina-

zione dei livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio nazionale.

In ambito sanitario, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono stati poi definiti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, con un classificatore e nomenclatore delle prestazioni sanitarie erogabili da parte del SSN. Il Decreto specifica le prestazioni garantite dal SSN e riconducibili ai seguenti Livelli Essenziali di Assistenza:

- assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
- assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);
- assistenza ospedaliera, declinata in assistenza in pronto soccorso, ricovero ordinario, *day hospital* e *day surgery*, strutture per la lungodegen-

za e la riabilitazione, ecc.

Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello “essenziale” garantito a tutti i cittadini ma le regioni possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

Il D.P.C.M. del novembre 2001 dedicava un passaggio (allegato 1C) all'integrazione socio-sanitaria, ovvero alle prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultavano operativamente distinguibili e per le quali si era convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al SSN. Tale percentuale di costo non attribuibile al SSN era coperta dai comuni - in quanto responsabili dei costi delle prestazioni sociali - o dall'utente.

Il 18 marzo 2017 veniva pubblicato, dopo essere stato sottoposto al parere delle Commissioni parlamentari competenti, il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

L'aggiornamento dei LEA ha introdotto modifiche al nomenclatore della specialistica ambulatoriale, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed eliminando quelle ormai obsolete, ha innovato il nomenclatore dell'assistenza protesica, revisionato l'elenco delle malattie rare e quello delle malattie croniche e introdotto nuovi vaccini e nuovi accertamenti per patologie neonatali. Tali aggiornamenti non sono divenuti tutti operativi, in quanto i decreti che fissano le tariffe massime dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, rendendo così non fruibili le nuove prestazioni, sono stati emanati, non tutti, in tempi successivi.

«Con l'aggiornamento dei LEA, è stato rite-

nuto inoltre necessario adeguare il sistema di garanzie per il raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 9 del decreto legislativo n. 56/2000 per la verifica dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata, mediante il Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 per il monitoraggio dell'efficienza ed appropriatezza organizzativa, clinica e di sicurezza delle cure»².

Rispetto al D.P.C.M. del 2001, si individuano una diversa aggregazione delle attività, una maggiore specificazione dei programmi e attenzione alla sorveglianza e alla prevenzione primaria delle malattie croniche. «Il Capo IV (articoli 21-35) dispone in merito alle norme riguardanti l'assistenza sociosanitaria. Il provvedimento individua e descrive le diverse tipologie di assistenza caratterizzate da diversi livelli di complessità ed impegno assistenziale, ai quali corrispondono diversi percorsi assistenziali, confermando sostanzialmente quanto già previsto precedentemente, se non per l'introduzione delle cure palliative domiciliari, del servizio di neuropsichiatria infantile, non menzionati dal D.P.C.M. del 2001, e l'estensione dell'area delle dipendenze a tutte le dipendenze patologiche e i comportamenti di abuso (fra queste anche la ludopatia, come fra l'altro stabilito dall'art. 5 del decreto legge 158/2012)»³.

2. https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_aggiornamento_dei_livelli_essenziali_di_assistenza__lea_.html

3. *Ib.*

«Scheda 8 - Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale

- Il mutato contesto socio-epidemiologico, l'allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l'aumento della cronicità e la sempre più frequente insorgenza di multi-patologie sul singolo paziente, impone una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, basati sulla medicina di iniziativa in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano Nazionale della Prevenzione, per promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza socio-sanitaria e sanitaria domiciliare, lo sviluppo e l'innovazione dell'assistenza semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti. Al fine di prevenire l'aggravamento delle patologie legate ai processi di invecchiamento della popolazione, limitare il declino funzionale e migliorare complessivamente la qualità della vita dell'assistito occorre promuovere nell'ambito di quanto previsto dai LEA e dai percorsi di integrazione socio-sanitaria e sanitaria i trattamenti riabilitativi. Le predette attività devono essere erogate con riguardo alle diverse modalità di copertura delle spese da parte del SSN e dei comuni.
- Nell'ambito dell'assistenza territoriale si intende concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali. A tal fine si conviene di definire linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, con l'obiettivo di promuovere:
 - > le modalità e gli strumenti per favorire l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno;
 - > il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone;
 - > specifiche politiche attive di promozione e tutela della salute con particolare attenzione all'infanzia e all'adolescenza, alle persone con disturbo mentale, al sostegno dell'autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza. Saranno inoltre potenziate politiche a favore dell'area materno-infantile, delle patologie croniche, delle dipendenze patologiche, dei disturbi del comportamento alimentare, delle cure palliative e della terapia del dolore;
 - > la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, finalizzato alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità;
 - > la valorizzazione del ruolo del farmacista in farmacia che è un presidio rilevante della rete dei servizi territoriali per la presa in carico dei pazienti e per l'aderenza terapeutica degli stessi e non solo per la dispensazione dei medicinali, al fine di rafforzare l'accesso ai servizi sanitari. Tale processo trova la prima attuazione nell'ambito del

percorso di definizione e attuazione della Farmacia dei servizi e della nuova convenzione nazionale.

- Si conviene di accelerare i percorsi di implementazione e integrazione dei flussi informativi necessari per un effettivo monitoraggio dell'assistenza territoriale, completando il sistema anche con i flussi delle cure primarie, della riabilitazione e degli ospedali di comunità e dei consultori familiari».

comunità e Ospedale di comunità - OdC) attivi nei diversi sistemi sanitari regionali (per la definizione di case della salute ed ospedali di comunità cfr.infra). Tali strutture, infatti, hanno un ruolo centrale nella Missione Salute (n. 6) del PNRR⁵ all'esame del Parlamento».

Note di lettura alla Scheda 8

Il tema vero non sembra l'uso di nuove parole per definire oggetti molto simili: Case per la salute, Ospedali di comunità o Casa della comunità come dice il PNRR. Quanto andrebbe fatto sul territorio è descritto nelle diverse normative ormai da quarant'anni. Nel frattempo, sono migliorate le tecnologie e la possibilità di realizzare un sistema a rete efficiente ed efficace.

Tuttavia, quello che sembra mancare è la forza e la volontà di avviare una rivoluzione che coinvolga tutti i soggetti, dalle ASL ai comuni, al Terzo settore, ognuno per le proprie competenze ma ognuno interdependente dagli altri nodi della rete.

Tutto ciò è reso drammaticamente vero da una indagine "Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale"⁴ della Camera dei Deputati pubblicata a marzo 2021.

Indagine che, come si dice in Premessa: «Nel dicembre del 2020, il Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei Deputati ha inviato alla Conferenza delle Regioni una richiesta di informazioni relativa ai presidi delle cure intermedie (Case della Salute/Casa di

4. http://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/ASo207.htm?_1616059457576

5. http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/DFP25_parte_1.pdf?_1614591166548

La tabella che mappa la distribuzione delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità è la seguente:

Regione/PA	Casa della Salute dichiarate attive	Ospedali di Comunità dichiarati attivi	
	N	N	PL
Valle D'Aosta	-	-	-
Bolzano	-	-	-
Trento	-	-	-
Piemonte	71	5	30
Lombardia	-	20	467
Veneto	77	69	1.426
Friuli-Venezia Giulia	-	-	-
Emilia-Romagna	124	26	359
Liguria	4	1	20
Toscana	76	20	245
Marche	21	14	616
Abruzzo	N.C.	5	-
Lazio	22	-	-
Umbria	8	-	-
Molise	6	2	-
Basilicata	1	-	-
Puglia	-	-	-
Campania	-	1	-
Calabria	13	-	-
Sicilia	55	-	-
Sardegna	15	-	-
Totale	493	163	3.163

N.C.: la Regione Abruzzo ha trasmesso la programmazione delle UCCP dalla quale non si evince il numero di UCCP attive all'anno 2020.

Fonte: Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale, 2021

Per comprendere la necessità di cambio di passo nell'attuazione di quanto previsto, è oppor-

tuno sottolineare che la Casa della salute è stata prevista dalla Legge Finanziaria 2007 (Legge n. 296 del 2006 - Art. 1, comma 806, lett.a)) che ha indirizzato specifiche risorse, pari a 10 milioni di euro, per la sperimentazione di tale modello assistenziale.

Con il Decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007 sono state poi emanate linee guida per l'accesso al cofinanziamento ai fini della sperimentazione progettuale delle case della salute quali strutture polivalenti in grado di erogare in uno stesso spazio fisico prestazioni socio-sanitarie integrate ai cittadini.

Se, come si evince dalla tabella sopra dello studio condotto dalla Camera, sono trascorsi circa 14 anni per implementare in maniera tanto parziale questi luoghi delle cure territoriali, occorre domandarsi seriamente il motivo e trovare soluzioni per una più veloce applicazione.

«Scheda 12 - Prevenzione

- Governo e Regioni convengono di implementare gli investimenti in promozione della salute e prevenzione, quali elementi cruciali per lo sviluppo della società, favorendo l'integrazione delle politiche sanitarie e il raccordo funzionale tra Piano Nazionale Prevenzione e Piano Nazionale Cronicità e gli ulteriori strumenti di pianificazione nazionale. Convengono altresì, secondo i principi della "Salute in tutte le politiche" e in collegamento con gli indirizzi internazionali in materia di prevenzione (Agenda 2030), sulla necessità di garantire equità e contrasto alle disuguaglianze di salute, di rafforzare l'attenzione ai gruppi fragili, di perseguire un approccio di genere, di considerare le persone e le popolazioni in rapporto agli ambienti di vita (*setting* di azione); di orientare le azioni al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza (*approccio life course*), ponendo in atto interventi basati su evidenze di costo efficacia, equità e sostenibilità, finalizzati alla promozione di stili di vita sani e alla rimozione dei fattori di

rischio correlati alle malattie croniche non trasmissibili.

È necessario dare una risposta al forte allarme sociale ed al diffuso livello di inquinamento territoriale mediante un intervento volto a contrastare la presenza di inquinanti emergenti non normati (es. i PFAS) presenti nell'ambiente. Senza nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Per lo *screening* mammografico Governo e Regioni concordano sulla necessità di ampliare le fasce di età interessate nell'ambito delle risorse programmate per il Servizio Sanitario Nazionale.

- In particolare:
 - > si intende contrastare il fenomeno dell'antimicrobico-resistenza attraverso l'impegno di Governo e Regioni a dare piena attuazione al Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020 e a procedere al suo aggiornamento sulla base dei risultati conseguiti nel 2020, attraverso un percorso partecipato e condiviso in ogni fase;
 - > si conviene di consolidare il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili attraverso promozione della salute, diagnosi precoce e presa in carico, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura;
 - > si conferma l'impegno di Governo e Regioni alla realizzazione del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia, per il conseguimento degli obiettivi di eradicazione;
 - > si conviene di definire valori soglia per gli inquinanti non normati nell'ambiente, mediante la collaborazione fra l'Area sanitaria e quella ambientale, a tutela dei cittadini;
 - > si intende confermare l'importanza delle

attività di vigilanza sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dall'art.13 del decreto legislativo n. 81/2008 prevedendo, di concerto ed attraverso l'intesa fra la Conferenza Stato Regioni, uno standard di dotazione del personale: medici, tecnici della prevenzione, chimici, ingegneri, ecc.;

- > si intende valorizzare inoltre l'impegno a rafforzare una visione di salute pubblica in un'ottica "One Health", che si basa sulla progettazione e attuazione di programmi, politiche, legislazione e ricerca, in cui più settori comunicano e collaborano per ottenere migliori risultati di salute pubblica, mediante un metodo collaborativo, multidisciplinare, multi-professionale. L'approccio "One Health" considera la salute umana e la salute degli animali come interdipendenti e legati alla salute degli ecosistemi in cui sono contestualizzati;
- > si conviene altresì che il Piano coordinato nazionale dei controlli (PCNC) (in corso di elaborazione il PCNP 2020-2024) ricomprende tutti i piani specifici di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria».

Note di lettura alla Scheda 12

La scheda sulla Prevenzione sembra anticipare un impegno che, se fosse stato messo in atto, avrebbe ridotto – soprattutto in alcune regioni – la confusione sul territorio al manifestarsi del Covid e, più di recente, quella sulle relative vaccinazioni. Infatti, diversi studi e articoli hanno rappresentato come l'indebolimento, dove se non addirittura la cancellazione, dei Dipartimenti di Igiene pubblica abbia creato un vuoto di governo della situazione.

Molti degli effetti di quanto si tratta alla voce "Prevenzione" sono visibili a medio e lungo periodo. La messa in atto di politiche orientate alla promozione di stili di vita sani e alla rimozione dei fattori di rischio correlati alle malattie

croniche non trasmissibili deve necessariamente coinvolgere tutti gli attori del territorio e, per certi versi, i comuni in prima battuta. Infatti, molto della parte non immediatamente visibile della prevenzione passa per le città, per la loro organizzazione e vivibilità.

«Scheda 15 - Revisione del DM 70/2015

- Come previsto dalla stessa norma, a quattro anni dalla sua adozione, si conviene sulla necessità di revisione del Decreto, aggiornandone i contenuti sulla base delle evidenze e delle criticità di implementazione individuate dalle diverse Regioni, nonché integrandolo con indirizzi specifici per alcune tipologie di ambiti assistenziali e prevedendo specifiche deroghe per le Regioni più piccole».

Note di lettura alla Scheda 15

Il DM 70 è stato negli anni scorsi oggetto di continuo scontro soprattutto tra regioni/Direttori generali di ASL e comuni.

L'applicazione di indicatori epidemiologici e di volumi di attività chirurgiche ha portato alla chiusura dei famosi "piccoli ospedali", con diverse rivolte delle popolazioni coinvolte che, come si evince anche dai dati sopra citati, a fronte della chiusura dell'ospedale (magari fatiscente) raramente hanno visto, in contemporanea, l'apertura di servizi sul territorio.

La questione si è riproposta con il Covid e con la necessità di avere a disposizione più posti letto e, in particolare, di terapia intensiva (che, comunque, raramente erano presenti nei piccoli ospedali).

Si tratterà di rivedere il DM 70 certamente alla luce delle criticità emerse in alcune zone periferiche ma sarebbe un fatto rivoluzionario se, sotto la spinta dei problemi emersi con il Covid, un DM 70 delle cure territoriali fosse pensato e messo in atto così velocemente come è avvenuto per il DM 70/2015 sotto la spinta di dinamiche economico-finanziarie.

1.2 Il Fondo Sanitario Nazionale e le modifiche post Covid

La Legge 833/1978 istituisce il Servizio Sanitario Nazionale-SSN, attraverso il quale, in base all'articolo 1, «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività» (come disposto dall'articolo 32 della Costituzione). Il SSN è «costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del SSN compete allo Stato, alle regioni ed agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini».

Il Fondo Sanitario Nazionale-FSN, in virtù dell'articolo 51 della citata Legge 833, è destinato al finanziamento del SSN.

Il FSN era inizialmente determinato annualmente con il DDL che conteneva sia le norme per il finanziamento pluriennale del SSN - sulla base del Piano Sanitario Nazionale con le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del SSN - sia i criteri di ripartizione delle risorse alle regioni.

Attualmente, il livello del finanziamento del SSN a cui concorre lo Stato è determinato nel Patto per la salute, sottoscritto mediante intesa ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della Legge 131/2003, in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, che garantisce il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica come, tra gli altri, l'onere delle regioni al contenimento della spesa pubblica, con l'eventuale rideterminazione del livello di finanziamento del FSN originariamente previsto.

La ripartizione tra le regioni del FSN (per le quote di parte corrente) è deliberata annualmente, sulla base di quanto disposto dapprima dall'articolo 1 comma 3 del decreto legi-

slativo 502/1992 (e s.m.i.), e successivamente dall'articolo 39 comma 1 del decreto legislativo 446/1997.

Il FSN - a carico del bilancio dello Stato, insieme ad una quota di compartecipazione all'IVA destinata alle regioni a statuto ordinario - concorre alla copertura del fabbisogno sanitario nazionale standard non soddisfatto dalle altre fonti di finanziamento delle regioni, costituite, secondo le innovazioni introdotte dal decreto legislativo 56/2000 (disposizioni in materia di federalismo fiscale) da: entrate proprie quali i ticket e i ricavi derivanti dall'attività *intramoenia* degli enti del SSN; fiscalità generale delle regioni (IRAP e addizionale regionale all'IRPEF); compartecipazione delle regioni a statuto speciale e delle Province Autonome di Trento e Bolzano. La compartecipazione con risorse proprie al finanziamento è fissata fino a concorrenza del fabbisogno sanitario non soddisfatto dalle altre fonti di finanziamento, ad eccezione della Regione Siciliana, la cui aliquota di compartecipazione è, a decorrere dal 2009, al 49,1% del suo fabbisogno mentre per la parte restante rientra nella ripartizione del FSN.

La suddivisione interna del FSN è definita su tre macro-livelli di assistenza:

- prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, per il 5%;
- assistenza distrettuale (medicina di base, farmaceutica, specialistica, territoriale), per il 51%;
- assistenza ospedaliera, per il 44%.

La determinazione del fabbisogno sanitario nazionale standard, ovvero il livello delle risorse complessive del SSN, è legato al fabbisogno derivante dalla determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza-LEA⁶ erogati in condizio-

6. <http://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/dettaglioContenutiEsenzioni.jsp?lingua=italiano&id=4773&area=esenzioni&menu=vuoto>

ne di efficienza ed appropriatezza. Tale livello è stato determinato, antecedentemente all'emergenza epidemiologica da Sars-COV2 di inizio 2020, per il triennio 2019-2021 dall'art. 1, co. 514-516 della Legge di bilancio (L. n. 145 del 2018) in 114.439 milioni di euro nel 2019 ed incrementato di 2.000 milioni per il 2020 e ulteriori 1.500 milioni per il 2021.

Per gli anni 2020 e 2021, l'accesso da parte delle regioni agli incrementi del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario, rispettivamente di 2.000 e 3.500 milioni di euro, è stato condizionato alla firma dell'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni per il Patto per la salute 2019-2021⁷, che ha previsto le misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati, oltre che di efficientamento dei costi, tra le quali:

- la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure;
- la valutazione dei fabbisogni del personale del SSN anche in relazione alla programmazione della formazione di base e specialistica;
- l'implementazione di infrastrutture e modelli organizzativi finalizzati alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del SSN (quali il fascicolo sanitario elettronico-FSE);
- la promozione della ricerca in ambito sanitario;
- la valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico, come quelli previsti dalla Legge di bilancio 2019 (art. 1, commi 510-512) con riferimento agli interventi di ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche relative ai sistemi di prenotazione elettronica

per l'accesso alle strutture sanitarie, finalizzati alla riduzione delle liste d'attesa delle prestazioni sanitarie.

In Conferenza Stato-Regioni, il 18 dicembre 2019 è stata raggiunta finalmente l'intesa sul Patto, con il testo definitivo.

Ma, rispetto a quanto stabilito, a seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, come confermato dal Documento di economia e finanza 2020, il Governo ha adottato misure che incrementano il fabbisogno sanitario standard. Dalla Delibera di riparto del CIPE (n. 20 del 14 maggio 2020)⁸, per tale anno risulta un ammontare del finanziamento del SSN, cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a 117.407,2 milioni.

Per il 2021, tale livello risulta incrementato a 119.447,2 milioni, ante manovra di bilancio e cresce ulteriormente a 121.370,1 milioni di euro a seguito della manovra (L. n. 178/2020). Il DEF 2020 aveva previsto una crescita della spesa statale sanitaria stimata all'1,3% rispetto al 2020, con un'incidenza sul PIL pari al 6,9%⁹.

Per l'anno 2022, l'incremento del livello di finanziamento è programmato in 822,870 milioni di euro e, successivamente, per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025, di un ammontare pari a 527,070 milioni. A decorrere dal 2026, l'incremento sarà di 417,870 milioni di euro annui, anche tenendo conto della razionalizzazione della spesa prevista a decorrere dall'anno 2023.

8. http://www.dt.mef.gov.it/modules/documenti_it/analisi_programmazione/documenti_programmatici/def_2020/Relazione_al_Parlamento.pdf

7. <http://www.regioni.it/home/siglato-il-nuovo-patto-salute-2019-2021-2487/>

9. <https://temi.camera.it/temi/misure-sanitarie-per-fronteggiare-l-emergenza-coronavirus.html#finanziamento>

Tabella 1. Livello del finanziamento del fabbisogno nazionale standard per il triennio 2019-2021

	2019	2020	2021
Previsioni effettuate prima dell'emergenza pandemica da Covid-19 (art. 1, co. 514-516 della L. n. 145 del 2018, Legge di bilancio 2019)	114.439	116.439	117.939
Rideterminazione Delibera CIPE 20 dicembre 2019 e avvenuto riparto 2019 alle regioni	113.810	-	-
Rideterminazione Delibera CIPE 14 maggio 2020 per incrementi dati dall'emergenza Covid-19 (DL. 18/2020 Cura Italia) e successivo riparto somme	-	117.407,2	-
Ulteriori risorse incrementate nel 2020 da ripartire (art. 29 del DL. 104/2020 - cd. Agosto, L. 126/2020)	-	117.885,2	-
Livello 2021 a legislazione ante manovra di bilancio	-	-	119.477,2
Livello 2021 a legislazione post manovra di bilancio (L. n. 178 del 2020)	-	-	121.370,1

Fonte: Camera dei Deputati, Servizio studi, Il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, 21 gennaio 2021

Capitolo 2

**La medicina territoriale
e la sanità di prossimità**



In questo Capitolo si prendono in considerazione alcuni aspetti della medicina territoriale specificando, dove possibile, quanto questi siano diventati determinanti negli ultimi due anni.

La questione delle cure primarie, dell'assistenza territoriale, della loro importanza e della necessità di una salute cosiddetta di prossimità è una questione che da decenni viene discussa e affrontata, dalla dichiarazione di Alma Ata¹⁰ in modo "globale". Tuttavia, persistono resistenze e difficoltà che ne impediscono l'implementazione con la stessa coerenza, la stessa omogeneità di approccio e le stesse regole della sanità ospedaliera.

Fin dalla Legge 833/78 di istituzione del Servi-

zio Sanitario Nazionale, più volte ci si è concentrati sull'organizzazione delle cosiddette cure primarie, sul territorio, su tutto quello che non era ospedale e che dovrebbe attivarsi proprio per ridurre l'accesso improprio alle prestazioni ospedaliere. Un impegno che, purtroppo, non è riuscito ad incardinarsi nel quadro dei servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale.

I servizi sul territorio sono, di fatto, una dimensione disomogenea e "opaca" in tutto il Paese e mostrano le loro maggiori criticità nelle cosiddette aree interne. Dove il numero degli abitanti è ridotto e tale da non rendere giustificabile l'apertura di servizi ospedalieri e ambulatoriali con continuità e dove raggiungere il centro più vicino comporta spostamenti difficoltosi; dove anche la presenza del medico di medicina generale è a rischio perché il numero di assistiti è troppo ridotto ma, magari, più avanti nell'età e, quindi, più bisognoso di un'assistenza di prossimità.

In questo contesto di assistenza sul territorio, si è abbattuta come uno tsunami la pandemia da Covid-19. Una tempesta scatenatasi all'improvviso che ha travolto i sistemi nazionali sanitari ed economici mettendoli tutti, dai più

10. La dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria venne adottata alla Conferenza internazionale tenutasi il 6-12 settembre 1978 ad Alma Ata (ex-Unione Sovietica). «La conferenza ribadisce con forza che la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale e riafferma che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario». Il suo motto fu: "Salute per tutti entro il 2000".

solidi ai più precari, sotto stress. L'Unione europea ha proposto, tra i vari interventi, quello più corposo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), un programma di investimenti che l'Italia deve presentare alla Commissione europea nell'ambito del Next Generation EU, lo strumento, appunto, per rispondere alla crisi pandemica provocata dal Covid-19.

In Italia il più corposo tentativo di riforma delle cure primarie, rimasto sostanzialmente lettera morta, si è realizzato nel 2012 con la Legge 189, meglio nota come legge Balduzzi.

In particolare, l'articolo 1, "Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie" del capo 1 della Legge "Norme per la razionalizzazione dell'attività assistenziale sanitaria" consegnava alle regioni il mandato di disciplinare «le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata e di garantire (nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio) l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana».

Il fine era quello di costituire il secondo pilastro dell'assistenza sanitaria, la cosiddetta medicina di iniziativa, creando delle strutture poliambulatoriali in rete, in grado di garantire un'assistenza h 24 nei giorni feriali e festivi in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

Questa impostazione rispondeva anche all'esigenza di rendere i servizi territoriali più visibili e disponibili ai cittadini i quali, in alternativa, avrebbero continuato a scegliere l'ospedale come l'unico luogo in grado di fornire risposte adeguate – anche a bisogni non necessariamente "ospedalieri" - in ogni ora del giorno e della notte.

Così, come previsto dagli Accordi Collettivi Nazionali, dalla cosiddetta Legge Balduzzi (Legge 8 novembre 2012, n. 189) e dal Patto della salute, nelle regioni sono sorte diverse Unità

Complesse di Cure Primarie (UCCP) o Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) da parte di medici associati in forme aggregative. Spesso non esattamente in linea con quanto previsto per la creazione delle AFT e delle UCCP. Infatti, la UCCP dovrebbe essere composta da tutti i medici del Distretto sanitario di medicina generale, tutti i pediatri di libera scelta, tutti i medici specialisti ambulatoriali del Distretto stesso e gli infermieri, psicologi, tecnici sanitari, poiché si tratta di forma aggregativa in una sede unica poliambulatoriale del Distretto sanitario.

Per le AFT, invece, sono previste associazioni monoprofessionali con studi medici singoli o anche medici associati in alcune sedi di gruppo sempre convergenti nella stessa AFT.

In queste due realtà devono convergere le precedenti forme aggregative dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta per rispondere ad una organizzazione sanitaria migliore come previsto dalle norme che prevedono che le regioni organizzino l'assistenza sanitaria territoriale dei Distretti sanitari delle cure primarie. Esse condividono anche, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione di qualità assistenziali, linee guida, audit. Ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP. La UCCP diventa (o, meglio, doveva diventare) in tutto il Paese lo snodo e una parte fondamentale del Distretto sanitario.

Ciò era quanto previsto. La realizzazione nelle diverse regioni è stata assolutamente diversificata e, comunque, quasi mai rispondente all'impostazione normativa. Quello che più continua a colpire è l'assenza di una vera integrazione tra servizi sul territorio e tra questi e le strutture ospedaliere. Tanto che la tragica vicenda Covid-19 ha mostrato, ancora una volta, che le battaglie per la salute si fanno sì nei presidi ospedalieri, ma la guerra, come è stata più volte definita l'attuale pandemia, si vince nei e con i servizi e i presidi territoriali dei distretti sanitari e socio-sanitari, compresi naturalmente gli studi dei medici di medicina generale e

dei pediatri di libera scelta, le farmacie, ecc. Per inciso va sottolineato che negli anni scorsi, numerose indagini sulla popolazione, sull'aumento della speranza di vita e, con questo, delle patologie croniche, avevano fatto presagire la necessità di “armare” il territorio per far fronte a quella che si stava delineando come una vera sfida del Servizio Sanitario Nazionale. Così, nel febbraio del 2020 è accaduto che, in carenza di adeguamento del SSN al cambio di paradigma indotto dalla transizione epidemiologica e dalle modificazioni della piramide demografica, i professionisti sanitari si sono trovati ad affrontare l'emergenza in pochi, mal equipaggiati, con modelli organizzativi confusi e indicazioni a volte contraddittorie.

Soprattutto con la pandemia è apparso ancora più evidente come si sia creato un contesto dove spesso le Aziende sanitarie non percepiscono gli studi dei medici di medicina generale quali presidi di prossimità delle Aziende stesse, sottovalutandone le potenzialità e, per contro, i medici, non sentendosi parte organica delle Aziende, svolgono un'attività assistenziale separata e, per questo, a volte di scarsa efficacia.

In un anno in cui il distanziamento sociale è stato (ed è) la raccomandazione più forte, è apparso in tutta la sua drammaticità una sorta di distanziamento istituzionale che ha coinvolto i servizi sul territorio.

Se si affronta il tema dell'assistenza territoriale, la sua implementazione rivela maggiori complicazioni quando si tratta di garantire servizi nelle cosiddette aree interne, sia per questioni di carattere orografico e sia per questioni di carattere demografico.

La Strategia Nazionale per le Aree Interne (SNAI) rappresenta una politica nazionale innovativa di sviluppo e coesione territoriale che mira a contrastare la marginalizzazione ed i fenomeni di declino demografico propri delle aree interne del nostro Paese.

Un progetto ambizioso di politica *place based*, che ha sviluppato nuove modalità di gover-

nance locale multilivello volte ad affrontare, attraverso l'adozione di un approccio integrato orientato alla promozione e allo sviluppo locale, le sfide demografiche e dare risposta ai bisogni di territori caratterizzati da importanti svantaggi in termini di accessibilità ai servizi fondamentali.

Territori fragili, distanti dai centri principali di offerta dei servizi essenziali e troppo spesso abbandonati a loro stessi, che però coprono complessivamente il 60% dell'intera superficie del territorio nazionale, e che corrispondono al 52% dei comuni e al 22% della popolazione. L'Italia più “vera” ed anche più autentica, la cui esigenza primaria è quella di potervi ancora risiedere, oppure tornare. Su tali luoghi la Strategia nazionale punta ad intervenire, investendo sulla promozione e sulla tutela della ricchezza del territorio e delle comunità locali, valorizzandone le risorse naturali e culturali, creando nuovi circuiti occupazionali e nuove opportunità; in definitiva contrastandone l’“emorragia demografica”.

Le aree selezionate dalla SNAI sono 72; ne fanno parte complessivamente 1.077 comuni per circa 2 milioni di abitanti.

Parte prevalente del territorio italiano è contraddistinta dalla presenza di comuni di aree interne, lontani dai servizi essenziali – quali scuola, sanità e mobilità – e la marginalizzazione di tali aree assume quindi rilevanza “nazionale”. Per questo il documento di indirizzo per la programmazione della politica regionale “Metodi e Obiettivi per un Uso Efficace dei Fondi Comunitari 2014-2020” ha infatti riconosciuto che lo sviluppo dell'intero Paese dipende anche dallo sviluppo delle sue aree interne.

Dal settembre 2012 è stata avviata, dall'allora Ministro per la Coesione, la costruzione di una Strategia nazionale per lo sviluppo delle “Aree interne” con il supporto di un Comitato Tecnico Aree Interne allo scopo costituito e dopo una fase di interlocuzione con i rappresentanti delle diverse regioni è stato redatto il documento relativo alla Strategia Nazionale delle Aree in-

terne, documento confluito nell'Accordo di Partenariato. Le aree interne costituiscono infatti una fra le dimensioni territoriali chiave della politica regionale 2014-2020.

Come evidenziato anche nel Programma Nazionale di Riforma, la SNAI ha il duplice obiettivo di adeguare la quantità e qualità dei servizi di istruzione, salute, mobilità (cittadinanza) e di promuovere progetti di sviluppo che valorizzino il patrimonio naturale e culturale di queste aree, puntando anche su filiere produttive locali (mercato)¹¹.

Segue la descrizione di due esperienze in aree interne. Una avviata in Valtrebbia (Liguria) di riorganizzazione dei servizi sanitari locali con il coinvolgimento della ASL, dei comuni, del Terzo settore e l'altra nel Fortore (Molise) di progettazione di servizi integrati e innovativi che guardano al rilancio della zona anche grazie a quella che viene definita "Silver Economy"¹².

2.1 L'esperienza dell'area Valtrebbia (Liguria)

Nel primo caso, gli abitanti del Comune di Rovegno possono avvalersi di un nuovo servizio a Km zero. Oltre all'Ambulatorio di Telemedicina, Asl3 ha attivato un'ampia progettualità che prevede l'applicazione in Valtrebbia di un nuovo modello organizzativo che si avvale sia di figure professionali, quali l'infermiere di famiglia e il medico di medicina generale, sia di un'organizzazione di servizi e prestazioni dedicate. Raggio di azione del nuovo modello assistenziale sono i sette Comuni della Valtrebbia: Rovegno (sede dell'attività), Propata, Rondanina, Gorreto, Montebruno, Fascia e Fontanigorda.

La Valtrebbia è un territorio caratterizzato da un'alta incidenza di popolazione anziana re-

sidente con tre *over 64*enni per ogni minore *under 14*. Anche per questo è stata scelta per la sperimentazione del progetto "CoSENSO", ovvero dell'Infermiere di Comunità, figura prevista anche nel nuovo Piano Sociosanitario, per favorire l'invecchiamento sano e attivo, permettendo agli anziani di vivere il più a lungo possibile nella propria casa. «L'ambulatorio di telemedicina è un ulteriore, importante tassello nella direzione di una sanità a chilometro zero, che porta vicino a casa le risposte di cui i cittadini, soprattutto i più fragili, hanno bisogno, in rete con i medici di medicina generale. Siamo in presenza di una sintesi delle risposte che saremo chiamati a garantire in una regione complessa, caratterizzata da una forte presenza di persone anziane. L'obiettivo è che questo modello organizzativo, unico e qualificante, diventi un modello diffuso per garantire la migliore assistenza agli anziani che vivono nel nostro entroterra»¹³.

Il progetto sperimenta un modello organizzativo assistenziale integrato - che coinvolge Asl3, Comune di Rovegno, RSA convenzionata, Pubblica Assistenza e Farmacia - in grado di offrire un servizio innovativo alla popolazione dei comuni della Valtrebbia con l'obiettivo di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione o al trasferimento in area urbana e di avvicinare l'assistenza sanitaria al cittadino facilitandone l'accesso, arrivando fino al domicilio qualora le condizioni di salute della persona lo rendano indicato o necessario.

Nell'Ambulatorio di Telemedicina, dopo aver effettuato l'elettrocardiogramma, o la spirometria, gli esami vengono inviati in tempo reale per via telematica agli specialisti cardiologi e pneumologi di Asl3 incaricati della refertazione, che entro 20 minuti producono il referto richiesto che viene consegnato direttamente al paziente.

Il medico di medicina generale, oltre all'agen-

11. <http://www.programmazioneeconomica.gov.it/2021/02/18/strategia-nazionale-delle-aree-interne/>

12. Per Silver Economy si intende l'economia legata a soddisfare bisogni e consumi della popolazione più anziana

13. <https://www.asl3.liguria.it/archivio-comunicazioni/item/2233-asl3-vicina-al-cittadino-la-sanita-C3Ao-a-km-o-nelle-aree-interne.html>

da per le prenotazioni degli esami, può gestire anche eventuali aggravamenti in diretto collegamento con la pneumologia e la cardiologia quali punti di refertazione designati.

Nell'ambito del Progetto "CoNSENSo", il Medico di Medicina Generale opera a stretto contatto con l'Infermiere di Comunità che, in qualità di *case manager*, gestisce il Piano di assistenza concordato con il medico e l'utente e/o la famiglia e rappresenta un punto di riferimento per l'anziano e per la famiglia sul territorio, specie in contesti rurali e isolati. L'innovazione tecnologica e l'utilizzo della telemedicina contribuiscono a una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, assicurando equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

L'esperienza e la rete costruita dalle Asl3 si è dimostrata determinante anche nella fase vaccinale contro il Covid-19 per gli *over 80*, con l'attivazione del servizio nella sede comunale dal 15 febbraio scorso.

2.2 L'esperienza dell'area Fortore (Molise)

La Strategia del Fortore (Molise) «si propone di creare un sistema di accoglienza diffuso, specializzato nell'ospitalità parasanitaria, della salute e del benessere, in stretta simbiosi con le peculiari componenti naturalistiche, ambientali e culturali locali. Si tratta di un disegno che muove dalla capacità del contesto territoriale di fare proprio un approccio inclusivo e dalla pre-esistenza di competenze di carattere professionale nei settori della cura, dell'assistenza e della riabilitazione (...)»¹⁴.

L'area interessata dal progetto afferente all'area interna del Fortore si estende in una vallata

collinare al confine con la Puglia e la Campania e risulta composta da 12 Comuni: Campolieto, Cercemaggiore, Gambatesa, Gildone, Jelsi (ente Capofila), Macchia Valfortore, Monacilioni, Pietracatella, Riccia, Sant'Elia a Pianisi, Toro e Tufara. La zona occupa una superficie complessiva pari a 481,63 chilometri quadrati e conta 22.511 abitanti. All'interno dell'area i centri più grandi e quelli con maggiori servizi sono rappresentanti da Riccia (5.403 abitanti, comune periferico) e Cercemaggiore (3.927 abitanti, comune intermedio).

I piccoli borghi che caratterizzano l'area conservano forti tradizioni e specifiche identità comunitarie e, nonostante gli sforzi per garantire la struttura più elementare dei servizi di prossimità - dal commercio, ai pubblici esercizi, ai servizi sanitari - appaiono ancora lontani dal poter garantire fondamentali livelli assistenziali.

I dati dimostrano che negli ultimi anni le fasce di popolazione più giovane hanno lasciato l'area, con un mancato rinnovamento della popolazione che inesorabilmente sta invecchiando insieme ai suoi borghi con indici di vecchiaia più alti della media regionale e nazionale delle aree interne.

Nell'area del Fortore si è ha già avuto modo di sperimentare (e di realizzare) un progetto di recupero edilizio, abitativo e "culturale" denominato "Borgo del benessere", condotto dal Comune di Riccia, che costituisce un riferimento per il modello che si intende perseguire attraverso la costruzione di una Strategia comune per l'intera area, pur nelle diverse declinazioni dei territori che ne fanno parte.

Inoltre, in diversi comuni sono presenti e svolgono le proprie attività alcuni importanti centri privati impegnati nella riabilitazione dalle dipendenze. Competenze di carattere professionale nei settori della cura, dell'assistenza e della riabilitazione che sono stati posti alla base dell'idea forza della Strategia. Infatti, garantire i livelli di assistenza di base è l'obiettivo cardine. L'area, caratterizzata da un forte isolamento territoriale e da una conseguente assenza di

14. https://www.agenziacoesione.gov.it/wp-content/uploads/2021/02/por_fesr_2007-2013_riccia_regione_molise.pdf

continuità assistenziale, non assicura in maniera capillare un'assistenza sanitaria pubblica a tutti i cittadini dell'area.

In estrema sintesi si può dire che l'area del Fortore presenta: poca specialistica ambulatoriale; basso ricorso all'ospedale; non elevato ricorso all'ospedale da parte della popolazione anziana; elevato tasso di ospedalizzazione evitabile; buona ADI per la popolazione anziana. Occorre, pertanto, migliorare la diagnosi/prevenzione (diagnostica di primo livello), i percorsi individuali specializzati, potenziare l'assistenza territoriale.

Il progetto consiste nella creazione di un sistema territoriale integrato di servizi sanitari specialistici che, accanto a specifiche attività di cura e di assistenza, attivi programmi di prevenzione e riabilitazione capaci di favorire la valorizzazione di un contesto territoriale organizzato e adeguatamente attrezzato ai bisogni della popolazione.

I nuovi interventi proposti si integreranno con quanto già avviato attraverso precedenti progetti attuati nel Borgo del Benessere nel Comune di Riccia che da qualche anno sta portando avanti una proposta progettuale tesa alla creazione di un sistema di accoglienza diffuso, specializzato nell'ospitalità parasanitaria, della salute e del benessere.

Nel suo insieme, si tratta di un sistema che pone le basi per uno sviluppo di azioni per la *Silver Economy*, ovvero un'economia dedicata agli anziani. Il processo di invecchiamento della popolazione è un dato reale che incide su tutti i mercati e le industrie: alloggi, trasporti, industria alimentare, assicurazioni, robotica, salute ed *e-health*, comunicazioni, internet, sport e tempo libero. Mercati che si stanno già adattando al processo di invecchiamento.

«In questo composito quadro, il tema della Salute rappresenta e costituisce il “core” della SNAI nel territorio del Fortore. L'obiettivo è quello di far maturare sul territorio un modello di politica per la salute che realizzi la componente sanitaria e sociale per le comunità locali. Seguendo questi indirizzi, saranno realizzati

principalmente interventi di:

- a) creazione di centri e residenze per anziani, che offrano servizi sanitari migliorando l'integrazione di quelli già esistenti (nel rispetto di quanto previsto dal Piano Sociale di zona - ATS Riccia - Bojano);
- b) miglioramento del presidio di medicina specialistica territoriale, dei servizi domiciliari e di quelli di prima assistenza;
- c) introduzione di interventi innovativi di Teleassistenza/Telemonitoraggio nel Borgo del Benessere di Riccia;
- d) creazione di centri di ascolto e cura per ragazze madri e vittime di violenza e supporto per le fasce di popolazione più fragile.

L'idea è quella di creare un modello di rete sanitaria, che integrerà anche i servizi sociali dei comuni e delle loro forme associative, in un approccio di accordi/piani di salute territoriali con obiettivi condivisi. (...)

Lo scopo della strategia nel lungo termine sarà quindi duplice:

1. sviluppare una rete di assistenza sanitaria dedicata agli individui con scarsa autonomia, sia anziani non autosufficienti che persone socialmente fragili;
2. sviluppare condizioni di contesto per la creazione di un disegno strategico che intrecci un'offerta dedicata di servizi socio-assistenziali e azioni di sviluppo territoriale, con il coinvolgimento di centri di ricerca/università, imprese, pubblica amministrazione come Comuni, Ambito sociale e SSR»¹⁵.

15. https://officinadeigiornalisti.com/wp-content/uploads/2020/10/Strategia_Fortore_approvata.pdf

L'aderenza terapeutica

Con oltre 8 milioni di *over 64*enni affetti da almeno una malattia cronica, 5 milioni e mezzo che ne hanno almeno tre e circa 2 milioni di anziani costretti ad assumere almeno dieci farmaci al giorno, l'aderenza alle cure rappresenta un fattore chiave per garantire una vecchiaia attiva e il più possibile in salute (le malattie croniche sono responsabili dell'80% degli anni con disabilità e di oltre il 70% delle morti a livello mondiale). Il tema dell'aderenza terapeutica si pone quindi pesantemente per la gestione delle malattie croniche negli anziani considerato che si è "aderenti" se si è sopra l'80% della terapia prevista (alcune ricerche dicono che non vi si attengono il 30% dei diabetici, il 20% di chi prende antiipertensivi).

Non prendere farmaci significa consumare sanità e salute perché poi ci si ricovera con danni più gravi dal punto di vista delle condizioni dei pazienti e delle risorse economiche investite.

L'aderenza terapeutica di fatto interessa i comuni.

Per provare a gestire questo fenomeno si sono dimostrati validi alcuni sistemi di monitoraggio dell'aderenza terapeutica messi a punto a cavallo tra l'ambito sociale e quello sanitario.

Il sistema-comune, attraverso i servizi erogati agli anziani è il soggetto più vicino e maggiormente in grado di monitorare l'aderenza ai farmaci, l'insorgere di alcuni cosiddetti eventi sentinella che preludono all'insorgere di complicanze tipiche di un'assunzione di farmaci insufficiente o errata e, se non contrastata, conducono al ricovero – inappropriato perché evitabile – dell'anziano.

La platea di anziani è talmente vasta e destinata – fortunatamente – a crescere che

solo un sistema fortemente integrato di assistenza e cure può essere in grado di garantire agli anni di vita in più acquisiti anche una qualità che li renda degni di essere vissuti.

Capitolo 3

**La gestione dell'emergenza Covid-19:
la voce dei comuni**



In questo Capitolo sono raccolti alcuni spunti sul ruolo che i comuni - e i sindaci in prima persona - hanno svolto e continuano a svolgere nel corso di questa pandemia, sui problemi che hanno dovuto risolvere, sulle soluzioni adottate e sulle richieste formalizzate a fronte delle criticità emerse.

Successivamente ai primi mesi di *lockdown* in molti si sono chiesti come i comuni avessero potuto fronteggiare una calamità nuova e inaspettata che ha investito, soprattutto, i servizi socio-assistenziali. Infatti, tra i vari ambiti della vita quotidiana “congelati” dal *lockdown*, tali servizi sono diventati ancora più centrali e sono stati erogati in un momento in cui più forte si sono fatte le esigenze degli utenti già in carico e di quelli che, a causa della pandemia, si sono aggiunti.

Molte le inchieste giornalistiche, i servizi e le ricerche che hanno indagato immediatamente dopo il primo *lockdown* e successivamente. Censimenti e analisi di quanto era successo sul territorio “nonostante” il Covid per capire:

- cosa è accaduto;
- come hanno reagito i comuni;

- cosa può essere considerato come patrimonio acquisito;
- cosa va modificato e quali competenze acquisire per prepararsi di fronte ad emergenze di questo tipo.

Ma la chiusura non può non tenere conto che alcune necessità continuano ad esistere e, quindi, è necessario riorganizzarsi. Il problema è capire come. Anche la Protezione Civile, che ormai da anni è pronta ad intervenire sulle calamità del Paese e dei comuni, si trova all'inizio in difficoltà. Perché non si tratta di dover far fronte a calamità naturali, terremoti, disastri o, comunque, situazioni in cui il pericolo è, in genere, passato e viene dall'esterno. Bisogna organizzarsi contro qualcosa di invisibile che può “viaggiare” con tutti gli esseri umani, anche con chi è deputato a risolvere determinate situazioni. I protocolli ci sono ma non sono mai stati applicati al territorio nazionale.

Per i comuni, invece, è tutto nuovo e da approntare. A partire dalla comunicazione: il comune è la comunità che va salvaguardata e informata in maniera puntuale sulle regole che vanno adottate contro la diffusione del virus.

Per molti sindaci, in particolare, è stato come prendere conoscenza per la prima volta di cosa significa effettivamente essere la prima autorità sanitaria¹⁶, funzione spesso relegata solo alla chiusura di attività per motivi di igiene e inquinamento o per la firma dei Trattamenti Sanitari Obbligatori.

Appena scattato il *lockdown*, la reazione dei comuni è stata immediata e su diversi fronti. La “macchina comunale” si è attivata con modalità di lavoro nuove e, in molte parti, chiedendo aiuto al Terzo settore per essere sostenuta in alcune attività.

Il rapporto dei sindaci con i cittadini è diventato, paradossalmente visto il distanziamento, molto più “ravvicinato”. Tutti ricordano le immagini di sindaci a piedi per le proprie città, o in quotidiane dirette Facebook¹⁷, per invitare i cittadini ad attenersi alle regole di distanziamento, mascherine, ecc. Un’attività che è passata anche attraverso numerose ordinanze messe a punto su oggetti assolutamente nuovi per l’amministrazione comunale tanto che la Fondazione IFEL è intervenuta con formazione specifica¹⁸.

Altri momenti di formazione sono stati attivati da altri soggetti come, per esempio, il progetto “Per un Comune sicuro”, in collaborazione tra ANCI Lazio, Federsanità Lazio, UPI Lazio e Regione Lazio volto a rendere i comuni e le province protagonisti consapevoli della fase 2, promuovendo metodi di prevenzione legati alla gestione delle epidemie, attraverso una buona organizzazione del lavoro, l’uso di strumenti di distanziamento personale con tecnologie digitali, con la presentazione di buone pratiche e

con l’attuazione di strategie di comunità, concordate tra Aziende Sanitarie, comuni e province¹⁹.

La comunicazione tra comune e cittadini si è rivelata di assoluta importanza. Di fatto questo tipo di comunicazione è stato il *trait d’union* tra i famosi DPCM che si susseguivano e la loro traduzione sul territorio. E, occorre anche segnalare che, proprio in forza di questa caratteristica di “stare sul pezzo”, i sindaci hanno chiesto e svolto una funzione molto più concreta nella presa delle decisioni sulle diverse fasi della pandemia in Conferenza Unificata dove l’intesa sugli atti non è stata una sola formalità ma ha fatto i conti con le necessità di cui i sindaci erano portatori.

I servizi sono stati ripensati anche alla luce delle nuove necessità e nuova utenza. Infatti, se da una parte alcuni uffici si sono trasferiti a casa in *smart working*, altri sono diventati “a domicilio”. Per fare qualche esempio: la consegna dei buoni spesa alle famiglie indigenti a cura della Polizia municipale o proprio delle buste della spesa alle persone già note come fragili (e impossibilitate a fare lunghe file presso gli esercizi commerciali) o alle famiglie in isolamento per aver contratto il virus.

In quest’ultimo servizio sono stati coinvolti molti volontari e dove il rapporto tra comune e Terzo settore era già consolidato l’attivazione è stata quasi immediata. Dove non c’erano forti legami è stata l’occasione per crearne.

Per censire le iniziative attivate durante la prima fase del *lockdown* è stata avviata una rilevazione promossa attraverso una lettera inviata agli Ambiti territoriali e ai servizi sociali dei comuni, a firma congiunta del Direttore Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e del Segretario Generale ANCI, nonché attraverso i referenti regionali della Banca Mondiale su tutto il territorio

16. Il sindaco, per il ruolo di autorità sanitaria locale, ai sensi dell’art. 32 della Legge n. 833/1978 e dell’art. 117 del D. Lgs. n. 112/1998, potrebbe emanare “Ordinanze contingibili e urgenti”, con efficacia estesa al territorio comunale, in caso di emergenze sanitarie e di igiene pubblica.

17. <http://www.anci.it/i-comuni-italiani-al-tempo-dellemergenza-il-dialogo-quotidiano-facebook-tra-sindaci-e-cittadini/>

18. <https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/10115-slide-il-potere-di-ordinanza-dei-sindaci-in-regime-di-emergenza>

19. <http://www.ancilazio.it/per-un-comune-sicuro-registri-alle-giornate-di-formazione/>

nazionale. Tra il 16 aprile e il 31 maggio 2020, con una rilevazione online elaborata *ad hoc* e composta da 21 domande, sono stati indagati gli aspetti organizzativi, il numero di operatori coinvolti, le fonti di finanziamento utilizzate, l'uso di particolari tecnologie, l'attivazione di reti di collaborazione, le modalità di comunicazione, la portata innovativa delle pratiche e una loro sostenibilità futura. Dagli Enti sono state inviate 227 pratiche territoriali, poi distinte tra "servizio completamente nuovo", "servizio esistente, rafforzato o rimodulato" e "servizio misto", e presentate attraverso schede che riportano, oltre ai dati sull'ente erogatore, indicazioni descrittive sul servizio attivato, le modalità di comunicazione e gli strumenti utilizzati, i riscontri ottenuti dagli operatori e dalla cittadinanza, nonché sulla volontà di proseguire il servizio anche oltre la fine del periodo emergenziale.

La tipologia di servizi offerti è molto varia:

- consegna a domicilio di spesa, farmaci, documenti, bonus spesa;
- accompagnamenti per visite indifferibili;
- supporto psicologico e alle chiamate contro la solitudine;
- istituzione di telesoccorso h24;
- rafforzamento dei centri antiviolenza;
- attività extrascolastiche di supporto,
- servizi per i senza fissa dimora;
- corsi di pilates *on line* per favorire il movimento nonostante il *lockdown*²⁰.

Una sintesi molto efficace del ruolo dei sindaci e dei comuni durante la pandemia è stata descritta nell'intervento del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, alla sessione di apertura della XXXVII Assemblea annuale ANCI del 7 novembre 2020: «Avete scelto come tema: "L'Italia al passo dei sindaci": ne risulta

evocata una constatazione e, insieme, un auspicio. Avete camminato molto in questi mesi tra i vostri concittadini colpiti, condizionati, allarmati dal diffondersi del contagio. Il "passo" degli amministratori locali, a partire da quelli dei Comuni più piccoli, si è rivelato una risorsa quanto mai preziosa per l'intero Paese.

Siete stati il presidio più prossimo ai bisogni immediati delle persone, delle famiglie, delle attività imprenditoriali e commerciali in affanno. I comuni e i loro servizi sono divenuti il primo punto di riferimento e il primo supporto; hanno consentito al sistema delle istituzioni di stare accanto a quanti chiedevano aiuto; hanno contribuito ad arginare le conseguenze sociali della crisi sanitaria.

Si è posto in azione un capitale di risorse, di esperienze, di capacità, che dobbiamo alla dedizione con cui tante donne e tanti uomini, come amministratori, pongono al servizio della cittadinanza intelligenza ed energie e lo dobbiamo alla tradizione autonomistica del nostro Paese, che nasce dal sentirsi comunità nell'ambito municipale.

I comuni hanno affrontato - e stanno affrontando - un sovrappiù di sfide, di aggravii e di responsabilità. Nei confronti di chi li guida, e di chi svolge al loro interno ruoli di opposizione, desidero manifestare sentimenti di riconoscenza, che so essere condivisi dai nostri concittadini»²¹.

Come già accennato, molto di quanto è stato fatto, e si continua a fare, è stato possibile anche grazie al coinvolgimento delle realtà di volontariato, le quali si sono interrogate, a loro volta, su cosa fosse successo anche nelle realtà associative avviando una consultazione a giugno 2020 con 150 dirigenti sulle pratiche, le idee e i propositi che i Centri di Servizio per il Volontariato hanno acquisito durante l'emergenza. Pur essendo un documento costruito su Centri che erogano servizi al volontariato, se ne

20. <https://www.lavoro.gov.it/redditodicittadinanza/Rafforzamento-servizi/Documents/I-Servizi-Sociali-al-tempo-del-Coronavirus.pdf>

21. <https://www.quirinale.it/elementi/51150>

traggono comunque informazioni sui volontari attivi direttamente sul territorio.

In poche ore dalla chiusura delle sedi, i volontari si sono riorganizzati continuando ad offrire servizi e creandone di nuovi. Hanno mobilitato decine di migliaia di cittadini, in gran parte giovani e alla prima esperienza di impegno gratuito, diventando “centrali” di smistamento di informazioni e di storie, ma anche di richieste d’aiuto da parte di persone in difficoltà, svolgendo con lo spirito di un “pronto soccorso” una funzione cruciale di raccordo tra associazioni, cittadini e istituzioni.

Come per la Protezione Civile, al fianco della quale spesso hanno lavorato, è stata la prima volta di un impegno che copriva tutto il territorio nazionale.

Un impegno che, al livello locale, anche se l'emergenza ha funzionato da “acceleratore di processi già in corso”, ha fatto emergere le differenze tra chi era già radicato sul territorio e nelle relazioni con le istituzioni e chi no.

E nel rapporto con le istituzioni si è tornati sul tema della pari dignità «... con i comuni in particolare. Un rapporto che durante la pandemia ha mostrato in modo eclatante i suoi limiti. Salvo alcuni territori in cui è più avanzata la cultura del fare rete e della pari dignità tra pubblico e privato, gran parte dei Centri di servizio convergono nel giudicare strumentale e regressivo l’atteggiamento delle istituzioni locali verso i volontari, considerati spesso come “utili idioti” o “questuanti inopportuni”. Per arrivare a una reale collaborazione, nella quale si riconoscano anche le idee e le competenze del volontariato, i Csv ritengono urgente consolidare le connessioni con gli enti pubblici e privati, la co-progettazione delle politiche, rafforzando però la consuetudine a lavorare in rete anche all’interno dello stesso terzo settore»²².

22. <https://www.csvnet.it/component/content/article/144-notizie/3794-i-csv-il-volontariato-e-la-pandemia-ecco-cosa-abbiamo-imparato?Itemid=893>

Per analogia si potrebbe affermare che, come è avvenuto per i comuni nei confronti dello Stato centrale, anche per il volontariato nei confronti dei comuni c’è stata una crescita e una richiesta di maggiore riconoscimento della funzione svolta. O, come viene detto nell’introduzione al report “Autonomia ed Epidemia. L’emergenza COVID-19. Testimonianze, impatti e nuovi paradigmi per i sistemi socio-assistenziali e dei lavori pubblici degli enti locali”: «Come per ogni grande evento che cambia i paradigmi esistenti, anche la straordinaria emergenza vissuta nei primi mesi del 2020 può essere letta come un processo eccezionale da cui ricavare apprendimenti per il sistema pubblico e sociale.

Sembra innanzitutto confermato uno dei limiti del contesto italiano: il Paese sembra riuscire a trovare nuove strade solo sotto la pressione di periodi difficili. Ma i processi innovativi condotti sotto emergenza, mancando della necessaria lucidità e vista sistemica, mostrano limiti evidenti e producono soluzioni inappropriate e di breve respiro.

Sono opportuni quindi gli impegni di riflessione e di ricerca per quelle che nel nostro ambito tematico sembrano già le sfide cogenti per i comuni ma anche l’attenzione al contesto di quanto vissuto dalle amministrazioni locali nel fronteggiare l’emergenza sanitaria per cogliere le sue più ampie e pervasive implicazioni. E poi ricavare linee di compensazione o, meglio, di innovazione, da proporre per l’agenda pubblica»²³.

Dall’esperienza della pandemia – quando si potrà dire terminata – i comuni avranno acquisito esperienze e modalità di lavoro prima non immaginabili nella loro velocità di attuazione. I sindaci che avranno gestito questa fase, per essersi confrontati con l’emergenza, avranno acquisito una capacità di *leadership* maggiore.

23. <https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/10469-autonomia-ed-epidemia-l-emergenza-covid-19-testimonianze-impatti-e-nuovi-paradigmi-per-i-sistemi-socio-assistenziali-e-dei-lavori-pubblici-degli-enti-locali>

Un po' come accadde in Irpinia a seguito del terremoto del 1980 quando, alla successiva tornata elettorale, i sindaci eletti furono quelli che si erano "sporcati le mani" sulle macerie e sulla ricostruzione.

Soprattutto nei piccoli e medi comuni, i sindaci ne escono con un rinnovato rapporto con i cittadini.

Significativo il commento di un sindaco di un piccolo centro: «se in una situazione normale le amministrazioni locali possono far fronte alle esigenze standard della comunità locale con le loro sole forze, in una situazione di grave emergenza occorre andare oltre gli apparati tecnici e politici comunali. Si deve pensare ad una *governance*, quasi da "anni cinquanta", che coinvolge nelle decisioni i rappresentanti delle funzioni che tengono insieme una comunità: medico, farmacista, preside, parroco, personalità del mondo economico e commerciale locale, sindacati, associazioni di volontariato e soccorso, mondo sportivo. In questo passaggio i sindaci più attrezzati si sono dotati di "mappe" che hanno riconosciuto i soggetti e gli attori che nelle comunità avevano un raggio d'azione efficace nel contrastare l'emergenza e le hanno tradotte in rappresentanza avendo costantemente cura delle relazioni con tutti loro. Insieme alla rappresentanza ha poi contato il modello di *leadership*, il proporsi dei sindaci come referenti, capaci di coinvolgere, di costruire legami di fiducia e quando necessario di decidere in autonomia. È probabile che siano stati raggiunti risultati a seguito di tutto questo anche con poche risorse umane complessivamente dedicate alla regia locale dell'emergenza»²⁴.

Parimenti esce rafforzato il rapporto istituzionale dei comuni ai vari livelli istituzionali: la necessità di interfacciarsi costantemente inseguendo e concordando cambiamenti da comu-

nicare e applicare sul territorio ha reso i comuni più centrali e interdipendenti di quanto non fossero prima del Covid.

Per tutta la durata della pandemia, ad ogni livello, ci si è chiesti "cosa abbiamo imparato?". Una riflessione a cui i sindaci non si sono sottratti perché, nello scorrere delle iniziative censite nelle diverse indagini, si comprende come molte cose sono state acquisite perché qualcosa era già in piedi ma altre hanno faticato perché mancavano conoscenze e competenze.

In un articolo pubblicato sul Giornale *on-line* dell'AIRe (Associazione Italiana Scienze Regionali) ci si chiede, attraverso un'indagine condotta intervistando 19 sindaci della Lombardia, "Cosa possono imparare i Comuni dalla gestione dell'emergenza Covid-19? Spunti di riflessione dai sindaci"²⁵.

L'articolo sintetizza i risultati di una indagine per la quale sono state realizzate e analizzate interviste approfondite a 19 sindaci della Lombardia, ovvero tra quelli che più immediatamente e fortemente hanno subito l'avvio della pandemia.

Le principali problematiche emerse, in ordine di importanza, durante la fase di *lockdown* sono state:

- i problemi di trasmissione dell'informazione, la difficoltà nell'interpretare le disposizioni di DPCM e Ordinanze per dare rapidamente informazioni chiare alla cittadinanza;
- la necessità del contenimento della diffusione del virus;
- il supporto alle persone che hanno contratto il virus;
- il sostegno ai casi in stato di fragilità sociale e/o economica;
- l'organizzazione della struttura comunale e dei servizi.

24. *Ibidem*.

25. <http://www.eyesreg.it/2020/cosa-possono-imparare-i-comuni-dalla-gestione-dell'emergenza-covid-19-spunti-di-riflessione-dai-sindaci/>

A queste criticità i sindaci hanno risposto con tre azioni principali:

- il potenziamento e l'utilizzo intensivo dei canali di comunicazione e *social network* per informare costantemente la cittadinanza sulle prescrizioni dei DPCM, delle ordinanze e sulle iniziative comunali;
- la predisposizione di servizi *ad hoc* per dare risposta ai nuovi bisogni della cittadinanza, come l'erogazione "straordinaria" di buoni spesa, l'organizzazione di servizi a domicilio, la gestione delle donazioni monetarie e di pacchi alimentari, l'attivazione dello sportello psicologico, la raccolta del rifiuto verde a domicilio, la sanificazione "straordinaria" di strade e luoghi pubblici;
- l'implementazione di controlli per poter contenere la diffusione del virus e verificare il rispetto delle limitazioni, principalmente tramite l'impiego della Polizia municipale.

Alla domanda su quali azioni si concentrerebbero nel caso di un ritorno dell'emergenza Covid, le più importanti scelte identificate dai sindaci fanno riferimento a:

- potenziamento dei canali di comunicazione;
- strutturazione di sistemi di controllo e di contenimento del contagio;
- supporto a chi ha contratto il virus;
- approvvigionamento e distribuzione di mascherine;
- attivazione immediata della rete di volontari;
- maggior coordinamento con medici e autorità sanitaria regionale;
- revisione dell'organizzazione degli uffici comunali;
- confronto con gli altri enti comunali.

In conclusione, gli insegnamenti utili per affrontare in maniera più adeguata situazioni di questo tipo, indicate dai sindaci intervistati riguardano:

- creatività e intraprendenza che, con la situazione di emergenza, i sindaci e le loro amministrazioni hanno accresciuto;
- disponibilità di materiali di protezione, una questione su cui investire in anticipo per affrontare situazioni di emergenza;
- investimenti in tecnologie, il cui utilizzo ha consentito comunicazione e *smart working* ed ha rappresentato una svolta nelle modalità di lavoro che probabilmente continueranno anche al termine dell'emergenza;
- attenzione all'apprendimento che, nella fattispecie, ha riguardato anche aspetti di interpretazione delle informazioni, dei Decreti e delle Ordinanze sui quali spesso si è generato confusione per una diversa lettura con la conseguente trasmissione di messaggi poco chiari alla cittadinanza;
- il ruolo cruciale della rete di volontariato perché senza il supporto dei volontari e di tutti gli attori coinvolti proattivamente nel *management* dell'emergenza, la gestione delle problematiche sarebbe stata ancora più complessa.

Sempre guardando al futuro, a cosa migliorare per rafforzare tutta la rete che, insieme ai comuni, ha retto l'impatto della pandemia, è utile sottolineare che «Occorre tuttavia un di più di strumenti e di prassi rispetto a quanto finora disponibile, almeno potrebbero essere ridefiniti e migliorati i protocolli di relazione interistituzionale e i procedimenti di intervento in caso di pandemia con esplicito coinvolgimento dei comuni e degli amministratori locali.

Ne verrebbero migliorate le procedure di emergenza, i sistemi decisionali multilivello, sarebbero completati i Piani di Protezione civile, rafforzata la conoscenza e la formazione degli operatori che nei vari apparati si occupano e continueranno ad occuparsi di emergenze.

E altro ancora. Inoltre, si consideri che tutto ciò ha valore per la grande quantità dei comuni italiani, questa volta con minori differenze per dimensione, morfologia, assetti amministrativi.

Potrebbe peraltro essere anche una occasione non ripetibile per aprire riflessioni e prassi su una concezione di medicina territoriale più vicina alle istituzioni locali di quanto non lo sia ora»²⁶.

26. <https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/10469-autonomia-ed-epidemia-l-emergenze-covid-19-testimonianze-impatti-e-nuovo-paradigmi-per-i-sistemi-socio-assistenziali-e-dei-lavori-pubblici-degli-enti-locali>

Capitolo 4

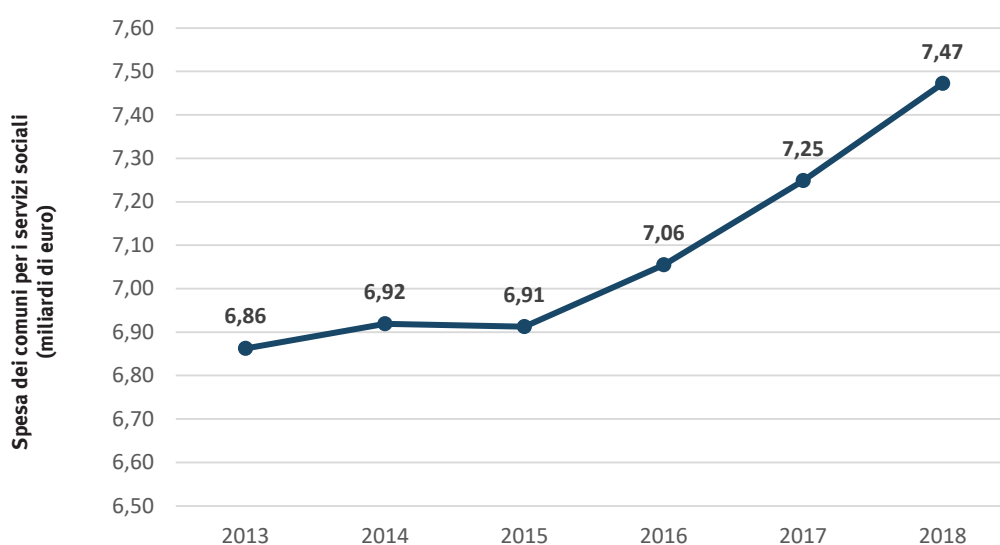
**I servizi sociali dei comuni:
spesa e aree di utenza**



4.1 Le dinamiche di spesa

Il presente Capitolo si concentra sui servizi sociali dei comuni, facendo riferimento all'Istat come fonte informativa. Nel 2018, la spesa dei comuni per i servizi sociali raggiunge i 7,47 miliardi di euro, proseguendo un trend di crescita iniziato nel 2016 (Figura 1). Rispetto al 2013 il dato ha subito una variazione positiva pari all'8,9%.

Figura 1. Spesa dei comuni per i servizi sociali (miliardi di euro), 2013-2018

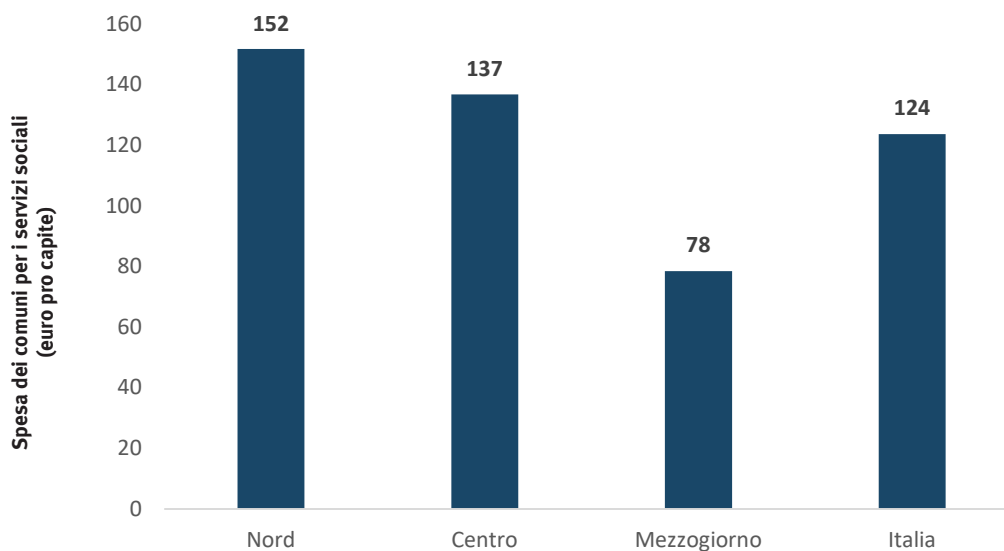


Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, anni vari

Nell'ultimo anno considerato la spesa dei comuni per i servizi sociali per abitante è pari a 124 euro (era di 120 euro pro capite nel 2017) con differenze molto ampie a livello di ripartizione geografica (Figura 2): nel Mezzogiorno è pari a 78 euro, poco meno della metà del dato registrato al Nord (152 euro).

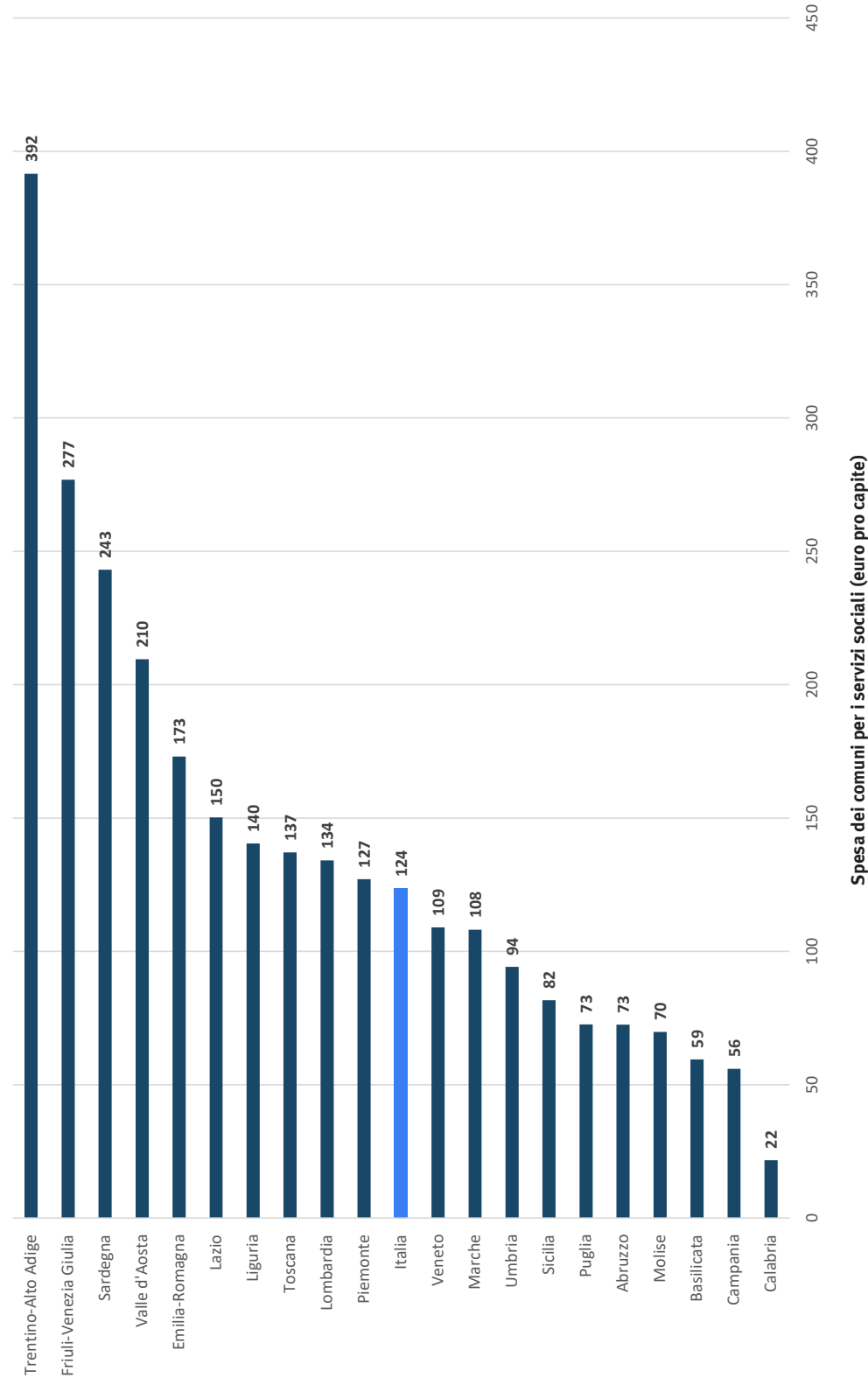
In particolare, scendendo a livello regionale, si riscontrano dati davvero eterogenei: dai 22 euro pro capite della Calabria ai 392 euro per abitante del Trentino-Alto Adige (Figura 3). La prima regione del Mezzogiorno in termini di spesa dei comuni per servizi sociali è la Sardegna, con 243 euro di uscite per cittadino.

Figura 2. Spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite), per ripartizione geografica, 2018



Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, 2021

Figura 3. Spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite), per regione, 2018



Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, 2021

Il dato appena esaminato si può anche declinare per classe di ampiezza demografica comunale (Tabella 2). All'aumentare della popolazione dei comuni la spesa pro capite per i servizi sociali cresce: si passa dai 100 euro dei comuni con meno di 10.000 abitanti ai 165 euro nelle realtà che superano i 50.000 residenti. Tale evidenza trova riscontro per le ripartizioni geografiche del Nord e del Centro; caso diverso è quello del Mezzogiorno in cui i comuni fino a 10.000 abitanti registrano nel 2018 un dato pari a 73 euro, superiore alle medie rilevate nei comuni intermedi ma pur sempre inferiore alla media dei comuni oltre i 50mila cittadini.

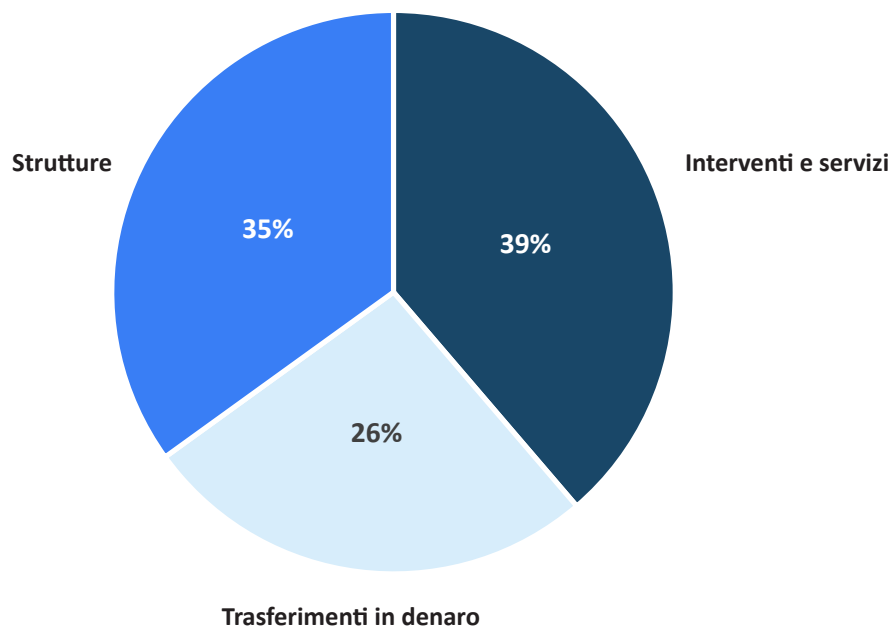
Tabella 2. Spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite), per ripartizione geografica e ampiezza demografica del comune, 2018

Ripartizione geografica	Comuni con pop. <10.000 ab.	Comuni con pop. 10.001-20.000 ab.	Comuni con pop. 20.001-50.000 ab.	Comuni con pop. >50.000 ab.	Totale
Nord	119	128	136	216	152
Centro	79	98	113	182	137
Mezzogiorno	73	62	69	96	78
Italia	100	101	105	165	124

Fonte: Istat, 2021

Nel 2018 il 39% della spesa dei comuni per i servizi sociali è utilizzata per interventi e servizi, il 35% viene assorbita dalle strutture, mentre la restante parte (26%) è costituita dai trasferimenti in denaro (Figura 4).

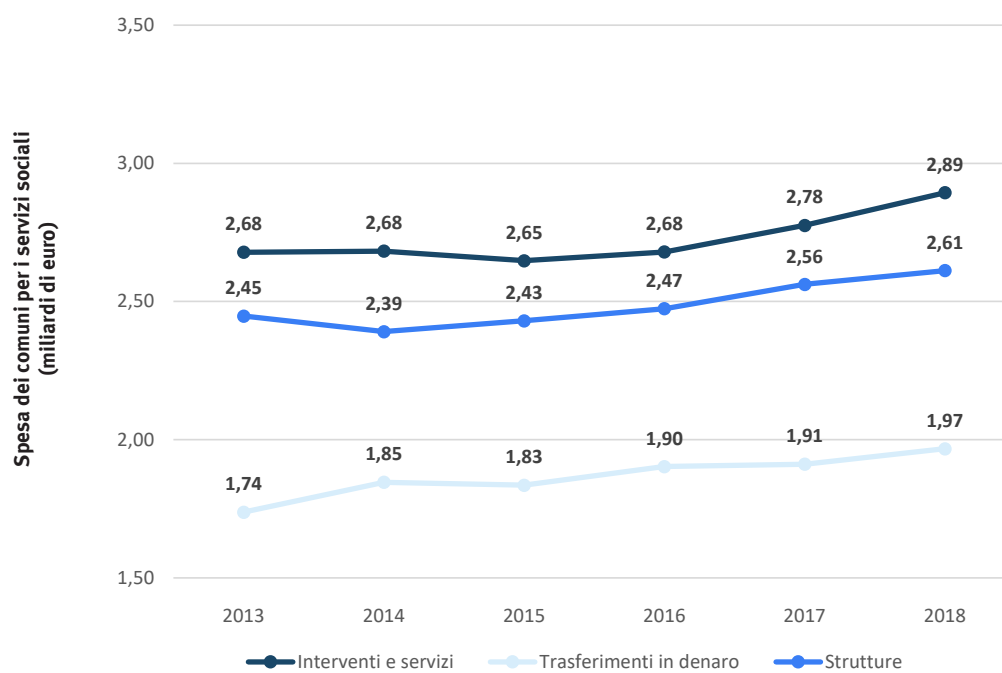
Figura 4. Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali, per tipologia di spesa, 2018



Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, 2021

Tale composizione percentuale è piuttosto stabile negli anni, nonostante le tre voci di spesa siano tutte tendenzialmente in crescita (Figura 5): le uniche lievi diminuzioni si rilevano infatti per i trasferimenti in denaro, nel passaggio dal 2014 al 2015 (da 1,85 mld a 1,83), per le strutture dal 2013 al 2014 (da 2,45 mld a 2,39) e per gli interventi e servizi dal 2014 al 2015 (da 2,68 mld a 2,65).

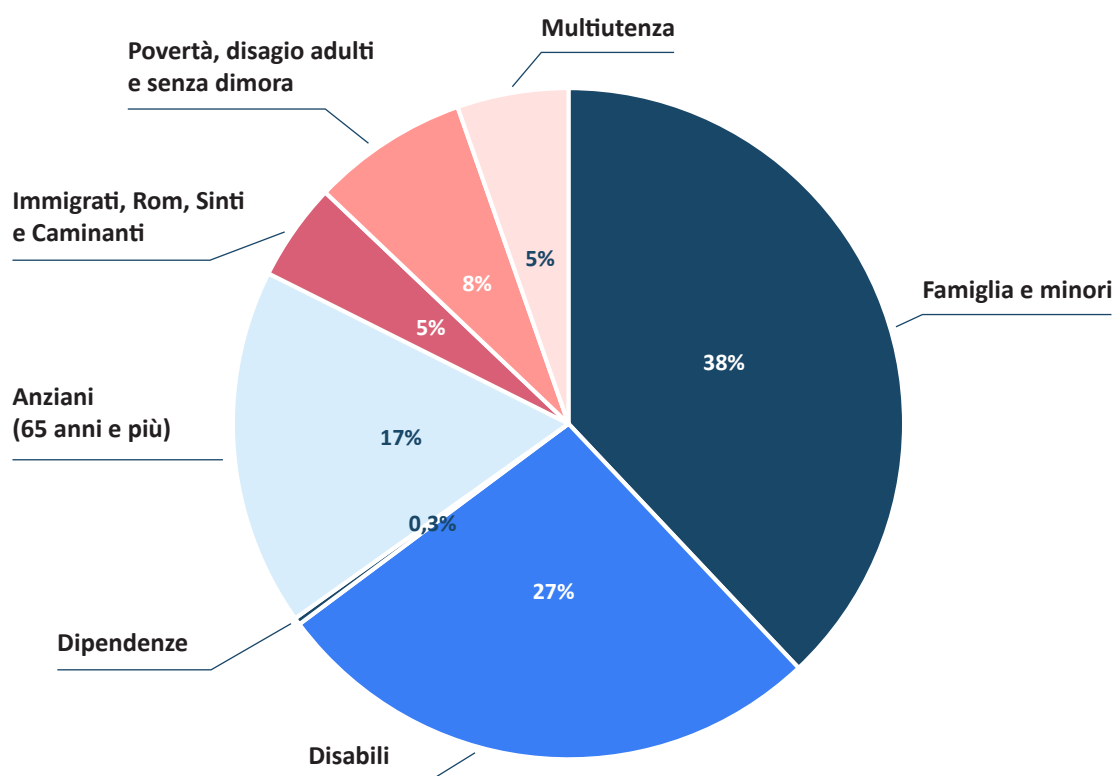
Figura 5. Spesa dei comuni per i servizi sociali (miliardi di euro), per tipologia di spesa, 2013-2018



Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, anni vari

Come verrà approfondito meglio nel Paragrafo dedicato alle aree di utenza, le risorse sono destinate prevalentemente ai minori e alle famiglie con minori (38%), alle persone con disabilità (27%) e agli anziani (17%), ossia ai residenti che abbiano compiuto almeno 65 anni di età (Figura 6).

Figura 6. Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali, per area di utenza, 2018



Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, 2021

Le voci di spesa censite dall'Istat sono numerose e per ogni area di utenza i comuni hanno una distribuzione delle risorse diversa, dettata da differenti esigenze demografiche e da "tradizioni" più o meno orientate all'offerta di servizi *ad hoc*.

4.2 La gestione della spesa

Degli oltre 7,4 miliardi di euro di spese dei comuni per servizi sociali nel 2018, 5,1 miliardi hanno l'amministrazione comunale come ente gestore (Tabella 3). Si tratta a livello nazionale di circa il 69% del totale. La seconda tipologia di ente gestore è il Distretto/Ambito/Zona sociale, con 802 milioni di euro, pari a circa l'11% della spesa. Tali percentuali differiscono lievemente per ripartizione geografica: al Nord i comuni gestiscono il 62% delle spese, il Distretto/Ambito/Zona sociale il 7,3%, mentre i consorzi ed altre associazioni di comuni acquisiscono importanza con circa il 13% e il 10,3% della spesa gestita rispettivamente. Nel Centro cresce la quota di spesa gestita dai comuni che raggiunge il 79,4%, mentre nel Mezzogiorno, oltre ad un 74,3% di spesa comunale, spicca il 24,4% in capo a Distretti/Ambiti/Zone sociali.

Tabella 3. La spesa dei comuni per i servizi sociali (valori assoluti e percentuali), per tipologia di ente gestore e ripartizione geografica, 2018

Ente gestore	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	Euro			
Comune	2.616.919.515	1.305.378.687	1.202.817.183	5.125.115.385
Distretto / Ambito / Zona sociale	307.040.565	100.102.724	395.074.148	802.217.437
Comunità montana	21.049.028	33.513	4.136.518	25.219.059
Consorzio	534.084.719	117.594.538	9.628.675	661.307.932
Azienda Sanitaria	60.164.107	76.055.250	0	136.219.357
Unione di comuni	233.895.563	22.475.259	6.492.139	262.862.961
Altra associazione di comuni	434.482.091	23.145.099	1.741.215	459.368.405
Totale	4.207.635.588	1.644.785.070	1.619.889.878	7.472.310.536
Ente gestore	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	% di colonna			
Comune	62,2%	79,4%	74,3%	68,6%
Distretto / Ambito / Zona sociale	7,3%	6,1%	24,4%	10,7%
Comunità montana	0,5%	0,002%	0,3%	0,3%
Consorzio	12,7%	7,1%	0,6%	8,9%
Azienda Sanitaria	1,4%	4,6%	0,0%	1,8%
Unione di comuni	5,6%	1,4%	0,4%	3,5%
Altra associazione di comuni	10,3%	1,4%	0,1%	6,1%
Totale	100%	100%	100%	100%

Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, 2021

La composizione percentuale della spesa per ente gestore nelle tre diverse ripartizioni geografiche cambia anche in base all'area di utenza.

Al Nord (Tabella 4.a), ad esempio, è vero che i comuni sono il primo soggetto di spesa, ma superano il 70% delle spese gestite nell'area "Famiglia e minori" e in quella "Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti". Da segnalare come i Distretti/Ambiti/Zone sociali contribuiscano maggiormente nelle aree riguardanti la povertà e la multiutenza (circa 10 e 14% rispettivamente). I consorzi invece sono più coinvolti per gli utenti disabili (21,2%) e per le dipendenze (29,3%).

Tabella 4.a. Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali nel Nord, per tipologia di ente gestore e area di utenza, 2018

Area di utenza	Comune	Distretto Ambito Zona sociale	Comunità montana	Consorzio	Azienda Sanitaria	Unione di comuni	Altra associazione di comuni	Totale
Famiglia e minori	73,7%	4,9%	0,5%	7,5%	0,8%	5,3%	7,4%	100,0%
Disabili	52,1%	7,9%	0,7%	21,2%	3,8%	4,5%	9,7%	100,0%
Dipendenze	41,3%	7,5%	0,3%	29,3%	0,8%	4,6%	16,3%	100,0%
Anziani (65 anni e più)	52,9%	8,7%	0,4%	10,0%	0,4%	7,0%	20,7%	100,0%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	78,4%	3,8%	0,1%	9,4%	0,0%	5,8%	2,5%	100,0%
Povertà, disagio adulti e senza dimora	61,1%	10,6%	0,4%	13,7%	0,4%	5,0%	8,8%	100,0%
Multiutenza	53,2%	14,0%	1,0%	16,6%	0,2%	8,1%	6,9%	100,0%
Totale	62,2%	7,3%	0,5%	12,7%	1,4%	5,6%	10,3%	100,0%

Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, 2021

Anche nel Centro (Tabella 4.b) i comuni sono il primo soggetto di spesa, tanto che rispetto al Nord sono quasi tutte le aree di utenza a rilevare una gestione della spesa in capo ai comuni per oltre il 70% delle risorse. Unica eccezione gli utenti anziani, per i quali la spesa gestita dai comuni è pari al 62,3%, seguita da quella dei consorzi con il 15% degli importi.

Tabella 4.b. Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali nel Centro, per tipologia di ente gestore e area di utenza, 2018

Area di utenza	Comune	Distretto Ambito Zona sociale	Comunità montana	Consorzio	Azienda Sanitaria	Unione di comuni	Altra associazione di comuni	Totale
Famiglia e minori	90,4%	3,3%	0,002%	3,2%	1,3%	1,0%	0,8%	100,0%
Disabili	71,5%	9,4%	0,001%	9,4%	7,6%	1,3%	0,9%	100,0%
Dipendenze	76,9%	16,8%	0,0%	2,2%	2,6%	1,5%	0,0%	100,0%
Anziani (65 anni e più)	62,3%	7,3%	0,004%	15,0%	9,9%	1,0%	4,6%	100,0%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	80,3%	3,0%	0,0%	7,5%	4,2%	4,9%	0,0%	100,0%
Povertà, disagio adulti e senza dimora	82,3%	7,1%	0,0%	4,2%	3,8%	1,5%	1,0%	100,0%
Multiutenza	76,1%	10,3%	0,0%	8,0%	2,6%	2,9%	0,1%	100,0%
Totale	79,4%	6,1%	0,002%	7,1%	4,6%	1,4%	1,4%	100,0%

Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, 2021

Infine, nel Mezzogiorno (Tabella 4.c) i comuni, in qualità di enti gestori della spesa, raggiungono e superano l'80% nell'area povertà e immigrazione. Da segnalare il ruolo più importante dei Distretti/Ambiti/Zone Sociali sia con circa un terzo della spesa rivolta agli anziani (31,1%) e alla multiutenza (33,3%), sia con il 26,4% della spesa per disabili.

Inoltre, una cosa che colpisce molto di questa Tabella, è l'assenza di gestione da parte dell'Azienda sanitaria. Un dato che potrebbe spiegare anche le voci relative alla più ridotta attività

di integrazione socio-sanitaria nelle regioni del Mezzogiorno.

Tabella 4.c. Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali nel Mezzogiorno, per tipologia di ente gestore e area di utenza, 2018

Area di utenza	Comune	Distretto Ambito Zona sociale	Comunità montana	Consorzio	Azienda Sanitaria	Unione di comuni	Altra associazione di comuni	Totale
Famiglia e minori	76,8%	22,2%	0,2%	0,4%	-	0,4%	0,1%	100,0%
Disabili	72,1%	26,4%	0,4%	0,4%	-	0,6%	0,2%	100,0%
Dipendenze	77,8%	19,7%	0,2%	2,2%	-	0,0%	0,1%	100,0%
Anziani (65 anni e più)	66,9%	31,1%	0,3%	1,4%	-	0,2%	0,1%	100,0%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	88,9%	10,8%	0,01%	0,3%	-	0,0%	0,01%	100,0%
Povertà, disagio adulti e senza dimora	80,0%	19,0%	0,04%	0,3%	-	0,5%	0,1%	100,0%
Multiutenza	64,3%	33,3%	0,4%	1,6%	-	0,1%	0,3%	100,0%
Totale	74,3%	24,4%	0,3%	0,6%	-	0,4%	0,1%	100,0%

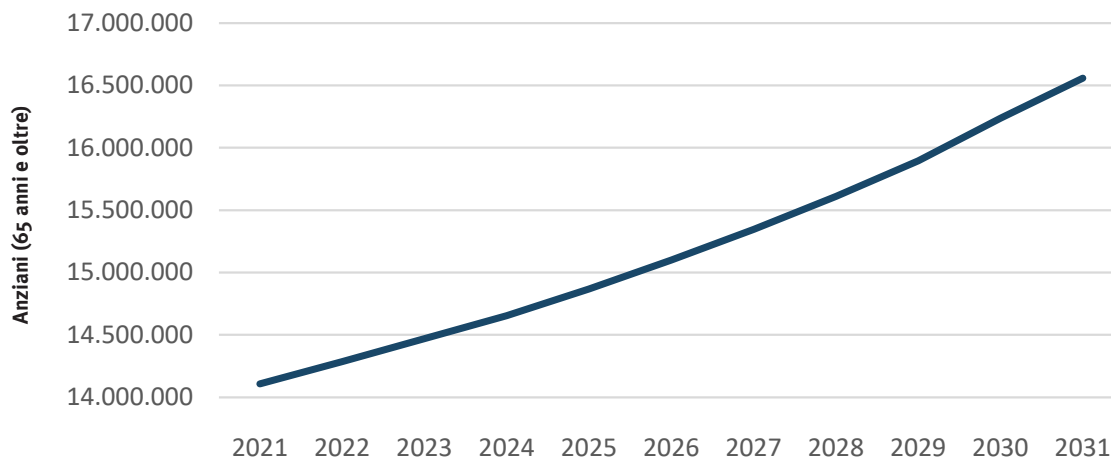
Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, 2021

Nel quadro della gestione della spesa è opportuno esaminare alcune delle voci²⁷ che rappresentano il modo in cui i comuni fanno fronte alle necessità delle comunità di riferimento.

Anche alla luce di quanto è accaduto – e sta accadendo – in questo ultimo anno e mezzo di Covid, la scelta di aprire una finestra sulle azioni dedicate agli anziani è parsa obbligata. E, in particolare, a fronte di una previsione di crescita della popolazione anziana nei prossimi dieci anni del 17,4% (Figura 7), ci si chiede se strutture e servizi siano orientati verso questo cambiamento demografico di non poco conto.

27. Elenco in Appendice.

Figura 7. Previsione della popolazione anziana in Italia, 2021-2031



Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, anni vari

Di seguito si forniranno alcuni spunti sulla gestione della spesa dei comuni riguardo a due aspetti importanti della fascia anziani: residenzialità e domiciliarità.

Rispetto alla residenzialità, come si evince dalla Tabella 5 di fonte Istat, quello che preoccupa è sia la copertura che i comuni - al 2018 - riescono a garantire sul proprio territorio di strutture residenziali per anziani e, ancor di più, in alcuni di questi il basso indicatore di presa in carico ogni 100 persone potenzialmente utenti.

Tabella 5. Le strutture residenziali (a) nell'area anziani: indicatori territoriali, 2018

Regioni e ripartizioni geografiche	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indicatore di presa in carico degli utenti (c) (per 100 persone)
Piemonte	100,0	0,6
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	100,0	1,9
Liguria	75,2	0,5
Lombardia	60,2	0,4
Trentino-Alto Adige/Südtirol	75,0	2,6
Bolzano/Bozen	100,0	4,3
Trento	75,0	1,1
Veneto	97,2	3,3
Friuli-Venezia Giulia	78,1	1,2
Emilia-Romagna	95,5	1,4
Toscana	99,3	1,3
Umbria	52,2	0,2
Marche	41,5	0,5
Lazio	62,4	0,5
Abruzzo	36,4	0,2
Molise	2,9	-
Campania	63,6	0,1
Puglia	55,8	0,2
Basilicata	32,1	0,1
Calabria	8,7	-
Sicilia	39,7	0,1
Sardegna	35,3	0,5
Nord-Ovest	78,1	0,5
Nord-Est	90,6	2,2
Centro	66,9	0,8
Sud	38,5	0,1
Isole	37,5	0,2
ITALIA	65,8	0,8

(a) Questa voce comprende sia le strutture comunali che le rette e i contributi pagati dai comuni per gli utenti di strutture residenziali private. Sono esclusi i centri estivi o invernali con pernottamento.

(b) Percentuale di comuni in cui è attivo il servizio. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano.

(c) Utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione. Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.

Fonte: Istat, 2021

Rispetto invece alla domiciliarità, la distribuzione della spesa che i comuni attuano in tale ambito – su tutte le utenze – tiene conto ovviamente del peso dell’assistenza domiciliare socio-assistenziale mentre, anche alla luce delle difficoltà incontrate nella gestione del Covid, sono limitate quelle per l’assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari e pressoché nulla quella relativa a telesoccorso e teleassistenza (Tabella 6).

Tabella 6. L'assistenza domiciliare: spesa dei comuni singoli e associati per tipo di prestazione, per regione e per ripartizione geografica, 2018
(valori percentuali)

Regioni e ripartizioni geografiche	Prestazione							Totale
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza domiciliare Integrata con servizi sanitari	Servizi di prossimità (buon vicinato)	Telesoccorso e teleassistenza	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	Altro	
VALORI PERCENTUALI								
Piemonte	30,4	21,6	0,2	0,8	42,1	3,0	1,9	100,0
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	98,0	0,1	0,8	0,2	0,0	0,9	0,0	100,0
Liguria	47,1	5,2	4,5	0,7	39,3	2,4	0,8	100,0
Lombardia	68,9	0,8	4,5	0,5	14,3	7,9	3,1	100,0
Trentino-Alto Adige/Südtirol	87,8	0,4	0,0	-0,4	2,6	9,5	0,1	100,0
Bolzano/Bozen	89,6	0,0	0,0	0,1	0,0	10,3	0,0	100,0
Trento	85,9	0,8	0,0	-0,9	5,1	8,9	0,2	100,0
Veneto	34,2	34,5	0,0	0,2	22,7	6,7	1,7	100,0
Friuli-Venezia Giulia	48,5	3,0	0,4	0,0	36,6	10,1	1,4	100,0
Emilia-Romagna	56,9	13,9	0,7	1,2	16,7	6,6	4,0	100,0
Toscana	51,4	24,4	1,0	0,3	16,8	2,1	4,0	100,0
Umbria	47,2	16,6	2,9	1,0	22,2	0,7	9,4	100,0
Marche	52,0	7,1	0,2	0,2	33,2	0,4	6,9	100,0
Lazio	87,1	5,5	0,1	0,7	3,1	1,9	1,6	100,0
Abruzzo	60,1	13,1	0,3	1,4	15,8	0,2	9,1	100,0
Molise	80,8	2,1	0,0	0,1	14,9	0,8	1,3	100,0
Campania	46,6	14,9	0,0	0,5	34,9	0,1	3,0	100,0
Puglia	47,2	36,1	0,0	0,6	6,0	2,7	7,4	100,0
Basilicata	73,4	0,9	0,1	0,2	20,0	1,8	3,6	100,0
Calabria	67,8	7,9	0,1	0,6	3,2	0,3	20,1	100,0
Sicilia	58,0	24,2	0,0	0,1	8,0	0,2	9,5	100,0
Sardegna	54,7	2,7	0,0	0,1	24,3	0,5	17,7	100,0
ITALIA	58,7	12,5	0,9	0,4	18,7	3,5	5,3	100,0

Fonte: Istat, 2021

Considerando, poi, la presenza del servizio di assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari specificamente interessata dagli anziani e la capacità di presa in carico, le cifre che Istat fornisce per il 2018 destano – guardando

all'evoluzione che la fascia di anziani può avere – non poche preoccupazioni (Tabella 7). E rinviano alla ormai quarantennale letteratura sulla necessità di cure integrate sul territorio.

Tabella 7. L'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari (a) nell'area anziani: indicatori territoriali, 2018

Regioni e ripartizioni geografiche	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indicatore di presa in carico degli utenti (c) (per 100 persone)
Piemonte	88,3	0,6
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	6,8	-
Liguria	10,7	0,2
Lombardia	8,6	0,1
Trentino-Alto Adige/Südtirol	7,4	-
Bolzano-Bozen (d)	-	-
Trento	7,4	0,1
Veneto	78,5	2,4
Friuli - Venezia Giulia	21,9	0,1
Emilia - Romagna	32,9	0,4
Toscana	65,0	0,7
Umbria	43,5	0,4
Marche	8,3	0,1
Lazio	37,0	0,1
Abruzzo	44,9	0,1
Molise	2,2	-
Campania	55,5	0,2
Puglia	81,4	0,3
Basilicata	10,7	-
Calabria	22,3	0,1
Sicilia	24,6	0,1
Sardegna	20,7	-
Nord-ovest	40,3	0,2
Nord-est	47,7	1,2
Centro	38,7	0,3
Sud	42,5	0,2
Isole	22,7	0,1
ITALIA	40,1	0,4

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari.

(b) Percentuale di comuni in cui è attivo il servizio. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano.

(c) Utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione. Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni.

(d) Per la provincia di Bolzano non è disponibile il dato relativo al numero di comuni coperti dal servizio.

Fonte: Istat, 2021

4.3 Le aree di utenza

Nel periodo analizzato, ossia il 2013/2018, le spese dei comuni per i servizi sociali hanno un andamento differente in base all'area di utenza alla quale sono indirizzati.

A livello complessivo la variazione percentuale della spesa è pari all'8,9%, ma varia da un minimo del -21,3% nel caso delle "Dipendenze", fino ad un massimo di circa il 76% per "Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti" (Tabella 8). Tali variazioni percentuali sono di grande entità ma di fatto si riferiscono ad aree di utenza che non rappresentano i principali *target* di intervento delle spese dei comuni. Come prima anticipato, infatti, nel 2018 le prime tre aree di utenza in termini di spesa sono le famiglie e minori (38%), i disabili (26,8%) e gli anziani (17,2%). Tale evidenza appare poco differenziata a livello territoriale: in particolare il Nord registra percentuali quasi sovrapponibili alla media nazionale, il Centro si discosta maggiormente rispetto alla media Italia nell'area famiglie/minori (41,5% della spesa) e il Mezzogiorno registra la percentuale più alta, pari al 31,4%, nell'area disabili (Tabella 9).

Tabella 8. Spesa dei comuni per i servizi sociali (milioni di euro), per area di utenza, 2013-2018

Area di utenza	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Var. % 2013/2018
Famiglia e minori	2.684	2.669	2.670	2.732	2.763	2.837	5,7%
Disabili	1.724	1.742	1.761	1.796	1.875	2.005	16,3%
Dipendenze	32	29	26	27	25	25	-21,3%
Anziani (65 anni e più)	1.341	1.359	1.277	1.239	1.304	1.288	-3,9%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	200	247	282	339	348	352	75,9%
Povertà, disagio adulti e senza dimora	492	488	513	535	536	563	14,5%
Multiutenza	390	386	383	387	398	401	2,6%
Totale	6.863	6.919	6.912	7.055	7.248	7.472	8,9%

Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, anni vari

Tabella 9 La spesa dei comuni per i servizi sociali (valori assoluti e percentuali), per area di utenza e ripartizione geografica, 2018

Area di utenza	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	Euro			
Famiglia e minori	1.582.494.589	681.971.627	572.943.703	2.837.409.919
Disabili	1.105.163.617	390.860.003	509.366.229	2.005.389.849
Dipendenze	17.206.626	4.529.511	3.623.156	25.359.293
Anziani (65 anni e più)	771.057.956	269.172.439	247.861.495	1.288.091.890
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	187.033.887	77.157.568	88.078.706	352.270.161
Povertà, disagio adulti e senza dimora	292.107.282	136.089.172	134.994.439	563.190.893
Multiutenza	252.571.631	85.004.750	63.022.150	400.598.531
Totale	4.207.635.588	1.644.785.070	1.619.889.878	7.472.310.536
Area di utenza	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	% di colonna			
Famiglia e minori	37,6%	41,5%	35,4%	38,0%
Disabili	26,3%	23,8%	31,4%	26,8%
Dipendenze	0,4%	0,3%	0,2%	0,3%
Anziani (65 anni e più)	18,3%	16,4%	15,3%	17,2%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	4,4%	4,7%	5,4%	4,7%
Povertà, disagio adulti e senza dimora	6,9%	8,3%	8,3%	7,5%
Multiutenza	6,0%	5,2%	3,9%	5,4%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

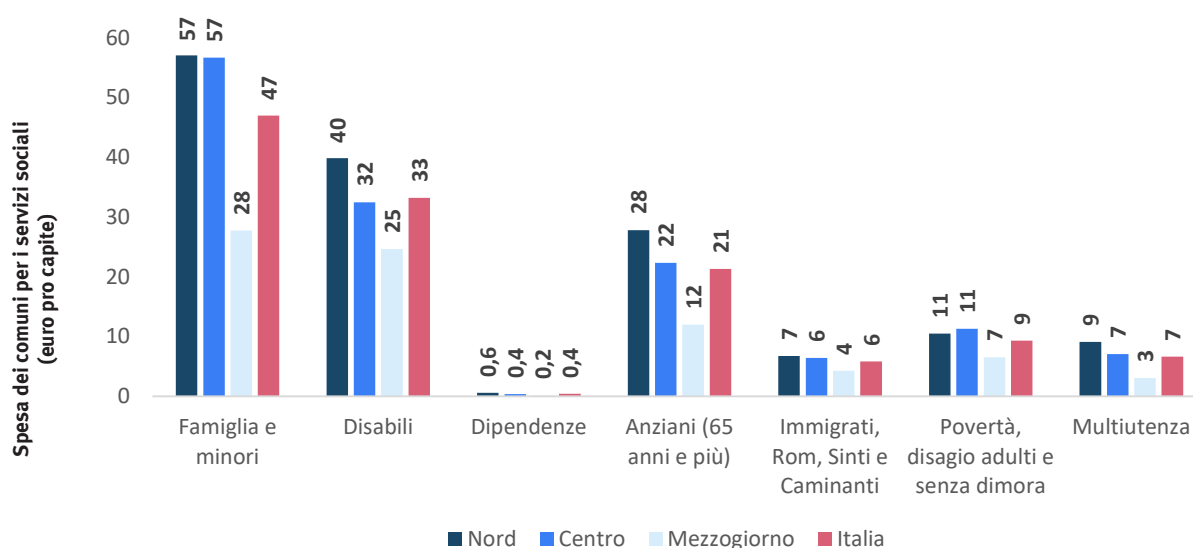
Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, 2021

La Figura 8 sulla spesa dei comuni per i servizi sociali in termini pro capite, per area di utenza e ripartizione geografica, mostra situazioni diverse lungo la Penisola: per famiglie e minori, ad esempio, il Nord e il Centro si attestano in media sui 57 euro di spesa per abitante, contro i 28 euro registrati nel Mezzogiorno. Differenze leggermente più smussate per l'area disabili: al Nord la spesa è di 40 euro, al Centro di 32 euro e al Sud e nelle Isole di 25 euro pro capite. La spesa per gli anziani raggiunge nel 2018 i 28 euro per residente al Nord, 22 euro al Centro e 12 euro nel Mezzogiorno.

Tali differenze, tuttavia, sono niente rispetto a quelle che si possono evidenziare attraverso

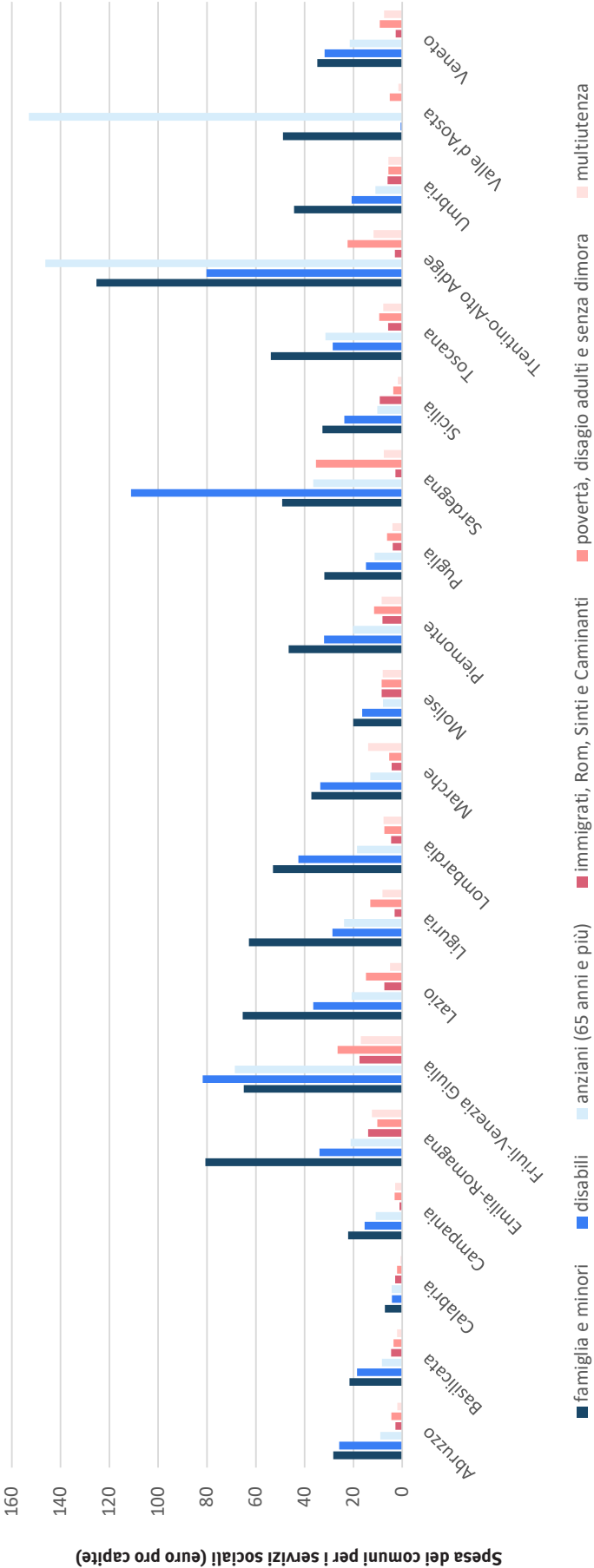
un'analisi regionale (Figura 9). Spicca su tutti l'impegno della Valle d'Aosta sul fronte anziani (153 euro pro capite) e il Trentino-Alto Adige con 146 euro per gli anziani, 125 euro per famiglie e minori e 80 euro per i disabili. Di rilievo anche il dato della Sardegna e il Friuli-Venezia Giulia per i disabili (111 e 82 euro per abitante rispettivamente).

Figura 8. La spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite), per area di utenza e ripartizione geografica, 2018



Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, 2021

Figura 9. La spesa dei comuni per i servizi sociali (euro pro capite), per area di utenza e regione, 2018

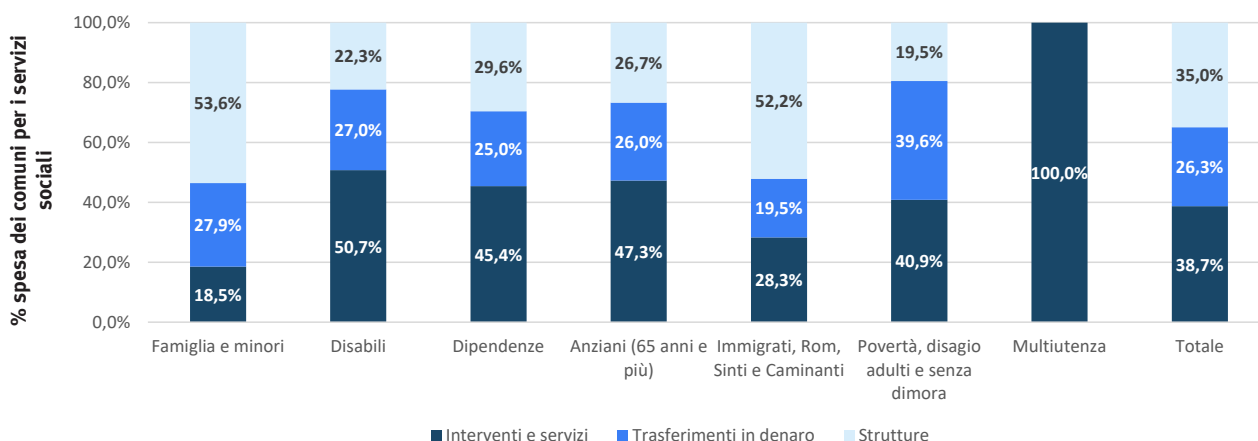


Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, 2021

La Figura 10 rappresenta la distribuzione della spesa nel 2018 tra le diverse tipologie di utenza nelle modalità in cui questa viene erogata.

A parte la multiutenza che concretizzandosi in sportelli, uffici di consulenza, ecc. si esprime in servizi nella quasi totalità, le utenze che fruiscono in maggioranza di interventi e servizi sono i disabili, i dipendenti e gli anziani. Chi, invece, fa maggiore uso della spesa in strutture sono le famiglie con minori e l'area immigrati, Rom, Sinti e Caminanti.

Figura 10. Composizione percentuale della spesa dei comuni per i servizi sociali, per area di utenza e tipologia di spesa, 2018



Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, 2021

Di seguito si riportano alcune considerazioni per specifiche aree di utenza che hanno sperimentato in questi anni una riduzione o una crescita contenuta della spesa per servizi socio-assistenziali: si tratta dell'area di utenza Anziani, quella Dipendenze e quella relativa alla cosiddetta Multiutenza.

Invecchiamento attivo “Decade of Healthy Ageing 2021-2030”

Le previsioni Istat sulla crescita della popolazione oltre 64enne tra gli anni 2021-2031 rafforzano ancora di più il peso della risoluzione adottata dall'Assemblea generale dell'Organizzazione Mondiale della Salute che il 14 dicembre 2020 ha inaugurato il decennio 2021-2030 come quello dell'Invecchiamento in Buona Salute²⁸. Nei mesi precedenti alla decisione è stato realizzato uno studio mondiale sulle condizioni di invecchiamento e sono state raccolte buone pratiche cui hanno contribuito 100 differenti organizzazioni, con 350 studi di caso in 55 Paesi in tutto il mondo. Lo studio è servito a focalizzare quanto poco si sappia delle persone anziane e delle loro reali priorità. L'obiettivo di questo Decennio dell'Invecchiamento in Buona Salute è contribuire a fornire risposte concrete in un approccio olistico basato sia sulla cura e tutela delle persone anziane, sia sulla costruzione di ambienti accoglienti che ne favoriscano la partecipazione in società eque e inclusive. Lo studio ha evidenziato i progressi fatti nei diversi Paesi, secondo dieci indicatori utili a inquadrare la tematica, mostrando al tempo stesso come tali sforzi non siano però omogenei e come la velocità dei processi di miglioramento non sia sufficiente in relazione alle sfide che vengono poste alle nostre società dagli attuali tassi di invecchiamento. Il report servirà come riferimento utile rispetto al quale promuovere l'apprendimento in tutti i Paesi e misurare i progressi verso un invecchiamento in buona salute durante il prossimo decennio. Avere a disposizione una maggiore quantità di dati da comparare consentirà di de-

terminare il livello di progresso compiuto e di identificare le aree in cui è necessaria ulteriore attenzione.

Il contesto in cui è stato presentato il report è l'impegno dell'OMS – e del più ampio sistema delle Nazioni Unite – a implementare gli sforzi per migliorare la vita delle persone anziane nel decennio 2021-2030.

Nel decennio precedente in Italia è stata creata *HappyAgeing*, Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo, che dal 2014 promuove nel Paese politiche e iniziative volte a tutelare la salute dell'anziano e sviluppare le indicazioni della Commissione europea sul fronte dell'invecchiamento attivo. Di *HappyAgeing* fanno parte, oltre a Feder-sanità, la Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio, la Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, la Società Italiana di Igiene, i sindacati SPI CGIL, FNP CISL, UIL Pensionati, e la Federazione Anziani e Pensionati ACLI. Le modalità operative dell'Alleanza si realizzano attraverso la confluenza di tutte le realtà che si occupano del benessere degli anziani e lo sviluppo e diffusione sul piano nazionale di esperienze realizzate con successo nel contesto locale e validate scientificamente dai *partner* di *HappyAgeing*.

Una delle voci di spesa che ha avuto negli anni esaminati una curva in discesa - salvo nel 2017 quando sembrava aver recuperato qualcosa - è quella relativa agli anziani.

L'aumento della speranza di vita nel nostro Paese ha portato ad un numero di anziani e cosiddetti “grandi vecchi” mai registrato prima, che nelle previsioni Istat dei prossimi dieci anni assume dimensioni importanti. Un grande successo, frutto di un Servizio Sanitario Nazionale universalistico, che ha consentito le cure a tutti i cittadini e aggiunto anni di vita e di un sup-

28. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

porto socio-assistenziale abbastanza diffuso seppur poco omogeneo.

Un successo che sta diventando una sorta di *boomerang* per i problemi che pone alle Aziende sanitarie e ai comuni che non riescono più a gestire e offrire servizi adeguati che per anni sono stati orientati ai giovani e alle fasce produttive.

Come si è già anticipato scrivendo della gestio-

ne della spesa, l'area dei servizi che fa riferimento agli anziani ha subito negli anni considerati un calo abbastanza generalizzato.

In particolare, i servizi che hanno registrato un calo sono quelli nella Tabella 10.

Si tratta di diversi servizi ma, tra questi, quelli che sembrano colpire maggiormente la popolazione anziana riguardano i servizi legati al trasporto, alla socialità, alla sicurezza in casa da soli.

Tabella 10. I servizi agli anziani per i quali è diminuita la spesa dal 2013 al 2018

Servizi	Spese per anziani (euro)		Var. % 2013/2018
	2013	2018	
Contributi per servizio trasporto	3.777.252	1.529.959	-59,5%
Telesoccorso e teleassistenza	8.191.993	3.761.487	-54,1%
Centri estivi o invernali (con pernottamento)	3.698.012	1.736.100	-53,1%
Contributi erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	47.306	23.592	-50,1%
Intermediazione abitativa/assegnazione alloggi	1.667.582	949.158	-43,1%
Trasporto sociale	28.517.678	18.285.039	-35,9%
Attività ricreative, sociali, culturali	31.754.355	20.911.483	-34,1%
Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	9.819.306	6.491.785	-33,9%
Centri di aggregazione/sociali	15.771.613	11.064.366	-29,8%
Buoni spesa o buoni pasto	885.504	666.166	-24,8%
Mensa	4.478.220	3.723.329	-16,9%
Centri diurni	68.498.541	57.031.388	-16,7%
Contributi a integrazione del reddito familiare	29.354.787	24.568.865	-16,3%
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	54.838.183	47.341.423	-13,7%
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	360.420.269	311.287.923	-13,6%
Contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali	633.712.852	560.643.760	-11,5%
Contributi per cure o prestazioni sanitarie	7.134.028	6.389.248	-10,4%
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	132.620.516	120.315.480	-9,3%
Servizi di prossimità (buon vicinato)	7.705.589	7.113.610	-7,7%
Altre attività di servizio sociale professionale	3.380.947	3.156.791	-6,6%
Contributi e integrazioni a retta per altre prestazioni semi-residenziali	2.520.088	2.499.020	-0,8%
Contributi e integrazioni a retta per centri diurni	14.500.874	14.478.713	-0,2%

Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, anni vari

Case Riposo-RSA ed effetti Covid-19

Già dai primi mesi della pandemia le case di riposo e le RSA sono state tra i luoghi più colpiti dal virus con tassi di mortalità talmente elevati da far scattare l'attenzione su questi luoghi quasi per definizione un po' lontani e defilati rispetto alla vita pubblica.

Dopo la prima ondata, dove alcune disattenzioni nella distribuzione di malati Covid e l'assenza di protezioni per gli operatori e per i pazienti hanno creato situazioni assolutamente ingestibili, il Ministero della Salute ha ritenuto necessario ripensare tutti i servizi rivolti agli anziani istituendo una Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione anziana, presieduta da Monsignor Paglia che, il 3 febbraio 2021, ha audito diverse associazioni – tra le quali l'ANCI – sulla bozza di linee di indirizzo generali per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria dedicata alla popolazione anziana, elaborate dalla Commissione medesima. Dalla premessa alla bozza di linee di indirizzo, di seguito riportata, emergono le criticità che i dati Istat prima evidenziati disegnano già nel 2018.

«Il cuore della riforma avanzata dalla Commissione in questo documento - che si basa su una nuova visione della assistenza agli anziani - è costituito dalla “presa in carico” dell'anziano attraverso il cosiddetto “continuum assistenziale” che prevede l'intero spettro dei servizi necessari agli *over 65* in ambito domiciliare, semiresidenziale e residenziale. La novità più rilevante della proposta è che tutti gli erogatori di servizi sia pubblici che privati (convenzionati o meno) siano vincolati ad offrire l'intero *continuum* secondo proporzioni rigorosamente commisurate alla epidemiologia delle disabilità, della non autosufficienza

e delle fragilità. In altri termini, chi offre un posto in residenza deve assicurarne un numero congruo in assistenza domiciliare, nei centri diurni, in telemedicina e così via. Troppo spesso assistiamo ad imponenti fenomeni di risposte inappropriate causate dalla povertà dello spettro di servizi offerti, segnatamente in ambito domiciliare. A questo proposito la Commissione rileva la fortissima carenza dei servizi di assistenza a domicilio siano essi sociali, sanitari che integrati, carenza contraddistinta peraltro dalla mancanza di continuità di tali interventi, offerti per lo più come singoli servizi (di fornitura di pasti, di erogazione di singole prestazioni) e non presentati ed interpretati come una vera presa in carico continuativa. È solo così che si spiega, ad esempio, l'infima quantità media di ore in Assistenza Domiciliare Integrata offerte alla popolazione anziana all'anno: meno di 20 (dovrebbero essere almeno 20 al mese). Un altro aspetto da non trascurare a proposito del “continuum assistenziale” è rappresentato dalla necessaria inclusione dei servizi di prevenzione sul territorio, di rinforzo delle reti sociali e lotta alla solitudine, nonché del grande contributo delle realtà del volontariato che con inventiva e genio umanistico offrono spesso soluzioni pionieristiche ed esempi di buone pratiche da prendere a modello. Il documento pone quindi le premesse per la riforma ed il potenziamento di altri due settori strategici della assistenza agli anziani: quello degli assistenti familiari (le cosiddette badanti), pilastro fondamentale e peculiare del nostro sistema, e le problematiche del personale, in particolare gli OSS, su cui un grande lavoro di formazione ed integrazione resta da fare. Non potrà mancare una riflessione sui diritti degli anziani: alla scelta nell'ambito del “continuum assistenziale”, alla protezione dall'isolamento sociale e dalla solitudine, alla equa assegnazione

dei servizi dovuti, alla eliminazione delle barriere di ogni sorta, alla buona informazione, alla soppressione degli abusi, in particolare violenze e contenzioni. Infine, vengono proposte alcune misure urgenti connesse alla pandemia, riguardanti la ADI orientata ai pazienti Covid, il potenziamento e miglioramento delle centrali telefoniche e la lotta agli abusi, in particolare quelli connessi alla contenzione ed all'isolamento»²⁹.

Così, nel documento consegnato dal delegato ANCI al *welfare* e sindaco di Reggio Emilia, Luca Vecchi, in audizione si legge: «... siamo convinti che la risposta alle carenze del sistema residenziale messe in luce dall'emergenza sanitaria non stia nella demolizione del sistema in sé (di cui vi è comunque necessità di rafforzamento alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione, dell'aumento delle patologie cronico-degenerative e, in quest'ottica, del bisogno di trovare soluzioni sostenibili alla non autosufficienza su larga scala, in grado di assicurare assistenza costante laddove necessario), ma nel ripensarlo in un'ottica più complessiva, in cui le strutture residenziali non siano più strutture istituzionalizzanti e isolate dalla comunità, ma al contrario pienamente integrate in un contesto sociale e in un *continuum* di risposte personalizzabili a bisogni complessi come quelli odierni»³⁰.

Infine, nel contesto di crisi e ripensamento delle strutture residenziali rivolte agli

anziani, si inserisce anche il tema dell'occupazione. Infatti, dopo una situazione di cronico deficit di posti disponibili a fronte di una domanda crescente, negli ultimi mesi, paradossalmente, il tasso di occupazione è sceso fino a punte del 30%. Numerosi sono gli articoli in cui si denuncia una situazione di crisi di gestione. A titolo di esempio, il *Messaggero Veneto-Giornale del Friuli* del 18 marzo 2021 descrive, con diverse interviste, una situazione drammatica per l'occupazione del personale, per i costi delle rette che rischiano di non essere più sostenibili dalle Amministrazioni, per la contrazione degli ospiti e per le spese necessarie a proteggere gli utenti e sanificare gli ambienti.

Il dato relativo alle dipendenze è costantemente quello con meno risorse e in via di riduzione. E questo, come è stato sottolineato in precedenza, perché l'assistenza a tale utenza - ovvero quella dedicata a sostanze - non rappresenta un obbligo per i comuni.

È vero tuttavia che, negli anni considerati e ancor più in quelli successivi, la crisi e, più di recente, le restrizioni dovute al Covid, hanno inciso pesantemente sul fenomeno delle dipendenze a tutti i livelli, entrando pesantemente come elemento di degrado di alcune aree urbane.

Nell'ambito delle dipendenze, da oltre dieci anni, è considerato il Gioco d'Azzardo Patologico-GAP, che al crescere della crisi economica ha assunto dimensioni assolutamente preoccupanti al punto da essere inserito tra i Livelli Essenziali di Assistenza per poter essere curato in seno al Servizio Sanitario Nazionale. Su questo fronte i comuni hanno assunto un ruolo fondamentale nella lotta al GAP attivando progetti per limitare l'accesso alle sale gioco dei minori, imponendo distanze da luoghi sensibili come le scuole, ecc.

29. *Linee di indirizzo generali per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria dedicata alla popolazione anziana a cura della Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana.*

30. <http://www.anci.it/vecchi-bene-lavoro-commissione-su-anziani-riformare-le-strutture-per-performance-di-qualita/>

Purtroppo, va detto, che è in aumento il numero di persone in situazione di disagio economico – molti dei quali anziani – che “investono” anche tutto lo stipendio o la pensione nel tentativo di cambiare in meglio la propria situazione economica e, invece, si indebitano in maniera pericolosa.

Infine, sotto la voce di spesa Multiutenza vi sono una serie di attività rivolte a diverse fasce di cittadini e di primo contatto con questi su diverse problematiche che sono spesso note come segretariato sociale, informazione e consulenza per l'accesso alla rete dei servizi:

- Segretariato sociale/Porta unitaria per l'accesso ai servizi. Servizio di informazione rivolto a tutti i cittadini, fornisce notizie sulle risorse locali e sulle prassi per accedervi, in modo da offrire un aiuto per la corretta utilizzazione dei servizi sociali. Per utenti si intende il numero di persone che hanno beneficiato del servizio durante l'anno (sia coloro che sono stati poi presi in carico, sia le persone per le quali non si è aperta la cartella sociale).
- Centri di ascolto tematici. Servizio a bassa soglia per attività di primo ascolto, informazione e orientamento (es. senza dimora, persone che si prostituiscono, stranieri con problemi di integrazione, problematiche di disagio sociale).
- Sportelli sociali tematici (compreso Informagiovani e Sportello immigrati). Attività di consulenza e orientamento per specifici *target* e aree di intervento sociale, compresa la tutela legale.
- Telefonia sociale per orientare e informare i cittadini sui servizi territoriali.

Una miriade di servizi vari e, per certi versi, vaghi perché con una *mission* non particolarmente definita immediatamente. E tuttavia spesso si tratta del “biglietto da visita” dei comuni, della loro capacità di accogliere e indirizzare verso servizi più precisi. Salvo che per i comu-

ni molto piccoli dove “ci si conosce tutti”, nelle aree urbane questi sportelli rappresentano l'accesso vero ai servizi.

Non solo, in una società in evoluzione, essi sono in grado, attraverso le richieste dei cittadini, di fornire informazioni su stress, carenze, necessità di nuovi servizi o di modifiche, ecc.

Prevenzione e stili di vita

La prevenzione e la promozione di stili di vita sani è l'arma più valida per combattere le malattie croniche. Stile che si pratica adottando abitudini salutari, quali: evitare il fumo, avere un'alimentazione corretta, limitare il consumo di alcol e svolgere attività fisica regolare. Attività semplici che possono ridurre in modo significativo il rischio di sviluppare malattie croniche e che sono alla base del programma nazionale “Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari” approvato dal Governo con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il 4 maggio 2007 in accordo con regioni e province autonome.

Si tratta di un approccio che, più di altri soggetti, vede nei comuni i protagonisti, attraverso azioni di promozione della salute come: informare, educare, assistere, stimolare la responsabilità individuale, affinché ogni persona diventi protagonista e responsabile della propria salute e delle proprie scelte.

Come molte delle azioni che caratterizzano i servizi sociali dei comuni, si lavora su un investimento da valutare a lungo periodo, riducendo il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, nel breve, con il miglioramento della qualità della vita dei singoli individui. Un investimento che, peraltro, si occupa del futuro, dal momento che le spese in campo socio-sanitario non possono essere viste soltanto come “costi da contenere”, bensì come investimenti a medio lungo termine. In questo contesto le azioni che i comuni

mettono in campo sono numerose e, dove più praticate, innervano tutta la popolazione, dalle iniziative con le scuole come “Pedibus”, per far camminare i bambini in città raggiungendo la scuola; alle informazioni sul cibo per combattere l’obesità; all’uso dei centri per anziani per informare e praticare vaccinazioni; alla creazione di sentieri adeguati per consentire di fare movimento anche a determinate fasce di popolazione, anche anziane e disabili, ecc.

Capitolo 5

**Uno sguardo al futuro:
la Missione Salute nel PNRR**



Per rispondere ai danni prodotti a tutti i livelli dalla pandemia, l'Unione europea ha proposto, tra i vari interventi, quello più corposo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), un programma di investimenti che l'Italia deve presentare alla Commissione europea nell'ambito del Next Generation EU, lo strumento, appunto, per rispondere alla crisi pandemica provocata dal Covid-19.

Concluso il lungo esame parlamentare che ha contrassegnato la proposta di PNRR inviata dal Governo Conte II il 15 gennaio 2021, il 25 aprile 2021 il Governo Draghi ha trasmesso al Parlamento il nuovo testo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il Piano si articola in sei missioni³¹:

1. Digitalizzazione, Innovazione, Competitività, Cultura
2. Rivoluzione Verde e Transizione Ecologica
3. Infrastrutture per una Mobilità Sostenibile

4. Istruzione e Ricerca
5. Inclusione e Coesione
6. Salute.

Per quanto riguarda la Missione Salute le componenti sono due:

1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.
2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

La prima componente si concentra sui seguenti obiettivi:

- Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari.
- Sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

31. Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) (camera.it) https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1253627.pdf?_1613222712544

Tali obiettivi verranno perseguiti attraverso investimenti nei seguenti campi:

- Case della Comunità e presa in carico della persona.
- Casa come primo luogo di cura e telemedicina.
- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

La seconda componente invece ha i seguenti obiettivi generali:

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici.
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello centrale e regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di *governance* e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni.

In questo caso gli investimenti riguardano:

- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.
- Verso un ospedale sicuro e sostenibile.
- Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione.
- Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN.
- Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.

L'attenzione dei comuni, per quanto riguarda il PNRR, è giustamente concentrata verso l'attuazione della componente 1 dedicata alla medicina territoriale che con 7 miliardi finanzia l'implementazione di strutture assistenziali di prossimità per le comunità, collocando nello stesso spazio fisico un insieme di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie³².

Per approfondire i diversi progetti presenti nel PNRR, la stessa Fondazione IFEL, il 16 dicembre 2020, ha promosso un *workshop* con esperti con esperienza di sanità territoriale, telemedicina, innovazione sociale, socio-sanitario, epidemiologia, per ragionare, insieme con Federsanità, sul ruolo dei comuni nello sviluppo della sanità territoriale.

Un necessario momento di riflessione perché a fronte di un Servizio Sanitario Nazionale, seppur declinato nelle competenze regionali, che può contare su strumenti e spazi di valutazione e *benchmark*, non corrisponde un'analogha possibilità per il sistema dei comuni che in termini di sanità territoriale cooperano soprattutto al segmento socio-sanitario. Nel sistema Salute ci sono aree poco considerate che pesano sul ruolo dei comuni (salute mentale, dipendenze, ecc.) che vanno recuperate e sulle quali occorre definire un quadro più chiaro di responsabilità capace di farsi carico di bisogni di salute più complessivi.

Quelle che seguono sono alcune delle criticità individuate durante il *workshop* e delle possibili strategie di soluzione.

«Sul tema del socio-sanitario manca un approccio integrato e/o una funzione integrante a partire dai Ministeri coinvolti (Sanità e lavoro e Politiche Sociali).

Bisogna cambiare l'approccio a partire dal li-

32. <http://www.anci.it/wp-content/uploads/Documento-audizione-Decaro-recovery-1-marzo-2021.pdf>

vello centrale definendo una funzione di lavoro integrato o almeno di confronto e collaborazione interistituzionale stabile che coinvolga i due Ministeri competenti - il Ministero della Salute e quello del Lavoro e Politiche sociali - le regioni e l'ANCI in tema di integrazione socio-sanitaria e una strategia programmatica comune sia a livello nazionale sia di riflesso a livello territoriale, basata su:

- a) una chiara individuazione e integrazione di risorse finanziarie;
- b) un sistema di valutazione in grado di misurare l'efficacia degli interventi;
- c) un metodo (esempio azioni dedicate nella programmazione dei fondi strutturali collegate a premialità) che incentivi la conoscenza, adozione e adattamento di buone pratiche;
- d) *governance* di prossimità ripensando le scale di intervento, individuando ambiti di geografia amministrativa uniformi in cui sia possibile concertare la declinazione degli interventi in termini sistemici a salute, sociale, equità, istruzione, mobilità, collegando gli interventi a un sistema di ascolto e rilevazione dei bisogni (es. asili nido e servizi per il lavoro).

Ripensare i piani di zona in termini di lavoro di équipe sia per Cronicità che per la Fragilità agendo in ottica non solo di prevenzione ma di anticipazione dell'intervento.

Si parla di Cronicità ma non si parla ancora di Fragilità: il tema dovrebbe trovare analogia di genere anche al fine di rendere maggiormente riconoscibile il ruolo e le azioni del territorio.

Gli interventi di prevenzione risultano collegati all'ambito sanitario, e prevalentemente oncologico. Nessuna attenzione è data al tema dell'invecchiamento sano e attivo che consen-

tirebbe di ritardare l'insorgenza di altre patologie croniche. Esistono esperienze significative, sperimentabili e sperimentate anche grazie alla SNAI, in cui ruoli come l'Infermiere di famiglia e di comunità e le professioni socio-sanitarie possono determinare una riforma del sistema di presa in carico e cooperare con le forze del Terzo settore (anche alla luce del Codice del Terzo Settore, d.lgs 117/2017).

Pensare in termini di *équipe*, rivalutando il ruolo delle professioni socio-sanitarie (di cui si attende in decreto attuativo della Legge Lorenzin), in modo che, a seconda del bisogno sanitario o sociale, per la persona sia di volta in volta possibile avere un referente ma che a sua volta il referente agisca sostenuto da un lavoro di *équipe*. Ciò renderebbe possibile attivare risorse di comunità e anche ripensare il ruolo di attori territoriali in politiche di intervento e rilevazione di marginalità (es. formazione mirata a categorie diverse come farmacisti e parrucchieri nel riconoscimento di segnali di violenza domestica, a taxisti per formazione laica al primo intervento)

Governo della risposta: privati, telemedicina, teleassistenza e salvaguardia della componente relazionale.

Collegare l'adozione di tecnologia anche al lavoro di *équipe* territoriale in ottica di fragilità anche promuovendo il confronto istituzionale sui documenti/linee guida per telemedicina, teleassistenza in sede di Conferenza unificata.

Prevedere un approccio di valutazione anche qualitativa per comprendere se e come il modello privato-centrico/residenzialità e, più in generale, della esternalizzazione dei servizi, abbia funzionato, nonché comprendere se e come sia possibile tenere conto di una scala di bisogni più complessivi.

Sostenere la Capacità istituzionale anche adeguando il personale necessario.

Insieme dei profili necessari ai servizi e il relativo mix di competenze socio-tecniche necessarie, anche supportando l'offerta formativa e la determinazione dei fabbisogni sia relativamente all'implementazione di tecnologie per la telemedicina sia in termini di lavoro in *équipe* e approccio sistemico. Il mix di competenze serve anche in fase di programmazione di gara per supportare processi d'acquisto integrati a supporto del lavoro delle *équipe*.

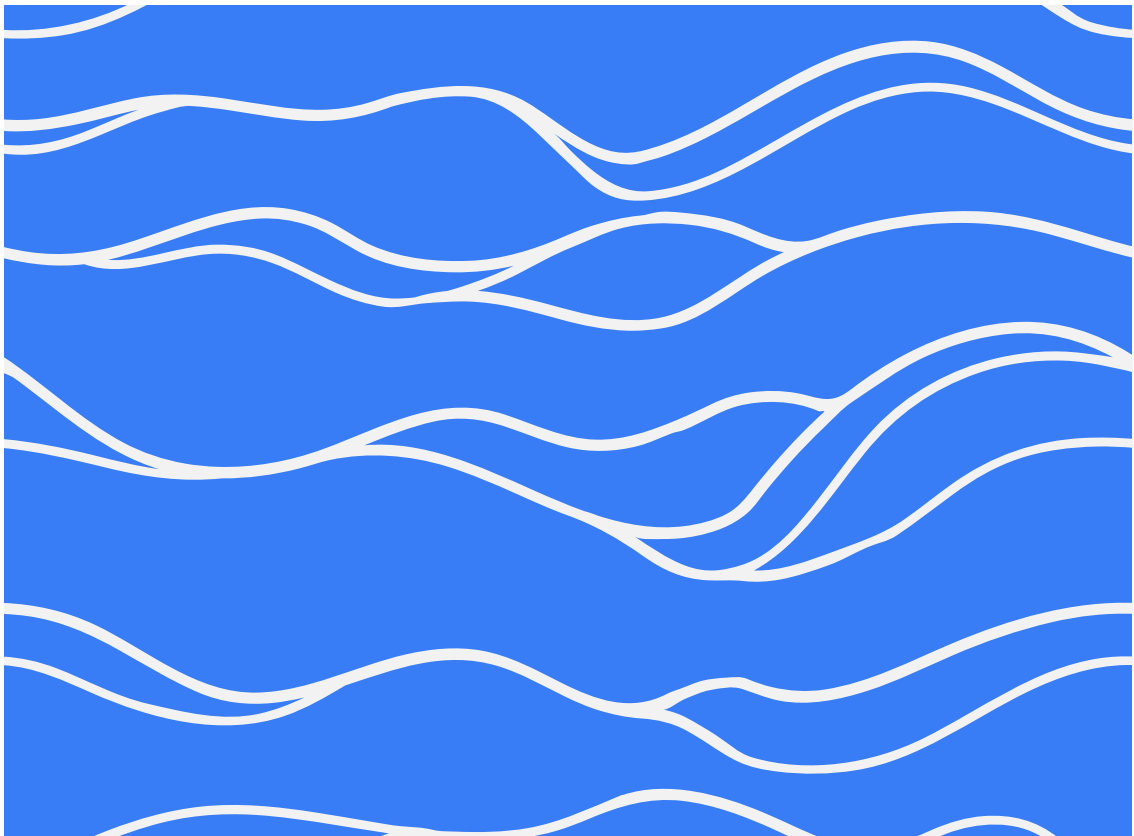
Piano Casa.

Supportare azioni di *co-housing* e domotica, funzionali a invecchiamento sano e attivo, consentendo sia lo sviluppo di nuove competenze e servizi, sia l'inclusione di soggetti vulnerabili (studenti universitari, immigrati, genitori separati, famiglie monoreddito, etc.)»³³.

33. Verbale Workshop organizzato da Fondazione IFEL, 16 dicembre 2020

Capitolo 6

Conclusioni



Nel chiudere questo Rapporto occorre sottolineare la difficoltà di fare valutazioni sulla base dei dati presi in considerazione. E non perché i dati raccolti da Istat ogni anno non siano significativi, ma perché molto di quello che si poteva dire è stato stravolto - nel momento in cui il Rapporto veniva steso - dagli avvenimenti legati al Covid.

Si possono fare però alcune riflessioni su come i comuni possono essere punto di ripartenza rispetto alle questioni di salute dei prossimi anni, avendo come riferimento la definizione di salute data dalla Carta di Ottawa³⁴ che descrive la promozione della salute come quel processo che consente alle persone di acquisire il controllo sulla propria salute e di migliorarla.

Le indicazioni della Carta per promuovere la salute, a circa quaranta anni di distanza, sono ancora attuali. Si tratta di:

- costruire una politica pubblica per la tutela della salute;
- creare ambienti capaci di offrire sostegno;
- rafforzare l'azione della comunità;
- sviluppare le capacità personali;
- riorientare i servizi sanitari.

La salute è, quindi, un bene della vita quotidiana che si alimenta con le risorse sociali e personali, oltre che con le caratteristiche fisiche. Pertanto, la promozione della salute non può essere ad esclusiva responsabilità del settore sanitario ma necessita di azioni integrate con tutti gli altri ambiti sociali.

Questo approccio alla salute in maniera integrata all'uomo si è ulteriormente allargato arrivando ai giorni nostri a comprendere l'intero ecosistema attraverso il concetto di "One Health" che nacque nel 2004 quando, in seguito a un'epidemia particolarmente violenta di un virus zoonosico influenzale aviario, si pensò che i numeri di decessi nella popolazione umana potessero superare quelli causati dall'influenza Spagnola alla fine della Prima Guerra Mondiale.

La visione *One Health* è fondata su un modello

34. Ottawa Charter for Health Promotion) Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute. Ottawa, Canada, 7-21 novembre 1986, https://www.dors.it/documentazione/testo/201509/Ottawa_1986_ita.pdf

sanitario che poggia sull'integrazione di discipline diverse. Una visione antica e, insieme, moderna che guarda alla salute umana, a quella animale e a quella dell'ecosistema come a un sistema legato in modo indissolubile.

A fronte di questo contesto improntato ad una visione olistica, la lettura dei precedenti Capitoli strida per un quadro in cui le due aree - sociale e sanitario - operano nella realtà, nella maggior parte dei casi e delle zone del Paese, in maniera poco integrata. Quasi che la sanità, la programmazione degli atti e dei luoghi sanitari, raramente abbiano la possibilità di incontrare le azioni e i luoghi del sociale e del socio-assistenziale.

Di questa mancata integrazione se ne sono accorti e, spesso, fatti carico i sindaci durante la fase più dura della pandemia.

Sono i sindaci che, in alcuni casi, hanno tenuto il conto dei cittadini contagiati, che hanno verificato che nessuno fosse abbandonato solo in casa, che hanno insistito per risolvere situazioni drammatiche nelle case di riposo, che hanno organizzato trasporti per vaccinare gli anziani. In molti hanno dato sostanza alla norma che vede ancora nel sindaco la prima autorità sanitaria della città.

Rispetto ad una sanità presa dalle vaccinazioni e dal recupero di prestazioni sanitarie non erogate durante il 2020 (e ancora a tutt'oggi molto rallentate) ci si può interrogare su cosa possono fare i comuni anche in attesa che quanto descritto nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) diventi realtà. Anche perché, a proposito del PNRR, è stato detto: «Il processo è relativamente chiaro per quel che riguarda la parte di attuazione dei ministeri, è invece molto più complesso per quanto riguarda il coordinamento del ruolo che avranno il Governo da una parte e i vari Enti locali dall'altra che sono i veri attuatori e destinatari del Piano. Perché devono avere un ruolo centrale nel Piano? Perché sono loro ad avere massima contezza dei bisogni del territorio. In particolare, in ambiti quali la coesione sociale e la sanità, come tra l'altro previsto anche dalla Costituzione»³⁵.

E, quindi, è perché hanno «massima contezza dei bisogni del territorio» che i comuni possono ricostruire un tessuto di servizi – e anche di socialità e salute – che negli anni passati, al ridursi delle risorse da investire, è stato sempre più sminuito nella diversificazione delle risposte e nella platea dei cittadini che ne erano fruitori.

In un esercizio per ricondurre le informazioni e le indicazioni emerse nei Capitoli precedenti ad una lettura di salute diffusa, seppure parziale, si è ritenuto opportuno utilizzare le categorie sopra citate della Carta di Ottawa.

- **Costruire una politica pubblica per la tutela della salute.**

Per poter intervenire con una politica (o politiche) della salute è necessario incrociare le informazioni demografiche con quelle epidemiologiche di un territorio³⁶. Questo consente di avere una mappa delle situazioni critiche di un territorio e indicazioni su come intervenire. Peraltro, si tratta di un approccio sottolineato, in periodo Covid, da molti epidemiologi che hanno messo in evidenza come non si possa parlare di salute pubblica senza coinvolgere tutti i soggetti che operano sul territorio.

Uno strumento istituzionale che la normativa aveva individuato per ragionare e trovare soluzioni per la salute del territorio erano le Conferenze dei sindaci. Nel D.Lgs. 229/99 di riforma del servizio sanitario, le Conferenze erano presenti all'interno di un modello di relazioni tra regione, enti locali e aziende sanitarie, fondato sul coinvolgimento di ogni livello di governo nel pro-

35. <https://www.governo.it/it/media/pnrr-comunicazione-del-presidente-draghi-parlamento/16726>

36. Si tratta di una operazione che Federsanità sta sperimentando provando a popolare alcune banche dati/portali contenenti informazioni sanitarie (es. distribuzione delle diverse tipologie di Schede di Dimissione Ospedaliera) in un determinato territorio con i dati e i servizi offerti dai comuni dello stesso.

cesso decisionale e sulla cooperazione tra i diversi attori del sistema. Alcuni sondaggi negli anni scorsi avevano messo in evidenza una diversa attivazione di questi organismi all'interno delle aziende sanitarie locali: in alcune regioni istituite e operative, in altre istituite e mai attivate. Poi, forse per effetto dell'impegno e della necessità di raccordo a causa del Covid, molte di queste sono state ricostituite e attivate sui problemi del territorio e, in particolare, sulle vicende legate alla vaccinazione (luoghi, modalità, ecc.).

Nel contesto della costruzione di una politica pubblica per la tutela della salute rientra anche la capacità di coinvolgere i cittadini su tematiche di prevenzione, ampliando tutte quelle modalità di comunicazione che sotto Covid hanno consentito a molti comuni di entrare nelle case, informare ed essere informati. Su questa traccia occorre proseguire per innescare meccanismi di *empowerment* dei cittadini sui temi della propria salute e su quella del proprio territorio.

- **Creare ambienti capaci di offrire sostegno.**

Tra le voci di spesa che si sono ridotte ci sono quelle relative alla teleassistenza, al trasporto sociale, ai centri di aggregazione sociale. È probabile che, dovendo porsi la scelta di scegliere con le risorse disponibili, questi siano sembrati servizi non essenziali. Ma, dopo oltre un anno di distanziamento, è sempre più evidente una sorta di "aridità" sociale che rende quei servizi, soprattutto per persone sole e fragili, essenziali per il ritorno alla normalità. Senza contare che, nel frattempo, si sono innescati meccanismi di paura e di autolimitazione nell'uscire di casa. Meccanismi che danneggiano psiche e fisico.

Allo stesso modo un rafforzamento dei centri diurni (disabili, Alzheimer, ecc.) porterebbe sollievo alle famiglie con gravi handicap in casa che, in questi mesi, hanno visto peggiorare, più di altre, le condizioni loro e dei loro cari.

Poiché i modelli di vita, il lavoro e il tempo libero influiscono in modo decisivo sulla salute, questi possono divenire fonti di benessere o meno per tutti. La questione ora è capire come riorganizzarsi dopo un periodo così lungo in cui questi sono stati stravolti dalle necessarie misure di distanziamento contro il contagio. Gli ambienti di lavoro, sia quelli abituali con le ridotte postazioni o le frequenze alternate sia quelli domestici rivisitati alla luce dello *smart working*, hanno subito mutamenti che vanno considerati nella prossima riorganizzazione per mirare a condizioni di vita e di lavoro più sicure, stimolanti e gratificanti.

- **Rafforzare l'azione della comunità.**

Come è stato sottolineato da molti sindaci intervistati, l'emergenza Covid ha rinsaldato e allargato reti di relazioni: dal coinvolgimento del Terzo settore, al volontariato, ai rapporti con le altre istituzioni presenti sul territorio (primi tra tutti i Distretti e le Aziende sanitarie) e al livello nazionale. Ma non sono mancate relazioni anche con il settore industriale e dei servizi privati. Esperienze che hanno interessato sia i centri urbani, sia le aree interne che ne hanno tratto vantaggi e limitato il senso di abbandono. Esperienze che vanno capitalizzate.

È stata svolta una attività di *networking* costante che rappresenta un patrimonio da non disperdere al termine dell'emergenza, ma da tenere vivo per i prossimi progetti di ricostruzione.

Sarà necessario stabilire priorità, prendere decisioni, progettare e realizzare strategie e sarà importante il potenziamento della comunità, per renderla – anche nella fase di ricostruzione – protagonista delle scelte.

- **Sviluppare le capacità personali.**

La pandemia ha messo in evidenza come comportamenti individuali scorretti possano nuocere alla comunità in maniera veloce ed esponenziale. Un grande lavoro di

comunicazione ha consentito di modificare comportamenti che fino a pochi mesi prima erano del tutto naturali.

Le capacità e le attitudini personali, però, possono essere sviluppate sia dai cittadini, sia dagli operatori che, in questo caso, si trovano e reinventare attività e servizi in funzione di determinate restrizioni.

In questa situazione, una nota positiva è rappresentata dalla crescita diffusa di una maggiore capacità di destreggiarsi con tecnologie legate all'uso degli *smartphone* e dei PC. Tecnologie che hanno consentito a molte persone di poter essere contattate e monitorate dai servizi durante la fase di *lockdown*.

Anche qui il tema dell'*empowerment* dei cittadini è fondamentale perché è importante che tutti possano continuare ad apprendere per l'intero corso della vita, preparandosi anche ad affrontarne situazioni nuove, diverse fasi e l'eventualità di malattie o invalidità croniche (anche per effetto dell'aumento della speranza di vita). Si tratta di un processo che dovrebbe essere favorito dalla scuola, dall'ambiente di lavoro e dalle associazioni.

Riguardo ai servizi di multiutenza, che i comuni mettono a disposizione dei cittadini, potrebbe essere interessante ragionare sulla loro natura, prassi e collocazione in una società sovraccarica di informazioni dove si corre il rischio che in alcune situazioni non si trovino immediatamente proprio quelle utili. Una famiglia che scopre di avere un bambino diabetico o un genitore con Alzheimer entra in un vortice di ansia che non sempre i medici possono dipanare perché orientati alla patologia più che alla gestione quotidiana dei bisogni del nuovo paziente e della sua famiglia. In diversi Paesi, e in alcuni casi anche nel nostro, la soluzione è stata – oltre alla formazione specifica dei medici – anche il coinvolgimento delle associazioni di famiglie (*family learning*) per fornire informazioni e formazione sulla gestione consapevole

e serena della patologia. Un approccio che, orientato al quotidiano della persona, coinvolge anche le scuole, lo sport, il vicinato, ecc.

- **Riorientare i servizi sanitari.**

Mai come in quest'ultimo anno si è parlato della necessità di rivedere tutto il sistema dei servizi sanitari. E mai come in questi ultimi mesi si è affrontata la questione di come offrirli sul territorio. L'organizzazione disegnata dal PNRR punta molto alla diffusione delle strutture sul territorio e alla domiciliarità.

I dati Istat, osservati nei sei anni oggetto di questo Rapporto, mettono in evidenza come i servizi domiciliari – integrati o meno con quelli sanitari – siano diminuiti o rimasti invariati a fronte di una popolazione anziana decisamente in crescita. La domiciliarità non ha avuto quella crescita che da anni – anche attraverso normative che la prescrivono – ci si aspettava. Il riferimento per la malattia continua ad essere l'ospedale dove si arriva perché la cura a casa, o nei servizi territoriali, non ha avuto successo, non è stata seguita dal paziente, non è stata monitorata dai servizi. Così accade che le strutture sanitarie di eccellenza seguano un numero elevato di pazienti cronici che avrebbero dovuto essere curati e seguiti sul territorio.

Diverse indagini sulla gestione dei pazienti cronici durante l'emergenza Covid (quando era vietato l'accesso in numerose strutture sanitarie per evitare il contagio) hanno mostrato una riorganizzazione di servizi per evitare l'abbandono del paziente. Riorganizzazione che, nella maggior parte dei casi, ha funzionato con l'uso della telemedicina e con un maggiore raccordo tra le strutture territoriali e tra queste e i servizi sociali dei comuni (anche attraverso il coinvolgimento del volontariato).

Occorre capire come ricreare quella rete, quel passaggio di informazioni che ha fun-

zionato in una situazione di emergenza per impiegarla anche nel quotidiano, sia della cura, sia della promozione della salute.

Solo meccanismi diversi e integrati possono gestire situazioni complesse come le cronicità. Promuovere (o mantenere) la salute di una persona con patologie croniche e/o anziana significa garantire luoghi e modi per il movimento; assicurarsi che si alimenti in maniera corretta; monitorare che assuma sempre i farmaci e in maniera corretta; garantire una buona qualità di relazioni sociali, ecc. Si tratta di una serie connessa di operazioni che consente di mantenere in equilibrio un determinato stato di salute e di allontanare un repentino aggravamento con conseguente ricovero in ospedale e perdita di autonomia.

Va detto che a monte di queste operazioni è necessaria una mappatura e gestione di una banca dati delle cosiddette persone fragili (persone sole, disabili, anziane, allettate, con respiratore a domicilio, ecc.). Mappatura che in parte esiste ma che è parcellizzata tra diversi soggetti sul territorio che ne gestiscono alcune necessità ma non altre. In questo lavoro, che pure esiste, il rischio che si creino vuoti di abbandono è alto.

Peraltro, le previsioni Istat sulla crescita della popolazione anziana nei prossimi dieci anni rendono urgente una maggiore attenzione alla costruzione di una rete di protezione sul territorio - tra servizi sanitari e servizi sociali - per capire come evitare che qualcuno resti solo.

Riorientare e riorganizzare i servizi sanitari significa lavorare con e sul territorio guardando ai bisogni globali della persona intesa nella sua totalità. È per questo che i servizi che i comuni possono offrire non sono una questione residuale rispetto allo stato di salute dei cittadini ma rappresentano quell'aspetto complementare e necessario alla condizione di benessere degli stessi.

Appendice 1

Osservatorio normativo regioni italiane

L'art. 32 della Costituzione della Repubblica italiana attribuisce allo Stato il compito di tutelare la salute «come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività» e con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale - Legge n. 833 del 1978 – si dà corpo alle caratteristiche dello stesso che sono: essere pubblico, universalistico, solidaristico e sostenuto attraverso la fiscalità generale.

Per quanto riguarda i servizi sociali, la Legge quadro 328 del 2000 rappresenta il riferimento normativo a cui le regioni hanno guardato con alcuni tentativi, negli anni più recenti, di avvicinare sanità e sociale con la creazione di piani socio-sanitari regionali.

Di seguito si riporta un elenco delle normative regionali emanate a partire dagli anni 2000 in tema socio-assistenziale ed estratte dalle diverse banche dati regionali per tematica o per parola chiave.

ABRUZZO

- Legge regionale n. 7 del 30 marzo 2021 “Disposizioni in favore delle persone affette da fibromialgia”.

- Legge regionale n. 37 del 7 dicembre 2020 “Interventi per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze patologiche ed altre disposizioni”.
- Legge regionale n. 25 del 11 agosto 2020 “Disposizioni per l'attuazione del principio di leale collaborazione ed ulteriori disposizioni”.
- Legge regionale n. 26 del 11 agosto 2020 “Disposizioni per la prevenzione delle complicanze, la diagnosi, il trattamento e il riconoscimento della rilevanza sociale dell'endometriosi”.
- Legge regionale n. 42 del 10 dicembre 2019 “Interventi in favore delle famiglie che hanno all'interno del proprio nucleo familiare un componente affetto da grave patologia oncologica o sottoposto a trapianto”.
- Legge regionale n. 16 del 4 luglio 2019 “Modifiche alla Legge regionale 2 agosto 2018, n. 24 (Istituzione del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza)”.
- Legge regionale n. 24 del 2 agosto 2018 “Istituzione del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza”.
- Legge regionale n. 46 del 30 agosto 2017

- “Contributi regionali per l’installazione di sistemi di videosorveglianza all’interno delle strutture sanitarie e socio-sanitarie”.
- Legge regionale n. 4 del 12 gennaio 2017 “Proroga di termini previsti da disposizioni legislative, disposizioni in materia sanitaria e ulteriori disposizioni urgenti”.
 - Legge regionale n. 43 del 27 dicembre 2016 “Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza)”.
 - Legge regionale n. 17 del 23 giugno 2016 “Istituzione e regolamentazione del “Codice Rosa” all’interno dei pronti soccorsi abruzzesi”.
 - Legge regionale n. 16 del 9 giugno 2016 “Promozione e valorizzazione dell’invecchiamento attivo”.
 - Legge regionale n. 4 del 12 gennaio 2016 “Lotta agli sprechi alimentari”.
 - Regolamento n. 6 del 12 novembre 2015 “Regolamento di attuazione della Legge regionale 18 dicembre 2013, n. 48 (Disciplina delle fattorie didattiche, agrinido, agriasilo e agritata)”.
 - Legge regionale n. 25 del 8 ottobre 2015 “Disciplina delle Cooperative di Comunità”.
 - Legge regionale n. 10 del 21 maggio 2015 “Norme per l’alienazione e la valorizzazione del patrimonio di edilizia residenziale pubblica”.
 - Legge regionale n. 48 del 29 dicembre 2014 “Modifiche alla L.R. 9 maggio 2001, n. 18 (Consiglio regionale dell’Abruzzo, autonomia e organizzazione), in attuazione dei principi del D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, disposizioni in materia di Fondo Sociale regionale e Aziende per il Diritto agli Studi Universitari”.
 - Legge regionale n. 25 del 28 aprile 2014 Integrazione alla L.R. 21 luglio 1999, n. 44 recante “Norme per il riordino degli Enti di edilizia residenziale pubblica” e modifiche alla L.R. 25 ottobre 1996, n. 96 recante “Norme per l’assegnazione e la gestione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica e per la determinazione dei relativi canoni di locazione”.
 - Legge regionale n. 48 del 18 dicembre 2013 “Disciplina delle fattorie didattiche, agrinido, agriasilo e agritata”.
 - Legge regionale n. 43 del 25 novembre 2013 Modifiche alla Legge regionale 24 giugno 2011, n. 17 recante “Riordino delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) e disciplina delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP)”.
 - Legge regionale n. 44 del 25 novembre 2013 “Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità”.
 - Legge regionale n. 57 del 23 novembre 2012 “Interventi regionali per la vita indipendente”.
 - Regolamento n. 2 del 2 maggio 2012 Regolamento attuativo della Legge regionale 6 luglio 2011, n. 18 “Disposizioni in materia di agricoltura sociale”.
 - Legge regionale n. 11 del 1 marzo 2012 “Disciplina delle Associazioni di Promozione Sociale”.
 - Legge regionale n. 41 del 2 dicembre 2011 “Disposizioni per l’adeguamento delle infrastrutture sportive, ricreative e per favorire l’aggregazione sociale nella città di L’Aquila e degli altri Comuni del cratere”.
 - Legge regionale n. 18 del 6 luglio 2011 “Disposizioni in materia di agricoltura sociale”.
 - Legge regionale n. 17 del 24 giugno 2011 “Riordino delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) e disciplina delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP)”.
 - Legge regionale n. 53 del 10 dicembre 2010 “Norme per la tutela dei consumatori e degli utenti”.
 - Legge regionale n. 31 del 20 ottobre 2006 “Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza per le donne maltrattate”.
 - Legge regionale n. 26 del 28 luglio 2006 “Disposizioni urgenti in materia di spesa sociale”.

- Legge regionale n. 20 del 23 giugno 2006 “Misure per il settore sanità relative al funzionamento delle strutture sanitarie ed all'utilizzo appropriato dei regimi assistenziali del macrolivello ospedaliero e territoriale e per la loro regolazione”.
- Legge regionale n. 40 del 16 dicembre 2005 “Politiche regionali per il coordinamento e l'amministrazione dei tempi delle città”.
- Legge regionale n. 2 del 4 gennaio 2005 “Disciplina delle autorizzazioni al funzionamento e dell'accreditamento di soggetti eroganti servizi alla persona”.
- Legge regionale n. 46 del 13 dicembre 2004 “Interventi a sostegno degli stranieri immigrati”.
- Legge regionale n. 38 del 12 novembre 2004 “Riordino della normativa in materia di cooperazione sociale”.
- Legge regionale n. 40 del 12 novembre 2004 “Interventi regionali per promuovere l'educazione alla legalità e per garantire il diritto alla sicurezza dei cittadini”.
- Legge regionale n. 26 del 11 agosto 2004 “Intervento della Regione Abruzzo per contrastare e prevenire il fenomeno mobbing e lo stress psico-sociale sui luoghi di lavoro”.
- Legge regionale n. 14 del 18 aprile 2001 “Norme per l'inserimento lavorativo dei soggetti disabili in attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68”.
- Legge regionale n. 93 del 18 maggio 2000 Integrazione alla L.R. 2 luglio 1999, n. 37 recante “Piano sanitario regionale - Triennio 1999-2001 (proposta di progetto obiettivo di tutela della salute mentale in età evolutiva)”.
- Legge regionale n. 94 del 18 maggio 2000 “Istituzione di borse lavoro a favore della utenza psichiatrica”.
- Legge regionale n. 76 del 28 aprile 2000 “Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia”.
- Legge regionale n. 33 del 14 marzo 2000 “Norme per la regolamentazione dei campeggi didattico-educativi nel territorio della

Regione Abruzzo”.

- Legge regionale n. 138 del 23 dicembre 1999 Modifiche alla L.R. 27 marzo 1998, n. 22 recante “Norme per la programmazione e l'organizzazione dei servizi di assistenza sociale - Piano sociale regionale 1998-2000”.
- Legge regionale n. 140 del 23 dicembre 1999 “Promozione della città dei bambini e delle bambine”.

BASILICATA

- Legge regionale n. 5 del 15 gennaio 2021 “Garante regionale dei diritti della persona”.
- Legge regionale n. 15 del 4 giugno 2020 “Interventi per la promozione e la valorizzazione dell'amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli, in attuazione della legge 9 gennaio 2004, n. 6”.
- Legge regionale n. 28 del 10 dicembre 2019 “Istituzione della giornata lucana per la lotta alla dipendenza da gioco d'azzardo”.
- Legge regionale n. 53 del 17 dicembre 2018 “Disposizioni in materia di agricoltura sociale”.
- Legge regionale n. 50 del 4 dicembre 2018 “Diritto allo studio e sostegno all'apprendimento permanente nel corso della vita attiva”.
- Legge regionale n. 36 del 16 novembre 2018 “Ecomusei, Case di Comunità”.
- Legge regionale n. 35 del 6 dicembre 2017 “Promozione delle terapie, dell'educazione e delle attività assistite con gli animali”.
- Legge regionale n. 29 del 20 novembre 2017 “Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni”.
- Legge regionale n. 16 del 2 agosto 2016 “Istituzione del nido familiare con tagesmutter - mamma di giorno”.
- Legge regionale n. 13 del 6 luglio 2016 “Norme per l'accoglienza, la tutela e l'integrazione dei cittadini migranti e dei rifugiati”.

- Legge regionale n. 9 del 13 maggio 2016 “Istituzione dell’agenzia regionale per il lavoro e le transizioni nella vita attiva (L.A.B. – Lavoro e Apprendimento Basilicata)”.
- Legge regionale n. 30 del 13 agosto 2015 “Sistema Integrato per l’Apprendimento Permanente ed il Sostegno alle Transizioni nella Vita Attiva (S.I.A.P.)”.
- Legge regionale n. 13 del 20 marzo 2015 “Istituzione del servizio regionale per garantire il sostegno alle adozioni e agli affidamenti familiari (SAAF)”.
- Legge regionale n. 38 del 12 dicembre 2014 “Istituzione dell’Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità”.
- Legge regionale n. 30 del 27 ottobre 2014 “Misure per il contrasto alla diffusione del gioco d’azzardo patologico (G.A.P.)”.
- Legge regionale n. 1 del 27 gennaio 2011 Integrazione al comma 3, lettera C) dell’articolo 2 della Legge regionale n. 13 del 5 febbraio 2010 “Istituzione dei Servizi delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, Ostetriche, Riabilitative, Tecnico sanitarie e tecniche della prevenzione e delle professioni sociali”.
- Legge regionale n.17 del 5 febbraio 2010 “Interventi per l’inserimento e l’integrazione sociale a favore dei sordi”.
- Legge regionale n.13 del 5 febbraio 2010 “Istituzione dei servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e tecniche della prevenzione e delle professioni sociali”.
- Legge regionale n.9 del 29 gennaio 2010 “Assistenza in Rete integrata Ospedale-Territorio della Patologia Diabetica e delle Patologie Endocrino-metaboliche”.
- Legge regionale n. 40 del 13 novembre 2009 “Disciplina delle Associazioni di Promozione Sociale”.
- Legge regionale n.18 del 29 giugno 2009 “Istituzione del Garante regionale dell’Infanzia e dell’Adolescenza”.
- Legge regionale n. 12 del 1 luglio 2008 “Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale”.
- Legge regionale n. 5 del 19 febbraio 2007 “Nuova disciplina del Difensore Civico Regionale”.
- Legge regionale n. 4 del 14 febbraio 2007 “Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale”.
- Legge regionale 16 febbraio 2005, n. 10 “Interventi per la promozione di diritti ed opportunità per l’infanzia e l’adolescenza e per lo sviluppo di progetti per città dei bambini e delle bambine”.
- Legge regionale n. 5 del 27 gennaio 2005 “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione annuale e pluriennale della regione Basilicata - Legge finanziaria 2005”.
- Legge regionale n. 3 del 19 gennaio 2005 “Promozione della cittadinanza solidale”.
- Legge regionale n. 27 del 14 dicembre 2004 “Coordinamento dei tempi delle città e promozione dell’uso del tempo”.

CALABRIA

- Legge regionale n. 20 del 19 novembre 2020 “Modifica delle disposizioni transitorie sui requisiti strutturali e organizzativi delle strutture socio educative per la prima infanzia, di cui all’articolo 23 della Legge regionale 29 marzo 2013, n.15. Proroga del termine di adeguamento”.
- Legge regionale n. 42 del 25 novembre 2019 “Soggetti attuatori in materia di invecchiamento attivo. Modifiche alla L.r. n. 12/2018”.
- Legge regionale n. 34 del 4 ottobre 2019 “Provvedimenti urgenti per garantire l’erogazione dei servizi sanitari in ambito regionale”.
- Legge regionale n. 27 del 25 giugno 2019 Modifiche all’articolo 2 della Legge regionale n. 17/2019 “Interventi per l’assistenza a favore dei ciechi pluriminorati”.
- Legge regionale n. 26 del 25 giugno 2019 Modifiche alla L.r. 14/1984 “Provvidenze in favore dei mutilati ed invalidi civili e del lavoro”.

- Legge regionale n. 17 del 31 maggio 2019 “Interventi per l’assistenza a favore dei ciechi pluriminorati”.
- Legge regionale n. 31 del 9 luglio 2013 “Norme in materia di Pet Therapy-Terapia, attività ed educazione assistita con animali”.
- Legge regionale n. 19 2maggio 2013 “Interventi di inclusione sociale, integrazione socio-sanitaria e contrasto alla povertà per gli agglomerati urbani a maggiore concentrazione di popolazione”.
- Legge regionale n. 15 del 29 marzo 2013 “Norme sui servizi educativi per la prima infanzia”.
- Legge regionale n. 68 del 27 dicembre 2012 “Norme per il sostegno del coniuge separato o divorziato in situazione di difficoltà”.
- Legge regionale n. 47 del 12 ottobre 2012 “Interventi a favore dei soggetti celiaci”.
- Legge regionale n. 44 del 1 ottobre 2012 Modifiche alla Legge regionale 26 luglio 2012, n. 33 “Norme per la promozione e la disciplina del volontariato”.
- Legge regionale n. 33 del 26 luglio 2012 “Norme per la promozione e la disciplina del volontariato”.
- Legge regionale n. 10 dell’11 aprile 2012 “Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento”.
- Legge regionale n. 6 del 3 febbraio 2012 Modifiche ed integrazioni alla Legge regionale 18 luglio 2011, n. 24, recante “Istituzione del centro Regionale Sangue”.
- Legge regionale 15 luglio 2020, n. 26 “Disposizioni per favorire l’accesso delle persone con disabilità alle aree demaniali destinate alla balneazione”.
- Legge regionale 24 giugno 2020, n. 15 “Legge a sostegno delle buone pratiche per le politiche integrate di sicurezza. Istituzione di Punti Lettura rivolti alle bambine e ai bambini dalla nascita fino a sei anni di età e ai loro genitori”.
- Legge regionale 24 giugno 2020, n. 13 Modifiche alla Legge regionale 2 marzo 2020, n. 2 “Disposizioni per la prevenzione e la cura del disturbo da gioco d’azzardo e per la tutela sanitaria, sociale ed economica delle persone affette e dei loro familiari”.
- Legge regionale 24 giugno 2020, n. 12 Modifiche alla Legge regionale 2 marzo 2020, n. 1 “Disposizioni in materia di cooperative di comunità”.
- Legge regionale 24 giugno 2020, n. 9 “Iniziative finalizzate all’adozione di sani stili di vita a tutela della popolazione infantile ed adolescenziale a rischio obesità basati sulla dieta mediterranea come modello di corretta alimentazione e sulla diffusione della pratica dell’attività motoria”.
- Legge regionale 21 aprile 2020, n. 8 “Misure per la tutela delle donne affette da endometriosi”.
- Legge regionale 2 marzo 2020, n. 2 “Disposizioni per la prevenzione e la cura del disturbo da gioco d’azzardo e per la tutela sanitaria, sociale ed economica delle persone affette e dei loro familiari”.
- Legge regionale 2 marzo 2020, n. 1 “Disposizioni in materia di cooperative di comunità”.
- Legge regionale 30 ottobre 2018, n. 31 Modifiche alla Legge regionale 12 febbraio 2018, n. 2 “Norme per la promozione dell’invecchiamento attivo e modifiche alla Legge regionale 3 agosto 2013, n. 9 - Istituzione del servizio di Psicologia del territorio della Regione Campania”.
- Legge regionale 30 ottobre 2018, n. 30 Mo-

CAMPANIA

- Legge regionale 7 agosto 2020, n. 37 “Norme contro la violenza e le discriminazioni determinate dall’orientamento sessuale o dall’identità di genere e modifiche alla Legge regionale 16 febbraio 1977, n. 14 “Istituzione della Consulta regionale femminile”.
- Legge regionale 3 agosto 2020, n. 35 “Istituzione del servizio di Psicologia di base e modifiche delle Leggi regionali 7 agosto 2017, n. 25 e 6 maggio 2013, n. 5”.

difiche alla Legge regionale 12 febbraio 2018, n. 3 “Azioni per il riutilizzo dei beni confiscati alla criminalità organizzata e disposizioni per il Piano regionale per i beni confiscati. Modifiche alla Legge regionale 16 aprile 2012, n. 7”.

- Legge regionale 2 agosto 2018, n. 27 “Disposizioni per l’inclusione sociale, la rimozione delle barriere alla comunicazione, il riconoscimento e la promozione della lingua dei segni italiana e della lingua dei segni italiana tattile”.
- Legge regionale 12 febbraio 2018, n. 2 “Norme per la promozione dell’invecchiamento attivo e modifiche alla Legge regionale 3 agosto 2013, n. 9 - Istituzione del servizio di Psicologia del territorio della Regione Campania”.
- Legge regionale 1 dicembre 2017, n. 34 “Interventi per favorire l’autonomia personale, sociale ed economica delle donne vittime di violenza di genere e dei loro figli ed azioni di recupero rivolte agli uomini autori della violenza”.
- Legge regionale 7 agosto 2017, n. 25 “Istituzione del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità”.
- Legge regionale 22 maggio 2017, n. 13 “Istituzione del servizio di sociologia del territorio della Regione Campania”.
- Legge regionale 22 maggio 2017, n. 11 “Disposizioni per la prevenzione ed il contrasto dei fenomeni del bullismo e del cyberbullismo nella Regione Campania”.
- Legge regionale 8 agosto 2016, n. 26 “Costruire il futuro. Nuove politiche per i giovani”.
- Legge regionale 18 maggio 2016, n. 13 “Disposizioni per l’assistenza alle persone disabili prive del sostegno familiare” e modifiche alla Legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2 “Istituzione del sistema integrato regionale per la emergenza sanitaria”.
- Legge regionale 9 novembre 2015, n. 13 “Istituzione del Fondo regionale per il sostegno socio-educativo, scolastico e forma-

tivo dei figli delle vittime di incidenti mortali sul lavoro”.

- Legge regionale 6 marzo 2015, n. 5 “Interventi regionali di riconversione delle eccedenze alimentari”.
- Legge regionale 13 dicembre 2013, n. 21 “Istituzione della Consulta Regionale per la promozione e la tutela dei diritti dei minori”.
- Legge regionale 25 novembre 2013, n. 18 “Legge quadro regionale sugli interventi per la promozione e lo sviluppo della pratica sportiva e delle attività motorio-educativo-ricreative”.
- Legge regionale 3 agosto 2013, n. 9 “Istituzione del servizio di psicologia del territorio della Regione Campania”.
- Legge regionale 27 luglio 2012, n. 24 “Campania zero - norme per una Campania equa, solidale e trasparente ed in materia di incompatibilità”.
- Legge regionale 21 luglio 2012, n. 22 “Norme per l’integrazione della rete dei servizi territoriali per l’accoglienza e l’assistenza alle vittime di violenza di genere” e modifiche alla Legge regionale 27 gennaio 2012, n. 1 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2012 e pluriennale 2012-2014 della Regione Campania – Legge finanziaria regionale 2012”.
- Legge regionale 10 maggio 2012, n. 9 “Modifiche all’articolo 31 della Legge regionale 30 gennaio 2008, n. 1, recante obiettivi del centro regionale per le adozioni internazionali”.
- Legge regionale 6 agosto 2010, n. 10 “Misure urgenti solidaristiche”.
- Legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 “Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328”.
- Legge regionale 24 luglio 2006, n. 18 “Istituzione dell’ufficio del garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale ed osservatorio regionale sulla detenzione”.
- Legge regionale 24 luglio 2006, n. 17 “Isti-

tuzione del garante dell'infanzia e dell'adolescenza".

EMILIA-ROMAGNA

- Legge regionale n. 16 dell'1 agosto 2019 "Sostegno al microcredito di emergenza".
- Legge regionale n. 15 dell'1 agosto 2019 "Legge regionale contro le discriminazioni e le violenze determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere".
- Legge regionale n. 9 del 2 luglio 2019 "Disposizioni a favore dell'inclusione sociale delle persone sorde, sordocieche e con disabilità uditiva".
- Legge regionale n. 7 del 8 giugno 2018 "Modifiche ed integrazioni alla Legge regionale 19 dicembre 2016, n. 24 (misure di contrasto alla povertà e sostegno al reddito)".
- Legge regionale n. 20 del 19 ottobre 2017 "Disposizioni per la ridefinizione, semplificazione e armonizzazione delle forme di partecipazione dei soggetti del terzo settore alla concertazione regionale e locale".
- Legge regionale n. 24 del 19 dicembre 2016 "Misure di contrasto alla povertà e sostegno al reddito".
- Legge regionale n. 19 del 25 novembre 2016 "Servizi educativi per la prima infanzia. Abrogazione della L.r. n. 1 del 10 gennaio 2000.
- Legge regionale n. 11 del 15 luglio 2016 "Modifiche legislative in materia di politiche sociali, abitative, per le giovani generazioni e servizi educativi per la prima infanzia, conseguenti alla riforma del sistema di governo regionale e locale".
- Legge regionale n. 11 del 16 luglio 2015 "Norme per l'Inclusione Sociale di Rom e Sinti".
- Legge regionale n. 13 del 17 luglio 2014 Integrazioni alla Legge regionale 21 agosto 1997, n. 29 "Norme e provvedimenti per favorire le opportunità di vita autonoma e l'integrazione sociale delle persone disabili".
- Legge regionale n. 12 del 17 luglio 2014 "Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale". Abrogazione della Legge regionale 4 febbraio 1994, n. 7 "Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale, attuazione della legge 8 novembre 1991, n. 381".
- Legge regionale n. 8 del 30 giugno 2014 "Legge di semplificazione della disciplina regionale in materia di volontariato, associazionismo di promozione sociale, servizio civile. Istituzione della giornata della cittadinanza solidale".
- Legge regionale n. 6 del 27 giugno 2014 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere".
- Legge regionale n. 2 del 28 marzo 2014 "Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza)".
- Legge regionale n. 12 del 26 luglio 2013 "Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di aziende pubbliche di servizi alla persona".
- Legge regionale n. 6 del 22 giugno 2012 Modifiche e integrazioni alla Legge regionale 10 gennaio 2000, n. 1 "Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia".
- Legge regionale n. 26 del 29 dicembre 2009 "Disciplina e interventi per lo sviluppo del commercio equo e solidale in Emilia-Romagna".
- Legge regionale n. 11 del 24 luglio 2009 "Norme per la promozione e la valorizzazione dell'amministrazione di sostegno, istituto previsto dalla legge 9 gennaio 2004, n. 6".
- Legge regionale n. 14 del 28 luglio 2008 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni".
- Legge regionale n. 6 del 29 aprile 2008 "Istituzione del fondo per il sostegno socio-educativo, scolastico e formativo dei figli di vittime di incidenti mortali sul lavoro".

- Legge regionale n. 4 19 febbraio 2008 “Disciplina degli accertamenti della disabilità - ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale”.
- Legge regionale n. 3 del 19 febbraio 2008 “Disposizioni per la tutela delle persone ristrette negli istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna”
- Legge regionale n. 12 06 luglio 2007 “Promozione dell’attività di recupero e distribuzione di prodotti alimentari a fini di solidarietà sociale”.
- Legge regionale n. 12 del 21 febbraio 2005 “Norme per la valorizzazione delle organizzazioni di volontariato”. Abrogazione della l.r. 2 settembre 1996, n. 37 “Nuove norme regionali di attuazione della legge 11 agosto 1991, n. 266 - legge quadro sul volontariato”. Abrogazione della l.r. 31 maggio 1990.
- Legge regionale n. 5 del 24 marzo 2004 “Norme per l’integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati”. Modifiche alle leggi regionali 21 febbraio 1990, n. 14 e 12 marzo 2003, n. 2.
- Legge regionale n. 20 del 20 ottobre 2003 “Nuove norme per la valorizzazione del servizio civile. Istituzione del servizio civile regionale. Abrogazione della l.r. 28 dicembre 1999, n. 38”.
- Legge regionale n. 2 del 12 marzo 2003 “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.
- Legge regionale n. 34 del 9 dicembre 2002 “Norme per la valorizzazione delle associazioni di promozione sociale”. Abrogazione della Legge regionale 7 marzo 1995, n. 10 “Norme per la promozione e la valorizzazione dell’associazionismo”.
- Legge regionale n. 4 19 febbraio 2008 “Disciplina degli accertamenti della disabilità - ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale”.
- Legge regionale 28 dicembre 2018, n. 31 Modifiche alla Legge regionale 12 dicembre 2014, n. 26 “Riordino del sistema Regione – Autonomie locali nel Friuli-Venezia Giulia. Ordinamento della Unioni territoriali intercomunali e riallocazione di funzioni amministrative”, alla Legge regionale 17 luglio 2015, n. 18 “La disciplina della finanza locale del Friuli-Venezia Giulia”, nonché modifiche a disposizioni delle leggi regionali 19/2013, 9/2009 e 26/2014 concernenti gli enti locali, e alla Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 “Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”.
- Legge regionale 9 dicembre 2015, n. 31 “Norme per l’integrazione sociale delle persone straniere immigrate”.
- Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 “Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria”.
- Legge regionale 23 luglio 2009, n. 12 “Assestamento del bilancio 2009 e del bilancio pluriennale per gli anni 2009-2011 ai sensi dell’articolo 34 della Legge regionale 21/2007”.
- Legge regionale 7 giugno 2007, n. 13 “Norme urgenti in materia di sostegno finanziario alla gestione di servizi e di interventi sociali”.
- Legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 “Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità”.
- Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 “Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”.
- Legge regionale 18 agosto 2005, n. 21 “Norme di semplificazione in materia di igiene, medicina del lavoro e sanità pubblica e altre disposizioni per il settore sanitario e sociale”.
- Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 “Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla Legge regionale 26/2015 e alla Legge regionale 6/2006”.

FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Legge regionale 18 agosto 2005, n. 20 “Sistema educativo integrato dei servizi per la prima infanzia”.
 - Legge regionale 9 agosto 2005, n. 18 “Norme regionali per l’occupazione, la tutela e la qualità del lavoro”.
 - Legge regionale 4 marzo 2005, n. 5 “Norme per l’accoglienza e l’integrazione sociale delle cittadine e dei cittadini stranieri immigrati”.
 - Legge regionale 25 ottobre 2004, n. 24 “Interventi per la qualificazione e il sostegno dell’attività di assistenza familiare”.
 - Legge regionale 17 agosto 2004, n. 23 “Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale”.
 - Legge regionale 11 dicembre 2003, n. 19 “Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza nella Regione Friuli-Venezia Giulia”.
 - Legge regionale 9 marzo 2001, n. 8 “Disposizioni urgenti in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e altre disposizioni in materia di sanità e politiche sociali”.
- LAZIO**
- Decreto del 15/09/2020 “Definizione delle procedure di iscrizione degli enti, delle modalità di deposito degli atti, delle regole per la predisposizione, la tenuta, la conservazione del Registro unico nazionale del Terzo settore”.
 - Legge regionale n. 7 del 5 Agosto 2020 “Disposizioni relative al sistema integrato di educazione e istruzione per l’infanzia”.
 - Legge n. 77 del 17/07/2020 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza”.
 - Regolamento Regionale n. 16 del 22/06/2020 Modifiche al regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 “Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico”.
 - Decreto Legge n. 34 del 19/05/2020 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”.
 - Regolamento Regionale n. 5 del 15/01/2020 “Disciplina del sistema di contabilità economico-patrimoniale e dei criteri per la gestione, l’utilizzo, l’acquisto, l’alienazione e la valorizzazione del patrimonio delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP)”.
 - Regolamento n. 24 del 02/12/2019 Modifiche al regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 “Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico”.
 - Regolamento Regionale n. 21 del 06/11/2019 “Disciplina delle attività di vigilanza sulle Aziende Pubbliche di Servizi alla persona (ASP) e sulle IPAB trasformate in persone giuridiche di diritto privato”.
 - Regolamento Regionale n. 17 del 09/08/2019 “Disciplina dei procedimenti di trasformazione delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) in Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP) ovvero in persone giuridiche di diritto privato senza scopo di lucro”.
 - Legge regionale n. 8 del 20/05/2019 “Disposizioni finanziarie di interesse regionale e misure correttive di leggi regionali varie”.
 - Legge regionale n. 2 del 22/02/2019 “Riordino delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e disciplina delle aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP)”.
 - Deliberazione Consiglio Regionale n. 1 del

- 19/01/2019 Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune".
- Regolamento Regionale n. 1 del 15/01/2019 "Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico".
 - Legge regionale n. 13 del 28/12/2018 "Legge di stabilità regionale 2019".
 - Legge regionale n. 7 del 22/10/2018 "Disposizioni per la semplificazione e lo sviluppo regionale".
 - Legge regionale n. 5 del 14/06/2017 "Istituzione del servizio civile regionale".
 - Legge n. 11 del 10 agosto 2016 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio".
 - Legge n. 112 del 22/06/2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".
 - Legge n. 106 del 06/06/2016 "Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale".
 - Legge regionale n. 6 del 28/05/2015 "Disposizioni per la promozione del riconoscimento della lingua italiana dei segni e per la piena accessibilità delle persone sorde alla vita collettiva. Screening uditivo neonatale".
 - Legge regionale n. 13 del 29/12/2014 "Contributi per l'adattamento di veicoli destinati al trasporto delle persone con disabilità permanente, affette da grave limitazione della capacità di deambulazione".
 - Legge n. 4 del 19 marzo 2014 "Riordino delle disposizioni per contrastare la violenza contro le donne in quanto basata sul genere e per la promozione di una cultura del rispetto dei diritti umani fondamentali e delle differenze tra uomo e donna".
 - Deliberazione della Giunta Regionale 933/2014 "Disposizioni concernenti la partecipazione alla spesa sociale per le residenze sanitarie assistenziali e per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento, in regime residenziale e semiresidenziale".
 - Legge regionale n. 5 del 05/08/2013 "Disposizioni per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (GAP)".
 - Legge n. 16 del 14 maggio 2009 "Norme per il sostegno di azioni di prevenzione e contrasto alla violenza alle donne".
 - Legge n. 7 del 6 aprile 2009 Modifica alla Legge regionale 17 febbraio 2009, n. 2 "Istituzione del Centro di accesso unico alla disabilità (CAUD)". Modifica alla Legge regionale 12 dicembre 2003, n. 41 "Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali".
 - Legge n. 4 del 20 marzo 2009 "Istituzione del reddito minimo garantito. Sostegno al reddito in favore dei disoccupati, inoccupati o precariamente occupati".
 - Legge n. 2 del 27 febbraio 2009 "Istituzione del Centro di accesso unico alla disabilità (CAUD)". Modifica alla Legge regionale 12 dicembre 2003, n. 41 "Norme in materia di autorizzazione all'apertura e al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali".
 - Legge n. 10 del 14 luglio 2008 "Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati".
 - Deliberazione della Giunta Regionale 173/2008 "Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di RSA, neuropsichiatriche e di altra assistenza sanitaria territoriale dei soggetti erogatori privati accreditati".
 - Deliberazione della Giunta Regionale 98/2007 "Attuazione Patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio – modulazione diaria giornaliera R.S.A.".
 - Legge n. 7 del 8 giugno 2007 "Interventi a sostegno dei diritti della popolazione detenuta della Regione Lazio".

- Legge n. 20 del 23 novembre 2006 “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”.
- Legge n. 6 del 29 aprile 2004 “Disposizioni in favore dei piccoli comuni del Lazio per le emergenze socio-assistenziali”.
- Legge n. 41 del 12 dicembre 2003 “Norme in materia di autorizzazione all’apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali”.
- Legge n. 17 del 14 luglio 2003 “Partecipazione delle associazioni di cui alla Legge regionale 24 maggio 1990, n. 58 (Concessione di contributi ad associazioni sociali regionali) e successive modifiche, ad organismi consultivi regionali”.
- Legge n. 18 del 11 luglio 2002 “Tutela del gioco infantile e disciplina delle ludoteche”.
- Legge n. 40 del 20 dicembre 2001 “Modifiche alle leggi regionali 9 settembre 1996, n. 38 e 6 agosto 1999, n. 14 e successive modifiche disposizioni transitorie in materia di invalidi civili”.

LIGURIA

- Legge regionale n. 2 del 2018 Proroga del termine di cui all’articolo 2, comma 1, della Legge regionale 30 aprile 2012, n. 17 (disciplina delle sale da gioco).
- Legge regionale n. 3 del 2017 Modifiche alla Legge regionale 5 marzo 2012, n. 7 “Iniziative regionali per la prevenzione del crimine organizzato e mafioso e per la promozione della cultura della legalità”.
- Legge regionale n. 2 del 2015 “Norme regionali per la promozione e la valorizzazione dell’amministrazione di sostegno, istituto previsto dalla legge 9 gennaio 2004, n. 6”.
- Legge regionale n. 25 del 2013 Modifiche alla Legge regionale 24 maggio 2006, n. 12 “Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari”.
- Legge regionale n. 15 del 2013 “Contributo a sostegno dell’acquisto di parrucche a favore di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia”.
- Legge regionale n. 42 del 2012 “Testo unico delle norme sul Terzo Settore”.
- Legge regionale n. 17 del 2012 “Disciplina delle sale da gioco”.
- Legge regionale n. 6 del 2010 “Interventi in materia di usura e di sovraindebitamento”.
- Legge regionale n. 52 del 2009 “Norme contro le discriminazioni determinate dall’orientamento sessuale o dall’identità di genere”.
- Legge regionale n. 47 del 2009 “Semplificazioni normative a vantaggio del terzo settore”.
- Legge regionale n. 48 del 2009 “Promozione e valorizzazione dell’invecchiamento attivo”.
- Legge regionale n. 38 del 2009 Ulteriori modifiche alla Legge regionale 16 marzo 2007, n. 9 “Disciplina dell’Ufficio del Garante regionale dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza” e modifiche alla Legge regionale 5 agosto 1986, n. 17 “Modifiche alla Legge regionale 6 giugno 1974, n. 17 istitutiva del Difensore Civico” e alla Legge regionale 9 aprile 2009, n. 6 “Promozione delle politiche per i minori ed i giovani”.
- Legge regionale n. 6 del 2009 “Promozione delle politiche per i minori e i giovani”.
- Legge regionale n. 4 del 2009 Modifiche alla Legge regionale 20 febbraio 2007, n. 7 “Norme per l’accoglienza e l’integrazione sociale delle cittadine e dei cittadini stranieri immigrati”.
- Legge regionale n. 47 del 2008 Modifiche alla Legge regionale 14 marzo 2006, n. 5 “Contributi regionali per favorire l’attività delle pubbliche assistenze liguri”.
- Legge regionale n. 40 del 2008 Sostituzione dell’articolo 10 “Fondazione regionale per il sostegno alle vittime dei reati” della Legge regionale 24 dicembre 2004, n. 28 “Interventi regionali per la promozione di sistemi integrati di sicurezza”.
- Legge regionale n. 34 del 2008 “Norme per

il sostegno dei genitori separati in situazione di difficoltà”.

- Legge regionale n. 12 del 2007 “Interventi di prevenzione della violenza di genere e misure a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza”.
- Legge regionale n. 9 del 2007 “Disciplina dell’Ufficio del Garante regionale dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza”.
- Legge regionale n. 7 del 2007 “Norme per l’accoglienza e l’integrazione sociale delle cittadine e dei cittadini stranieri immigrati”.
- Legge regionale n. 5 del 2006 “Contributi regionali per favorire l’attività delle pubbliche assistenze liguri”.
- Legge regionale n. 4 del 2004 “Norme in materia di tutela e di rappresentanza delle categorie protette”.
- Legge regionale n. 41 del 2002 “Interventi di solidarietà internazionale per l’anno 2002”.

LOMBARDIA

- Legge regionale 14 dicembre 2020 n. 23 “Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche”.
- Regolamento Regionale 10 ottobre 2019 n. 11 “Disciplina del contributo regionale di solidarietà a favore dei nuclei assegnatari dei servizi abitativi pubblici in condizioni di indigenza o di comprovate difficoltà economiche, in attuazione dell’articolo 25, commi 2 e 3, della Legge regionale 16/2016”.
- Regolamento Regionale 8 marzo 2019 n. 3 Modifiche al Regolamento regionale 4 agosto 2017 n. 4 “Disciplina della programmazione dell’offerta abitativa pubblica e sociale e dell’accesso e della permanenza nei servizi abitativi pubblici”.
- Legge regionale 6 dicembre 2018 n. 22 “Istituzione del Garante regionale per la tutela delle vittime di reato”.
- Legge regionale 12 dicembre 2017 n. 35 “Disposizioni in materia di agricoltura sociale”.
- Legge regionale 24 novembre 2017 n. 25

“Disposizioni per la tutela delle persone sottoposte a provvedimento dell’Autorità giudiziaria”.

- Regolamento Regionale 4 agosto 2017 n. 4 “Disciplina della programmazione dell’offerta abitativa pubblica e sociale e dell’accesso e della permanenza nei servizi abitativi pubblici”.
- Legge regionale 29 giugno 2016 n. 15 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”.
- Legge regionale 11 agosto 2015 n. 23 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”.
- Legge regionale 25 maggio 2015 n. 15 “Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari”.
- Legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”.
- Legge regionale 4 dicembre 2009 n. 27 “Testo unico delle leggi regionali in materia di edilizia residenziale pubblica”.
- Legge regionale 6 agosto 2009 n. 18 Modifiche alla Legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali” e alla Legge regionale 30 dicembre 2008, n. 38 “Disposizioni in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale – Collegato”.
- Legge regionale 30 marzo 2009 n. 6 “Istituzione della figura e dell’Ufficio del Garante per l’infanzia e l’adolescenza”.
- Legge regionale 1 aprile 2008 n. 11 “Nuovi ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali lombarde conseguenti all’istituzione della Provincia di Monza e Brianza”. Modifiche e integrazioni della Legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 “Norme per il riordino del

Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”.

- Legge regionale 12 marzo 2008 n. 3 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale”.
- Legge regionale 14 febbraio 2008 n. 1 “Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso”.
- Legge regionale 12 dicembre 2007 n. 32 “Istituzione dell’Azienda regionale dell’emergenza urgenza”, modifiche e integrazioni alla Legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 “Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”.
- Legge regionale 14 dicembre 2004 n. 34 “Politiche regionali per i minori”.
- Legge regionale 4 agosto 2003 n. 11 Modifiche alle leggi regionali 11 luglio 1997, n. 31 “Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali” e 13 febbraio 2003, n. 1 “Riordino della disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti in Lombardia”.
- Legge regionale 13 febbraio 2003 n. 1 “Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia”.
- Legge regionale 20 dicembre 2001 n. 28 “Interventi diretti al miglior funzionamento delle Aziende Sanitarie Lombarde”. Modifiche alla L.R. 31/97 “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali” (B.U. 21 dicembre 2001, n. 51, 3^o suppl. ord.).
- Legge regionale 30 ottobre 2001 n. 17 Soppressione del Centro regionale emoderivati della Regione Lombardia, istituito dall’art. 1 della L.R. 18 maggio 1990, n. 61 “Secondo piano regionale sangue e plasma per gli anni 1990/92” e interventi diretti al miglior funzionamento delle Aziende Sanitarie Lombarde. Modifiche alla L.R. 11 luglio 1997, n. 31 “Norme per il riordino del ser-

vizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali” (B.U. n. 44, 1^o suppl. ord.).

- Legge regionale 6 dicembre 1999 n. 23 “Politiche regionali per la famiglia”

MARCHE

- Legge regionale 3 agosto 2020, n. 37 “Accesso dei disabili motori ai percorsi escursionistici”.
- Regolamento regionale 16 giugno 2020, n. 5 Disposizioni di attuazione della Legge regionale 5 febbraio 2013, n. 3 “Interventi regionali per il recupero, la restituzione e la donazione al fine del riutilizzo di medicinali in corso di validità”.
- Legge regionale 18 febbraio 2020, n. 5 “Disposizioni per la promozione del riconoscimento della lingua italiana dei segni e la piena accessibilità delle persone alla vita collettiva”.
- Legge regionale 28 gennaio 2019, n. 1 “Promozione dell’invecchiamento attivo”.
- Legge regionale 22 ottobre 2018, n. 42 Modifica alla Legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 “Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati”.
- Legge regionale 22 ottobre 2018, n. 41 Modifiche alla Legge regionale 13 maggio 2003, n. 9 “Disciplina per la realizzazione e gestione dei servizi per l’infanzia, per l’adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie e modifica della Legge regionale 12 aprile 1995, n. 46 concernente: ‘Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore dei giovani e degli adolescenti’” come modificata dalla Legge regionale 28 agosto 2018, n. 35 in materia di prevenzione vaccinale.
- Legge regionale 06 agosto 2018, n. 32 “Disciplina degli interventi regionali di caratte-

re educativo per la prevenzione ed il contrasto dei fenomeni del bullismo, del cyberbulismo, del sexting e della cyberpedofilia”.

- Legge regionale 06 agosto 2018, n. 34 “Disposizioni per favorire l’accesso delle persone con disabilità alle aree demaniali destinate alla balneazione”.
- Legge regionale 12 marzo 2018, n. 3 “Istituzione del servizio civile volontario degli anziani”.
- Legge regionale 05 giugno 2018, n. 17 Modifiche alla Legge regionale 12 marzo 2018, n. 3 “Istituzione del servizio civile volontario degli anziani”.
- Legge regionale 28 giugno 2018, n. 21 “Interventi regionali per favorire la vita indipendente delle persone con disabilità”.
- Regolamento regionale 1 febbraio 2018, n. 1 Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell’articolo 7, comma 3, della Legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 “Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati”.
- Legge regionale 14 marzo 2017, n. 7 Modifiche della Legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 “Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati”.
- Legge regionale 19 aprile 2017, n. 14 Disposizioni per la tutela dell’infanzia e dell’adolescenza e lo sviluppo di progetti a sostegno delle “Città sostenibili e amiche dei bambini e degli adolescenti” della regione Marche.
- Legge regionale 15 maggio 2017, n. 16 Modifiche alla Legge regionale 10 agosto 1998, n. 30 “Interventi a favore della famiglia”.
- Legge regionale 07 agosto 2017, n. 27 “Norme per la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile”.
- Legge regionale 13 novembre 2017, n. 32 “Interventi di economia solidale, lotta agli sprechi e prime azioni di prevenzione della produzione dei rifiuti”. Modifica alla Legge regionale 5 febbraio 2013, n. 3 “Interventi regionali per il recupero, la restituzione e la donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità”.
- Legge regionale 29 febbraio 2016, n. 2 Modifica alla Legge regionale 13 novembre 2001, n. 27 “Interventi per il coordinamento dei tempi delle città e la promozione dell’uso del tempo per fini di solidarietà sociale”.
- Legge regionale 04 agosto 2016, n. 19 Ulteriori modifiche alla Legge regionale 30 giugno 1997, n. 39 “Interventi a favore dei marchigiani all’estero”.
- Legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 “Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati”.
- Legge regionale 09 ottobre 2014, n. 25 “Disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico”.
- Legge regionale 01 dicembre 2014, n. 32 “Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia”.
- Legge regionale 15 dicembre 2014, n. 35 Istituzione e riconoscimento del logo “Impresa amica del sociale”.
- Legge regionale 5 febbraio 2013, n. 3 “Interventi regionali per il recupero, la restituzione e la donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità”.
- Legge regionale 30 aprile 2013, n. 8 “Promozione di azioni istituzionali contro la violenza sulle donne e contro le discriminazioni determinate dall’orientamento sessuale”.
- Legge regionale 16 settembre 2013, n. 29 “Riconoscimento della particolare specificità dell’attività multidisciplinare svolta dalla Lega del Filo d’Oro”.

- Legge regionale 30 maggio 2012, n. 15 “Norme per la promozione e la disciplina del volontariato”.
- Legge regionale 15 ottobre 2012, n. 29 “Norme per il sostegno dei genitori separati e divorziati in situazione di difficoltà”.
- Legge regionale 01 agosto 2011, n. 16 Modifica alla Legge regionale 13 ottobre 2008, n. 28: “Sistema regionale integrato degli interventi a favore dei soggetti adulti e minorenni sottoposti a provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria ed a favore degli ex detenuti”.
- Regolamento regionale 16 dicembre 2011, n. 7 “Modifica del Regolamento Regionale 27 gennaio 2009, n. 2 (attuazione della L.R. n. 5/2008, in materia di riordino delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (PAB) e disciplina delle aziende pubbliche dei servizi alla persona)”.
- Legge regionale 05 dicembre 2011, n. 24 “Norme in materia di politiche giovanili”.
- Legge regionale 11 febbraio 2010, n. 8 “Disposizioni contro le discriminazioni determinate dall’orientamento sessuale o dall’identità di genere”.
- Legge regionale 27 luglio 2010, n. 10 Modifica alla Legge regionale 10 agosto 1998, n. 30 “Interventi a favore della famiglia” e disposizioni riguardanti la trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB).
- Regolamento regionale 27 gennaio 2009, n. 2 Attuazione della Legge regionale 5/2008 in materia di riordino delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e disciplina delle Aziende pubbliche di servizi alla persona di cui alla L.R. 13 maggio 2003, n. 9.
- Legge regionale 26 maggio 2009, n. 13 “Disposizioni a sostegno dei diritti e dell’integrazione dei cittadini stranieri immigrati”.
- Legge regionale 04 agosto 2009, n. 19 “Riconoscimento delle associazioni dei marchigiani residenti in altre regioni d’Italia”.
- Legge regionale 30 novembre 2009, n. 28 Modifiche alla Legge regionale 26 maggio

2009, n. 13 “Disposizioni a sostegno dei diritti e dell’integrazione dei cittadini stranieri immigrati”.

- Legge regionale 11 novembre 2008, n. 32 “Interventi contro la violenza sulle donne”.

MOLISE

- Legge regionale 16 novembre 2020, n. 13 “Istituzione della Consulta regionale della famiglia”.
- Legge regionale 9 dicembre 2019, n. 16 “Disposizioni in materia di politiche attive del lavoro e formazione professionale e funzionamento del sistema regionale dei servizi per il lavoro”.
- Legge regionale 17 dicembre 2018, n. 10 Modifiche ed integrazioni alla Legge regionale 10 ottobre 2013, n. 15 “Misure in materia di prevenzione e contrasto alla violenza di genere”.
- Regolamento regionale 16 marzo 2018 n. 2 Modifiche al regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1 Regolamento di attuazione della Legge regionale n. 13 del 6.5.2014.
- Legge regionale 18 dicembre 2017, n. 22 “Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza”.
- Legge regionale 24 ottobre 2017, n.16 “Disposizioni regionali in materia di disturbi dello spettro autistico e disturbi pervasivi dello sviluppo”.
- Legge regionale 9 agosto 2017, n.9 “Interventi in materia di obesità infantile e giovanile”.
- Legge regionale 29 dicembre 2016, n.23 “Disposizioni regionali in materia di promozione sportiva”.
- Legge regionale 17 dicembre 2016, n.20 “Disposizioni per la prevenzione del gioco d’azzardo patologico”.
- Regolamento regionale 14 giugno 2016, n.4 Modifiche al regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1 “Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali”.

- Legge regionale 27/01/2016, n.1 “Disciplina dell’esercizio associato delle funzioni e dei servizi comunali”.
- Legge regionale 9 dicembre 2015, n.17 “Istituzione del Garante regionale dei diritti della persona”.
- Regolamento regionale 27/02/2015, n. 1 Regolamento di attuazione della Legge regionale n.13 del 6.05.2014 “Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali”.
- Legge regionale 10 febbraio 2015, n.1 “Disposizioni per la tutela delle donne affette da endometriosi”.
- Legge regionale 2 dicembre 2014, n.21 “Istituzione dell’Ente regionale per l’Edilizia Sociale”.
- Legge regionale 6 maggio 2014, n.13 “Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali”.
- Legge regionale 10 febbraio 2014, n.5 “Norme in materia di agricoltura sociale”.
- Legge regionale 10 ottobre 2013, n. 15 “Misure in materia di prevenzione e contrasto alla violenza di genere”.
- Regolamento regionale 19 luglio 2013, n. 1 Decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, art. 7 “Regolamento per l’accreditamento dei servizi per il lavoro della Regione Molise”.
- Legge regionale 24 giugno 2011, n. 11 “Istituzione della casa del parto”.
- Legge regionale 19 novembre 2010, n. 18 “Interventi regionali per la vita indipendente”.
- Legge regionale 22 febbraio 2010, n. 8 “Disciplina sull’assetto programmatorio, contabile, gestionale e di controllo dell’Azienda sanitaria regionale del Molise” - Abrogazione della Legge regionale 14 maggio 1997, n. 12.
- Legge regionale 8 gennaio 2010, n. 1 “Interventi in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento (DSA)”.
- Legge regionale 11 dicembre 2009, n. 30 “Intervento regionale straordinario volto a rilanciare il settore edilizio, a promuovere le tecniche di bioedilizia e l’utilizzo di fonti di energia alternative e rinnovabili, nonché a sostenere l’edilizia sociale da destinare alle categorie svantaggiate e l’edilizia scolastica”.
- Regolamento regionale 8 settembre 2009, n. 1 “Modalità di funzionamento della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, istituita dall’articolo 7 della Legge regionale 1° aprile 2005, n. 9”.
- Legge regionale 26 novembre 2008, n. 34 Modifiche alla Legge regionale 1° aprile 2005, n. 9, ad oggetto: “Riordino del Servizio sanitario regionale”.
- Regolamento regionale 15 settembre 2008, n. 4 Regolamento di attuazione della Legge regionale 10 agosto 2007, n. 23, recante: “Disciplina in materia di istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti nel Molise”.
- Regolamento regionale 18 luglio 2008, n. 2 “Modalità di funzionamento della Conferenza Permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio-Sanitaria Regionale, istituita con Legge regionale 1° aprile 2005, n. 9”.
- Regolamento regionale 19 dicembre 2007, n. 4 - Regolamento di attuazione della Legge regionale 26 aprile 2004, n. 9, concernente: ‘Provvedimenti per l’adozione di minori da parte delle coppie residenti nella Regione Molise’.
- Legge regionale 10 agosto 2007, n. 23 “Disciplina in materia di Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti nel Molise”.
- Legge regionale 5 aprile 2007, n. 10 “Nuove norme per la promozione del volontariato nella Regione Molise”.
- Legge regionale 2 ottobre 2006, n. 32 “Istituzione dell’Ufficio del tutore pubblico dei minori”.
- Legge regionale 27 settembre 2006, n. 29 “Norme a favore degli Istituti di patronato e di assistenza sociale”.

- Legge regionale 7 luglio 2006, n. 17 “Norme di riordino in materia di edilizia residenziale pubblica”.
- Legge regionale 29 agosto 2005, n. 29 “Interventi regionali in materia di cooperazione con i paesi in via di sviluppo ed i paesi in via di transizione, di solidarietà internazionale e di promozione di una cultura di pace”.
- Legge regionale 1° aprile 2005, n. 9 “Riordino del Servizio sanitario regionale”.
- Legge regionale 3 dicembre 2004, n. 31 “Norme in materia di promozione, riconoscimento e sviluppo delle associazioni di promozione sociale”.
- Legge regionale 26 aprile 2004, n. 9 “Provvedimenti per l'adozione di minori da parte delle coppie residenti nella Regione Molise”.
- Legge regionale 8 aprile 2003, n. 14 “Interventi in favore del recupero e del reinserimento del reo nel mondo del lavoro”.
- Legge regionale 6 novembre 2002, n. 30 “Tutela della salute mentale”.
- Legge regionale 28 ottobre 2002, n. 28 “Istituzione del servizio delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica”.
- Legge regionale 28 ottobre 2002, n. 26 “Istituzione del Fondo per l'occupazione dei disabili, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 68/1999”.
- Legge regionale 18 ottobre 2002, n. 25 “Eliminazione delle barriere architettoniche”.
- Regolamento regionale 7 gennaio 2002 n.2 “Centri di recupero e di integrazione sociale per pazienti psichiatrici”.
- Legge regionale 21 marzo 2001, n.6 “Normativa regionale in materia di lavori socialmente utili”.
- Legge regionale 14 aprile 2000, n.26 “Istituzione dell'Ufficio del Difensore Civico”.
- Legge regionale 24 marzo 2000, n. 18 “Interventi a favore delle Società Operaie - Società Operaie di Mutuo Soccorso operanti nel Molise”.

- Legge regionale 22 marzo 2000, n. 17 “Norme per l'attuazione e lo sviluppo della cooperazione sociale”.
- Legge regionale 7 gennaio 2000, n. 1 “Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione sociale e dei diritti sociali di cittadinanza”.

PIEMONTE

- Legge regionale n. 5 del 09/03/2021 “Sviluppo delle forme associative della medicina generale”.
- Legge regionale n. 3 del 26/01/2021 “Misure urgenti per la continuità delle prestazioni residenziali di carattere sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o da patologie psichiatriche”.
- Legge regionale n. 17 del 09/04/2019 “Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo”.
- Legge regionale n. 16 del 09/04/2019 “Istituzione del Fattore famiglia”.
- Legge regionale n. 15 del 09/04/2019 “Disposizioni per il consolidamento della rete di assistenza per la salute neuropsichica dell'età evolutiva e dell'adolescenza”.
- Legge regionale n. 13 del 05/04/2019 “Disposizioni in materia di promozione e valorizzazione della famiglia e della genitorialità in ambito regionale”. Modifiche alle leggi regionali 8 gennaio 2004, n. 1 (“Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”) e 15 gennaio 1973, n. 3 (“Criteri generali per la costruzione, l'impianto, la gestione ed il controllo degli asili-nido comunali costruiti e gestiti con il concorso dello Stato di cui alla Legge 6 dicembre 1971, n. 1044 e con quello della Regione”).
- Legge regionale n. 3 del 12/02/2019 “Promozione delle politiche a favore dei diritti delle persone con disabilità”.

- Legge regionale n. 2 del 05/02/2018 “Disposizioni in materia di prevenzione e contrasto dei fenomeni del bullismo e del cyberbullismo”.
- Legge regionale n. 12 del 02/08/2017 “Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza”.
- Legge regionale n. 10 del 04/07/2017 “Disposizioni per la prevenzione delle complicanze, la diagnosi, il trattamento e il riconoscimento della rilevanza sociale dell’endometriosi”.
- Legge regionale n. 8 del 19/06/2017 “Interventi regionali per la prevenzione e il contrasto ai fenomeni di usura, estorsione e sovra indebitamento”.
- Legge regionale n. 7 del 26/04/2017 “Disposizioni in materia di disostruzione pediatrica e di rianimazione cardiopolmonare”.
- Legge regionale n. 10 del 16/05/2016 Attuazione dell’articolo 118, comma quarto, della Costituzione: “Norme per la promozione della cittadinanza umanitaria attiva”.
- Legge regionale n. 9 del 02/05/2016 “Norme per la prevenzione e il contrasto alla diffusione del gioco d’azzardo patologico”.
- Legge regionale n. 5 del 23/03/2016 “Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento nelle materie di competenza regionale”.
- Legge regionale n. 4 del 24/02/2016 “Interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere e per il sostegno alle donne vittime di violenza ed ai loro figli”.
- Legge regionale n. 12 del 23/06/2015 “Promozione di interventi di recupero e valorizzazione dei beni invenduti”.
- Legge regionale n. 7 del 13/04/2015 “Norme per la realizzazione del servizio civile nella Regione Piemonte”.
- Legge regionale n. 20 del 13/11/2013 Ulteriori modifiche alla Legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 “Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale” e disposizioni in materia di trasparenza degli atti delle aziende sanitarie regionali.
- Legge regionale n. 10 del 21/05/2013 Modifiche alla Legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 “Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale”.
- Legge regionale n. 11 del 18/02/2010 “Norme in materia di pet therapy - terapia assistita con animali e attività assistita con animali”.
- Legge regionale n. 10 del 18/02/2010 “Servizi domiciliari per persone non autosufficienti”.
- Legge regionale n. 3 del 17/02/2010 “Norme in materia di edilizia sociale”.
- Legge regionale n. 37 del 30/12/2009 “Norme per il sostegno dei genitori separati e divorziati in situazione di difficoltà”.
- Legge regionale n. 31 del 09/12/2009 “Istituzione del Garante regionale per l’infanzia e l’adolescenza”.
- Legge regionale n. 8 del 18/03/2009 “Integrazione delle politiche di pari opportunità di genere nella Regione Piemonte”.
- Legge regionale n. 23 del 10/12/2007 “Disposizioni relative alle politiche regionali in materia di sicurezza integrata”.
- Legge regionale n. 18 del 06/08/2007 “Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale”.
- Legge regionale n. 16 del 02/05/2006 Modifiche all’articolo 9 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”.
- Legge regionale n. 7 del 07/02/2006 “Disciplina delle associazioni di promozione sociale”.
- Legge regionale n. 37 del 29/11/2004 Modifiche alla Legge regionale 4 settembre 1996, n. 73 “Finanziamento Residenze assistenziali, flessibili, Residenze sanitarie assistenziali, e interventi di manutenzione straordinaria alle strutture sanitarie”.
- Legge regionale n. 1 del 08/01/2004 “Nor-

me per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”.

PUGLIA

- Legge regionale n. 15 del 07/07/2020 “Interventi regionali per favorire l’autonomia, la vita indipendente e la qualità della vita delle persone con disabilità, anche senza supporto familiare, in Puglia”.
- Legge regionale n. 14 del 07/07/2020 “Misure regionali in favore degli adolescenti”.
- Legge regionale n. 3 del 27/02/2020 “Norme per il sostegno del caregiver familiare”.
- Legge regionale n. 21 del 17/06/2019 Modifiche e integrazioni alla Legge regionale 13 dicembre 2013, n. 43 “Contrasto alla diffusione del gioco d’azzardo patologico (GAP)”.
- Legge regionale n. 16 del 30/04/2019 “Promozione e valorizzazione dell’invecchiamento attivo e della buona salute”.
- Legge regionale n. 9 del 28/03/2019 Modifica alla Legge regionale 19 dicembre 2008, n. 39 “Contributi per sostenere l’attività solidaristica svolta dalle associazioni di tutela e rappresentanza degli invalidi”.
- Legge regionale n. 58 del 20/12/2018 Modifica alla Legge regionale 3 ottobre 2018, n. 50 “Disposizioni in materia di prevenzione e contrasto dei fenomeni del bullismo e del cyberbullismo”.
- Legge regionale n. 52 del 08/11/2018 Proroga del termine di cui all’articolo 7, comma 3, della Legge regionale 13 dicembre 2013, n. 43 “Contrasto alla diffusione del gioco d’azzardo patologico (GAP)”.
- Legge regionale n. 51 del 05/10/2018 Modifiche alla Legge regionale 4 dicembre 2009, n. 32 “Norme per l’accoglienza, la convivenza civile e l’integrazione degli immigrati in Puglia”.
- Legge regionale n. 50 del 05/10/2018 “Disposizioni in materia di prevenzione e contrasto dei fenomeni del bullismo e del cyberbullismo”.
- Legge regionale n. 49 del 03/10/2018 “Interventi a sostegno dei soggetti svantaggiati con residue capacità lavorative”.
- Legge regionale n. 48 del 03/10/2018 “Norme a sostegno dell’accessibilità delle aree demaniali destinate alla libera balneazione per le persone diversamente abili”.
- Legge regionale n. 22 del 11/06/2018 “Norme sulla concessione in comodato d’uso di immobili regionali a enti no-profit che operano in campo socio-sanitario”.
- Legge regionale n. 9 del 27/03/2018 “Disposizioni in materia di agricoltura sociale”.
- Legge regionale n. 53 del 12/12/2017 “Riorganizzazione delle strutture socio-sanitarie pugliesi per l’assistenza residenziale alle persone non autosufficienti. Istituzione RSA ad alta, media e bassa intensità assistenziale”.
- Legge regionale n. 45 del 15/11/2017 “Interventi a sostegno dei coniugi separati o divorziati che versano in particolari condizioni di disagio economico”.
- Legge regionale n. 29 del 24/07/2017 “Istituzione dell’Agenzia regionale per la salute e il sociale (A.Re.S.S.)”.
- Legge regionale n. 13 del 18/05/2017 “Recupero e riutilizzo di eccedenze, sprechi alimentari e prodotti farmaceutici”.
- Legge regionale n. 8 del 02/05/2017 “Contributo a sostegno dell’acquisto di parucche a favore di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia”.
- Legge regionale n. 29 del 26/10/2016 “Istituzione di una Commissione regionale di studio e di inchiesta sul fenomeno della criminalità organizzata in Puglia”.
- Legge regionale n. 17 del 05/07/2016 “Riconoscimento, valorizzazione e sostegno della funzione socioeducativa delle attività di oratorio”.
- Legge regionale n. 3 del 14/03/2016 “Reddito di dignità regionale e politiche per l’inclusione sociale attiva”.
- Legge regionale n. 25 del 16/04/2015

- “Misure di prevenzione, solidarietà e incentivazione finalizzate al contrasto e all’emergenza della criminalità organizzata e comune nelle forme dell’usura e dell’estorsione”.
- Legge regionale n. 22 del 10/04/2015 Integrazione alla Legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia”.
 - Legge regionale n. 18 del 10/04/2015 “Interventi per favorire la pari opportunità, mediante facilitazioni all’utilizzo da parte dei cittadini con disabilità, del sistema self-service presso i distributori di carburante”
 - Legge regionale n. 40 del 08/10/2014 “Disposizioni per la tutela delle donne affette dall’endometriosi”.
 - Legge regionale n. 29 del 04/07/2014 “Norme per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere, il sostegno alle vittime, la promozione della libertà e dell’autodeterminazione delle donne”.
 - Legge regionale n. 18 del 18/04/2014 “Norme urgenti in materia di autorizzazioni al funzionamento di strutture socio assistenziali”.
 - Legge regionale n. 43 del 08/07/2014 “Contrasto alla diffusione del gioco d’azzardo patologico (GAP)”.
 - Legge regionale n. 7 del 06/02/2013 “Norme urgenti in materia socio-assistenziale”.
 - Legge regionale n. 39 del 10/12/2012 “Abbattimento delle barriere architettoniche mediante realizzazione di ambienti per persone con disabilità grave negli edifici di edilizia residenziale in proprietà”.
 - Legge regionale n. 23 del 24/07/2012 “Istituzione della Fondazione regionale ‘Casa Puglia’” e modifiche alla Legge regionale 11 dicembre 2000, n. 23 “Interventi a favore dei pugliesi nel mondo”.
 - Legge regionale n. 15 del 02/11/2010 Integrazione dell’articolo 7 della Legge regionale 11 dicembre 2000, n. 23 “Interventi a favore dei pugliesi nel mondo”.
 - Legge regionale n. 2 del 25/02/2010 “Istituzione del fondo regionale per il sostegno delle persone non autosufficienti e loro nuclei familiari”.
 - Legge regionale n. 1 del 25/02/2010 “Istituzione del fondo di solidarietà ai familiari di lavoratrici e lavoratori deceduti a causa di incidenti nei luoghi di lavoro”.
 - Legge regionale n. 32 del 04/12/2009 “Norme per l’accoglienza, la convivenza civile e l’integrazione degli immigrati in Puglia”.
 - Legge regionale n. 1 del 09/03/2009 Modifiche e integrazioni alla Legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia”) e al regolamento regionale di attuazione 18 gennaio 2007, n. 4.
 - Legge regionale n. 40 del 19/12/2008 Modifica all’articolo 1 della Legge regionale 22 febbraio 2005, n. 4 “Tutela dei soggetti portatori di sistemi elettronici vitali: esonero dal passaggio di varchi dotati di apparecchiature a rilevanza elettromagnetica”.
 - Legge regionale n. 39 del 19/12/2008 “Contributi per sostenere l’attività solidaristica svolta dalle associazioni di tutela e rappresentanza degli invalidi”.
 - Legge regionale n. 11 del 21/05/2008 “Norme in materia di terapia e attività assistite dagli animali”.
 - Legge regionale n. 39 del 18/12/2007 Norme di attuazione della legge 7 dicembre 2000 n. 383 “Disciplina delle associazioni di promozione sociale”.
 - Legge regionale n. 7 del 21/03/2007 “Norme per le politiche di genere e i servizi di conciliazione vita-lavoro in Puglia”.
 - Legge regionale n. 19 del 10/07/2006 “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia”.
 - Legge regionale n. 13 del 15/05/2006 Modifiche alla Legge regionale 30 settembre 2004, n. 15 “Riforma delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e disciplina

delle aziende pubbliche dei servizi alle persone”.

- Legge regionale n. 7 del 03/04/2006 “Iniziative di promozione e solidarietà per contrastare la criminalità comune e organizzata: strumenti antiusura e antirackett”.
- Legge regionale n. 3 del 09/02/2006 Integrazione alla Legge regionale 1 dicembre 2003, n. 24 “Istituzione della giornata regionale del diversamente abile”.
- Legge regionale n. 2 del 09/02/2006 “Proroga termine assistenza indiretta”.
- Legge regionale n. 4 del 22/02/2005 “Tutela dei soggetti portatori di sistemi elettronici vitali: esonero dal passaggio di varchi dotati di apparecchiature a rilevanza elettromagnetica”.
- Legge regionale n. 15 del 30/09/2004 “Riforma delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e disciplina delle aziende pubbliche dei servizi alle persone”.
- Legge regionale n. 11 del 16/07/2004 Modifica alla Legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2 “Contributi alle associazioni di tutela e rappresentanza degli invalidi”.
- Legge regionale n. 5 del 02/04/2004 “Legge quadro sulla famiglia”.
- Legge regionale n. 17 del 25/08/2003 “Sistema integrato d’interventi e servizi sociali in Puglia”.
- Legge regionale n. 13 del 12/07/2002 “Individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio – assistenziali”.

SARDEGNA

- Legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 “Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia”. Abrogazione della Legge regionale n. 10 del 2006, della Legge regionale n. 23 del 2014 e della Legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore.
- Legge regionale 8 aprile 2020, n. 12 “Misure

straordinarie urgenti a sostegno delle famiglie per fronteggiare l'emergenza economico-sociale derivante dalla pandemia SARS-CoV-2”.

- Legge regionale 18 gennaio 2019, n. 5 “Disposizioni per il riconoscimento, la diagnosi e la cura della fibromialgia”.
- Legge regionale 11 gennaio 2019, n. 2 “Disposizioni in materia di disturbo da gioco d’azzardo”.
- Legge regionale 2 agosto 2018, n. 35 “Azioni generali a sostegno delle cooperative di comunità”.
- Legge regionale 2 agosto 2018, n. 33 “Istituzione del reddito di libertà per le donne vittime di violenza”.
- Legge regionale 6 luglio 2018, n. 24 “Interventi per la promozione e la valorizzazione dell’amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli”.
- Legge regionale 12 giugno 2018, n. 18 “Contributi per il trasporto delle persone con disabilità”. Modifica alla Legge regionale n. 1 del 2018.
- Legge regionale 14 maggio 2018, n. 15 “Norme in materia di disturbi specifici dell’apprendimento (DSA)”.
- Legge regionale 2 agosto 2016, n. 18 “Reddito di inclusione sociale. Fondo regionale per il reddito di inclusione sociale – Agiudu torrau”.
- Legge regionale 29 giugno 2016, n. 15 Composizione del Consiglio delle autonomie locali. Modifiche alla Legge regionale 17 gennaio 2005, n. 1 “Istituzione del Consiglio delle autonomie locali e della Conferenza permanente Regione-enti locali”.
- Legge regionale 11 maggio 2015, n. 12 Modifiche all’articolo 2 della Legge regionale n. 17 del 2013 “Ulteriori disposizioni urgenti in materia di lavoro e nel settore sociale”. Autorizzazione di spesa per l’anticipazione degli ammortizzatori sociali in deroga.
- Legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 “Norme urgenti per la riforma del sistema

- sanitario regionale”. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012.
- Legge regionale 11 dicembre 2013, n. 35 “Incremento dell’autorizzazione di spesa determinata per gli anni 2013-2015 nella tabella D allegata alla Legge regionale 23 maggio 2013, n. 12 (Legge finanziaria 2013)”. Integrazione del fondo regionale per la non autosufficienza per il programma “Ritornare a casa”.
 - Legge regionale 9 dicembre 2013, n. 34 “Misure urgenti in materia di anticipazione degli ammortizzatori sociali”.
 - Legge regionale 26 settembre 2013, n. 27 “Modifiche ed integrazioni alla Legge regionale n. 17 del 2013 in materia di ammortizzatori sociali”.
 - Legge regionale 12 settembre 2013, n. 26 “Interventi per la prevenzione e il contrasto alla violenza di genere e allo stalking”. Modifiche e integrazioni alla Legge regionale 7 agosto 2007, n. 8 “Norme per l’istituzione di centri antiviolenza e case di accoglienza per le donne vittime di violenza”.
 - Legge regionale 2 agosto 2013, n. 22 Norme urgenti per l’attuazione dell’articolo 4 della Legge regionale 29 aprile 2013, n. 10 “Disposizioni urgenti in materia di lavoro e nel settore sociale”.
 - Legge regionale 26 luglio 2013, n. 17 “Ulteriori disposizioni urgenti in materia di lavoro e nel settore sociale”.
 - Legge regionale 29 aprile 2013, n. 10 “Disposizioni urgenti in materia di lavoro e nel settore sociale”.
 - Legge regionale 23 aprile 2013, n. 9 “Interventi urgenti in materia di lavoro e nel settore sociale”.
 - Legge regionale 7 febbraio 2011, n. 8 “Istituzione del Garante regionale per l’infanzia e l’adolescenza”.
 - Legge regionale 7 febbraio 2011, n. 7 “Sistema integrato di interventi a favore dei soggetti sottoposti a provvedimenti dell’autorità giudiziaria e istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale”.
 - Legge regionale 10 marzo 2010, n. 6 “Provvedimenti a favore di persone con handicap grave di cui alla legge 21 maggio 1998, n. 162”.
 - Legge regionale 7 agosto 2009, n. 3 “Disposizioni urgenti nei settori economico e sociale”.
 - Legge regionale 7 agosto 2007, n. 8 “Norme per l’istituzione di centri antiviolenza e case di accoglienza per le donne vittime di violenza”.
 - Legge regionale 7 agosto 2007, n. 6 Modifica ed integrazioni alla Legge regionale 15 ottobre 1997, n. 27, recante “Riconoscimento del ruolo sociale delle società di mutuo soccorso ed interventi a tutela del loro patrimonio storico e culturale”.
 - Legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 “Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna”. Abrogazione della Legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5.
 - Legge regionale 11 maggio 2006 n. 4 “Disposizioni varie in materia di entrate, riqualificazione della spesa, politiche sociali e di sviluppo”.
 - Delibera della Giunta Regionale Regione Sardegna 30/05/2006 n. 23/30 “Linee-guida per l’avvio dei Piani locali unitari dei servizi alla persona (L.R. 23 dicembre 2005, n. 23)”.
 - Legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23 “Sistema integrato dei servizi alla persona”. Abrogazione della Legge regionale n. 4 del 1998 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali).
 - Legge regionale 13 ottobre 2005, n. 14 “Modifiche alle norme sul difensore civico regionale (L.R. 17 gennaio 1989, n. 4 e successive modificazioni)”.
 - Legge regionale 25 febbraio 2005, n. 4 Modifiche alla Legge regionale 17 gennaio 1989, n. 4 “Istituzione dell’ufficio del difensore civico in Sardegna”.

SICILIA

- Legge regionale n. 24 del 21.10.2020 “Norme per la prevenzione e il trattamento del disturbo da gioco d’azzardo”.
- Legge regionale n. 14 del 7.07.2020 “Norme di contrasto al fenomeno della violenza di genere e misure di solidarietà agli orfani per crimini domestici”.
- Legge regionale n. 47 del 10.08.2012 “Istituzione dell’Autorità Garante per l’infanzia e l’adolescenza e dell’Autorità Garante della persona con disabilità”. Modifiche alla Legge regionale 9 maggio 2012, n. 26
- Legge regionale n. 3 del 3.01.2012 “Norme per il contrasto e la prevenzione della violenza di genere”.
- Legge regionale n. 14 del 12.07.2011 “Riorganizzazione e potenziamento della rete regionale di residenzialità per i soggetti fragili. Misure finanziarie relative al personale comandato utilizzato in convenzione presso le aziende del Servizio sanitario regionale”.
- Legge regionale n. 10 del 31.07.2003 “Norme per la tutela e la valorizzazione della famiglia Interventi e garanzie creditizie”.
- Legge regionale n. 24 del 26.11.2000 “Disposizioni per l’inserimento lavorativo dei soggetti utilizzati nei lavori socialmente utili. Norme urgenti in materia di lavoro ed istituzione del fondo regionale per l’occupazione dei disabili”.

TOSCANA

- Legge regionale del 2020 n. 71 “Governo collaborativo dei beni comuni e del territorio, per la promozione della sussidiarietà sociale in attuazione degli articoli 4, 58 e 59 dello Statuto”.
- Legge regionale del 2020 n.18 “Disposizioni per la promozione della figura dell’amministratore di sostegno di cui alla legge 9 gennaio 2004, n. 6”.
- Legge regionale del 2020 n. 17 “Disposizioni per favorire la coesione e la solidarietà

sociale mediante azioni a corrispettivo sociale”.

- Legge regionale del 2019 n. 71 “Disposizioni in materia di prevenzione e contrasto del fenomeno del bullismo e del cyberbullismo”.
- Legge regionale del 2019 n. 45 “Disposizioni per la tutela dei bisogni essenziali della persona umana”. Modifiche alla L.r. 41/2005 e alla L.r. 29/2009.
- Legge regionale del 2019 n. 29 “Le case della salute”. Modifiche alla L.r. 40/2005.
- Legge regionale del 2017 n. 81 “Interventi atti a favorire la mobilità individuale e l’autonomia personale delle persone con disabilità”.
- Legge regionale del 2017 n. 60 “Disposizioni generali sui diritti e le politiche per le persone con disabilità”.
- Legge regionale del 2017 n. 21 “Nuove disposizioni in materia di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato”. Modifiche alla L.r. 82/2009 e alla L.r. 51/2009.
- Legge regionale del 2017 n. 11 “Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto”. Modifiche alla L.r. 40/2005 ed alla L.r. 41/2005.
- Legge regionale del 2016 n. 21 “Riordino delle funzioni di tenuta degli albi regionali del terzo settore ai sensi della L.r. 22/2015”. Modifiche alla Legge regionale del 28/1993, 87/1997 e 42/2002.
- Legge regionale del 2015 n. 33 “Nuove disposizioni relative alle strutture per minori”. Modifiche alla L.r. 41/2005.
- Legge regionale del 2015 n. 13 “Disposizioni per il sostegno alle attività delle agenzie sociali per la casa”.
- Legge regionale del 2014 n. 78 Modifiche alla Legge regionale 2 agosto 2013 n. 45 “Interventi di sostegno finanziario in favore delle famiglie e dei lavoratori in difficoltà, per la coesione e per il contrasto sociale”, in materia di misure di sostegno alle famiglie.
- Legge regionale del 2014 n. 56 Modifi-

- che alla Legge regionale 2 agosto 2013, n. 45 “Interventi di sostegno finanziario in favore delle famiglie e dei lavoratori in difficoltà, per la coesione e per il contrasto al disagio sociale”, in materia di microcredito in favore di lavoratori e lavoratrici in difficoltà.
- Legge regionale del 2014 n. 53 Modifiche alla Legge regionale 25 luglio 2006, n. 35 “Istituzione del servizio civile regionale”, relative al servizio civile regionale finanziato con fondi europei.
 - Legge regionale del 2014 n. 45 Modifiche alla Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”.
 - Legge regionale del 2013 n. 50 “Norme per il sostegno dei genitori separati in situazione di difficoltà”.
 - Legge regionale del 2013 n. 45 “Interventi di sostegno finanziario in favore delle famiglie e dei lavoratori in difficoltà, per la coesione e per il contrasto al disagio sociale”.
 - Legge regionale del 2013 n. 7 “Accreditamento dei servizi alla persona”. Modifiche alla Legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82 “Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato”.
 - Legge regionale del 2012 n. 7 Modifiche alla Legge regionale 25 luglio 2006, n. 35 “Istituzione del servizio civile regionale” ed alla Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale”, in materia di servizio civile regionale.
 - Legge regionale del 2011 n. 23 Modifiche alla Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”.
 - Legge regionale del 2011 n. 19 “Disposizioni per la promozione della sicurezza stradale in Toscana”.
 - Legge regionale del 2011 n. 4 Modifiche alla Legge regionale 2 aprile 2009, n. 16 “Cittadinanza di genere”.
 - Legge regionale del 2010 n. 49 Modifiche alla Legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82 “Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato”.
 - Legge regionale del 2010 n. 26 “Istituzione del Garante per l’infanzia e l’adolescenza”.
 - Legge regionale del 2010 n. 24 “Disposizioni in materia di agricoltura sociale”.
 - Legge regionale del 2010 n. 14 “Interventi di sostegno al reddito dei lavoratori disoccupati”.
 - Legge regionale del 2009 n. 83 Modifiche alla Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”.
 - Legge regionale del 2009 n. 82 “Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato”.
 - Legge regionale del 2009 n. 70 “Interventi di sostegno alle coppie impegnate in adozioni internazionali”.
 - Legge regionale del 2009 n. 69 “Norme per l’istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale”.
 - Legge regionale del 2009 n. 32 “Interventi per combattere la povertà ed il disagio sociale attraverso la redistribuzione delle eccedenze alimentari”.
 - Legge regionale del 2009 n. 16 “Cittadinanza di genere”.
 - Legge regionale del 2009 n. 14 Modifiche alla Legge regionale 27 ottobre 2008, n. 57 “Istituzione del Fondo di solidarietà per le famiglie delle vittime di incidenti mortali sul luogo di lavoro”.
 - Legge regionale del 2008 n. 66 “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”.
 - Legge regionale del 2008 n. 57 “Istituzione del Fondo di solidarietà per le famiglie delle vittime di incidenti mortali sul luogo di lavoro”.
 - Legge regionale del 2007 n. 59 “Norme contro la violenza di genere”.
 - Legge regionale del 2007 n. 57 Modifiche alla Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41

“Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”.

- Legge regionale del 2006 n. 55 “Interventi a favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata”.
- Legge regionale del 2006 n. 35 “Istituzione del servizio civile regionale”.
- Legge regionale del 2005 n. 64 “Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari ubicati in Toscana”.
- Legge regionale del 2005 n. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”.
- Legge regionale del 2004 n. 63 “Norme contro le discriminazioni determinate dall’orientamento sessuale o dall’identità di genere”.
- Legge regionale del 2004 n. 57 Modifiche alla Legge regionale 9 dicembre 2002, n. 42 “Disciplina delle associazioni di promozione sociale. Modifica all’articolo 9 della Legge regionale 3 ottobre 1997, n.72”.
- Legge regionale del 2004 n. 43 “Riordino e trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB). Norme sulle aziende pubbliche di servizi alla persona. Disposizioni particolari per la IPAB “Istituto degli Innocenti di Firenze””.
- Legge regionale del 2004 n. 31 Disposizioni attuative dell’articolo 3, comma 121, della legge 24 dicembre 2003, n. 350 (Legge finanziaria 2004) in materia di contenzioso concernente l’invalidità civile e modifiche all’ articolo 14 della Legge regionale 26 novembre 1998, n. 85 “Attribuzione agli enti locali e disciplina generale delle funzioni e dei compiti amministrativi in materia di tutela della salute, servizi sociali, istruzione scolastica, formazione professionale, beni e attività culturali e spettacolo, conferiti alla Regione dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 “.
- Legge regionale del 2000 n. 31 “Partecipazione dell’Istituto degli Innocenti di Firenze all’attuazione delle politiche regio-

nali di promozione e di sostegno rivolte all’infanzia e all’adolescenza”.

- Legge regionale del 2000 n. 2 “Interventi per i popoli rom e sinti”.

TRENTINO-ALTO ADIGE

- Legge provinciale del 09 febbraio 2021, n. 3 - Provincia Autonoma di Trento - Modificazioni della legge provinciale 9 marzo 2010, n. 6 “Interventi per la prevenzione della violenza di genere e per la tutela delle donne che ne sono vittime”, in materia di assegno di autodeterminazione per le donne che hanno subito violenza.
- Legge provinciale del 12 febbraio 2020, n. 1 - Provincia Autonoma di Trento - “Interventi a sostegno dei coniugi separati o divorziati in difficoltà”.
- Legge provinciale del 11 luglio 2018, n. 13 - Provincia Autonoma di Trento - “Integrazione della legge provinciale sulla scuola 2006: azioni ed interventi per la prevenzione degli stati di tossicodipendenza”.
- Legge provinciale del 13 giugno 2018, n. 8 - Provincia Autonoma di Trento - Modificazioni della Legge provinciale sull’handicap 2003, della Legge provinciale sulle politiche sociali 2007, della Legge provinciale 24 luglio 2012, n. 15 “Tutela delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie e modificazioni delle leggi provinciali 3 agosto 2010, n. 19, e 29 agosto 1983, n. 29, in materia sanitaria”, della Legge provinciale sulla tutela della salute 2010 e della Legge provinciale di recepimento delle direttive europee in materia di contratti pubblici 2016.
- Legge provinciale del 22 settembre 2017, n. 10 - Provincia Autonoma di Trento – “Riduzione degli sprechi, recupero e distribuzione delle eccedenze alimentari e non alimentari e dei prodotti farmaceutici e modifiche di leggi provinciali connesse”.
- Legge regionale del 14 luglio 2011, n. 5 - Regione Autonoma Trentino-Alto Adige – “Sostegno durante il periodo della finestra

di accesso alla pensione a favore di coloro che beneficiano della mobilità e proroga delle misure anticrisi”.

- Legge provinciale del 2 marzo 2011, n. 1 - Provincia Autonoma di Trento- “Sistema integrato delle politiche strutturali per la promozione del benessere familiare e della natalità”.
- Legge regionale del 27 settembre 2010, n. 2 - Regione Autonoma Trentino-Alto Adige - Modifica di leggi regionali in materia di previdenza integrativa.
- Legge regionale del 23 maggio 2008, n. 3 - Regione Autonoma Trentino-Alto Adige - Modifiche alle leggi regionali in materia di pacchetto famiglia e previdenza sociale.
- Legge provinciale del 12 ottobre 2007, n. 9 - Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige Ripubblicazione nella Lingua Ladina (Idioma della Val Badia) Interventi per l’assistenza alle persone non autosufficienti.
- Legge regionale del 18 febbraio 2005, n. 1 - Regione Autonoma Trentino-Alto Adige – “Pacchetto famiglia e previdenza sociale”.

UMBRIA

- Legge regionale n. 9 del 20/10/2020 Ulteriori modificazioni della Legge regionale 23 settembre 2009, n. 19 “Norme per la promozione e sviluppo delle attività sportive e motorie. Modificazioni ed abrogazioni”
- Legge regionale n. 8 del 10/09/2020 Ulteriori modificazioni alla Legge regionale 22 dicembre 2005, n. 30 “Sistema integrato dei servizi socio-educativi per la prima infanzia”.
- Legge regionale n. 4 del 09/05/2018 “Disciplina degli interventi regionali per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del bullismo e del cyberbullismo” - Modificazioni a leggi regionali.
- Legge regionale n. 16 del 14/11/2017 “Interventi regionali per la promozione delle attività di donazione e distribuzione a fini di solidarietà sociale di prodotti alimentari,

non alimentari e farmaceutici”.

- Legge regionale n. 7 del 15/06/2017 Ulteriori modificazioni della Legge regionale 21 novembre 2014, n. 21 “Norme per la prevenzione, il contrasto e la riduzione del rischio della dipendenza da gioco d’azzardo patologico”.
- Legge regionale n. 10 del 17/08/2016 Modificazioni ed integrazioni alla Legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 “Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali” e alla Legge regionale 30 marzo 2015, n. 8 “Disposizioni collegate alla manovra di bilancio 2015 in materia di entrate e di spese - Modificazioni ed integrazioni di leggi regionali”.
- Legge regionale n. 7 del 22/07/2016 Modificazioni della Legge regionale 21 novembre 2014, n. 21 “Norme per la prevenzione, il contrasto e la riduzione del rischio della dipendenza da gioco d’azzardo patologico” e modificazioni nonché ulteriore integrazione della Legge regionale 28 novembre 2014, n. 25 “Riordino e trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e disciplina delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP)” - Ulteriori modificazioni della Legge regionale 28 dicembre 2009, n. 26 “Disciplina per la realizzazione del Sistema integrato di interventi e Servizi sociali” - Ulteriori modificazioni della Legge regionale 16 settembre 2011, n. 8 “Semplificazione amministrativa e normativa dell’ordinamento regionale e degli enti locali territoriali”.
- Legge regionale n. 11 del 09/04/2015 “Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali”.
- Legge regionale n. 25 del 28/11/2014 “Riordino e trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e disciplina delle aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP)” - Ulteriori modificazioni della Legge regionale 28 dicembre 2009, n. 26 “Disciplina per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali” - Ulteriori modificazioni

della Legge regionale 16 settembre 2011, n. 8 “Semplificazione amministrativa e normativa dell’ordinamento regionale e degli Enti locali territoriali”.

- Legge regionale n. 21 del 21/11/2014 “Norme per la prevenzione, il contrasto e la riduzione del rischio della dipendenza da gioco d’azzardo patologico”.
- Legge regionale n. 1 del 23/01/2013 Ulteriori integrazioni della Legge regionale 22 dicembre 2005, n. 30 “Sistema integrato dei servizi socio-educativi per la prima infanzia”.
- Legge regionale n. 14 del 27/09/2012 “Norme a tutela della promozione e della valorizzazione dell’invecchiamento attivo”.
- Legge regionale n. 13 del 04/11/2011 Integrazione della Legge regionale 16.02.2010, n. 13 “Disciplina dei servizi e degli interventi a favore della famiglia”.
- Legge regionale n. 24 del 10/12/2010 Modificazioni della Legge regionale 18 ottobre 2006, n. 13 “Istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale”, dalla Legge regionale 29 luglio 2009, n. 18 “Istituzione del Garante regionale per l’infanzia e l’adolescenza” e dalla Legge regionale 27 novembre 2007, n. 30 “Nuova disciplina del Difensore civico regionale. Abrogazione della Legge regionale 30 novembre 1995, n. 45”.
- Legge regionale n. 13 del 16/02/2010 “Disciplina dei servizi e degli interventi a favore della famiglia”.
- Legge regionale n. 26 del 28/12/2009 “Disciplina per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali”.
- Legge regionale n. 18 del 29/07/2009 “Istituzione del Garante regionale per l’infanzia e l’adolescenza”.
- Legge regionale n. 9 del 04/06/2008 “Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni”.
- Legge regionale n. 28 del 03/10/2007 “Interventi per il sostegno e la qualificazione dell’attività di assistenza familiare domiciliare”.
- Legge regionale n. 3 del 06/02/2007 “Diffusione del commercio equo e solidale in Umbria”.
- Legge regionale n. 1 del 22/01/2007 “Accesso ai trattamenti terapeutici per i cittadini consumatori di sostanze psicoattive o in stato di dipendenza”.
- Legge regionale n. 30 del 22/12/2005 “Sistema integrato dei servizi socio-educativi per la prima infanzia”.
- Legge regionale n. 9 del 17/02/2005 “Norme sulla cooperazione sociale”.
- Legge regionale n. 24 del 22/11/2004 “Assegno di cura per l’assistenza a domicilio di anziani gravemente non autosufficienti”.
- Legge regionale n. 22 del 16/11/2004 “Norme sull’associazionismo di promozione sociale”.
- Legge regionale n. 11 del 23/07/2003 “Interventi a sostegno delle politiche attive del lavoro, modificazioni ed integrazioni della Legge regionale 25 novembre 1998, n. 41 e disciplina del Fondo regionale per l’occupazione dei disabili”.
- Legge regionale n. 5 del 24/03/2003 Ulteriore modificazione della Legge regionale 23 gennaio 1997, n. 3 “Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e riordino delle funzioni socio – assistenziali”.
- Legge regionale n. 26 del 06/12/2002 “Contributi a favore dei mutilati e invalidi di guerra e categorie assimilate per cure climatiche, soggiorni terapeutici e cure termali”.
- Legge regionale n. 19 del 23/10/2002 “Contributi regionali per l’eliminazione e il superamento delle barriere architettoniche negli edifici privati”.
- Legge regionale n. 13 del 17/07/2002 “Istituzione e disciplina della figura professionale dell’operatore socio-sanitario”.
- Legge regionale n. 2 del 07/03/2002 Ulteriore modificazione della Legge regionale

2 marzo 1999, n. 3 “Riordino delle funzioni e dei compiti amministrativi del sistema regionale e locale delle Autonomie dell’Umbria in attuazione della legge 15 marzo 1997, n. 59 e del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112” - e ulteriore integrazione della Legge regionale 23 gennaio 1997, n. 3 – “Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e riordino delle funzioni socio-assistenziali”.

- Legge regionale n. 31 del 28/11/2001 Modificazioni ed integrazioni della Legge regionale 30 giugno 1999, n. 20 “Norme per il funzionamento delle Commissioni sanitarie di cui alla legge 15 ottobre 1990, n. 295”.

VALLE D'AOSTA

- Legge regionale 25 gennaio 2016, n. 1 Modificazioni alla Legge regionale 10 novembre 2015, n. 18 “Misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito”.
- Legge regionale 24 aprile 2015, n. 9 Modificazioni alla Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 34 “Disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, trasformate ai sensi dell’articolo 37 della Legge regionale 15 dicembre 2003, n. 21” (Legge finanziaria per gli anni 2004/2006). Abrogazione della Legge regionale 12 luglio 1996, n. 18.
- Legge regionale 10 novembre 2015, n. 18 “Misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito”.
- Legge regionale 13 febbraio 2013, n. 2 Modificazioni alle leggi regionali 23 luglio 2010, n. 22 “Nuova disciplina dell’organizzazione dell’Amministrazione regionale e degli enti del comparto unico della Valle d’Aosta”. Abrogazione della Legge regionale 23 ottobre 1995, n. 45, e di altre leggi in materia di personale, 25 gennaio 2000, n. 5 “Norme per la razionalizzazione dell’organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni sa-

nitare, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione”), e 20 dicembre 2010, n. 44 “Costituzione di una società per azioni per la gestione di servizi alla pubblica amministrazione regionale”.

- Legge regionale 13 febbraio 2012, n. 5 Modificazioni di leggi regionali concernenti interventi assistenziali a favore di persone fisiche e contributi a favore di associazioni e istituti di patronato.
- Legge regionale 1° agosto 2011, n. 20 Modificazione alla Legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 “Norme per la razionalizzazione dell’organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione”.
- Legge regionale 23 luglio 2010, n. 23 “Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale”. Abrogazione di leggi regionali.
- Legge regionale 9 novembre 2010, n. 35 Modificazioni alla Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 34 “Disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, trasformate ai sensi dell’articolo 37 della Legge regionale 15 dicembre 2003, n. 21 (Legge finanziaria per gli anni 2004/2006). Abrogazione della Legge regionale 12 luglio 1996, n. 18”.
- Legge regionale 23 gennaio 2009, n. 1 “Misure regionali straordinarie ed urgenti in funzione anti-crisi per il sostegno alle famiglie e alle imprese”.
- Legge regionale 23 gennaio 2009, n. 2 Modificazioni alla Legge regionale 9 aprile 2003, n. 10 “Provvidenze economiche a favore di nefropatici cronici e trapiantati. Abrogazione delle leggi regionali 7 dicembre 1979, n. 70 e 15 luglio 1985, n. 43”.

VENETO

- Legge regionale 27 luglio 2020, n. 31 (BUR

- n. 113/2020) “Modifiche alla Legge regionale 3 agosto 2001, n. 16 “Norme per il diritto al lavoro delle persone disabili in attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 e istituzione servizio integrazione lavorativa presso le Aziende ULSS”.
- Legge regionale 28 maggio 2020, n. 20 (BUR n. 80/2020) “Interventi a sostegno della famiglia e della natalità”.
 - Legge regionale 14 febbraio 2020, n. 9 (BUR n. 21/2020) Modifica all’articolo 8 della Legge regionale 3 agosto 2001, n. 16 “Norme per il diritto al lavoro delle persone disabili in attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 e istituzione del servizio integrazione lavorativa presso le aziende ULSS’ e successive modificazioni”.
 - Legge regionale 3 febbraio 2020, n. 6 (BUR n. 16/2020) Modifiche ed integrazioni della Legge regionale 22 giugno 1993, n. 16 “Iniziative per il decentramento amministrativo e per lo sviluppo economico e sociale nel Veneto orientale”.
 - Legge regionale 30 gennaio 2020, n. 4 (BUR n. 15/2020) “Disposizioni per il riconoscimento, la valorizzazione e la promozione dei cammini veneti”.
 - Legge regionale 24 gennaio 2020, n. 1 (BUR n. 11/2020) “Disposizioni di adeguamento ordinamentale 2019 in materia di politiche sanitarie e di politiche sociali”.
 - Legge regionale 23 dicembre 2019, n. 52 (BUR n. 150/2019) Modifiche ed integrazioni alla Legge regionale 10 agosto 2012, n. 29 “Norme per il sostegno delle famiglie monoparentali e dei genitori separati o divorziati in situazione di difficoltà”.
 - Legge regionale 10 settembre 2019, n. 38 (BUR n. 103/2019) “Norme sulla prevenzione e cura del disturbo da gioco d’azzardo patologico”.
 - Legge regionale 16 maggio 2019, n. 18 (BUR n. 51/2019) Modifica alla Legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48 “Piano socio sanitario regionale 2019-2023”.
 - Legge regionale 21 giugno 2018, n. 22 (BUR n. 62/2018) Modifiche alla Legge regionale 23 aprile 2013, n. 5 “Interventi per prevenire e contrastare la violenza contro le donne”.
 - Legge regionale 17 ottobre 2017, n. 38 (BUR n. 99/2017) “Norme per il sostegno delle famiglie e delle persone anziane, disabili, in condizioni di fragilità o non autosufficienza, per la qualificazione e il sostegno degli assistenti familiari”.
 - Legge regionale 8 agosto 2017, n. 24 (BUR n. 77/2017) “Criteri per la compartecipazione alle spese di ospitalità alberghiera dei degenti di ex ospedali psichiatrici ed ex case di salute”.
 - Legge regionale 8 agosto 2017, n. 23 (BUR n. 77/2017) “Promozione e valorizzazione dell’invecchiamento attivo”.
 - Legge regionale 18 luglio 2017, n. 15 (BUR n. 69/2017) “Interventi per lo sviluppo della previdenza complementare e del welfare integrato regionale del Veneto”.
 - Legge regionale 14 aprile 2017, n. 10 (BUR n. 39/2017) “Norme per la valorizzazione dell’amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli”.
 - Legge regionale 15 marzo 2016, n. 10 (BUR n. 25/2016) Abrogazione della Legge regionale 22 dicembre 1989, n. 54 “Interventi a tutela della cultura dei Rom e dei Sinti”.
 - Legge regionale 8 marzo 2016, n. 9 (BUR n. 24/2016) “Promozione della comunicazione e formazione degli operatori in materia di donazione di organi e tessuti”.
 - Legge regionale 24 febbraio 2015, n. 3 (BUR n. 21/2015) “Disciplina del servizio di affido a favore di anziani o di altre persone, a rischio o in condizione di disagio sociale”.
 - Legge regionale 8 agosto 2014, n. 23 (BUR n. 79/2014) “Norme in materia di beni di proprietà delle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie (ULSS)”
 - Legge regionale 7 febbraio 2014, n. 2 (BUR n. 18/2014) “Disposizioni in materia di promozione della qualità dell’assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale” e modifica

della Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali”.

- Legge regionale 24 dicembre 2013, n. 37 (BUR n. 115/2013) “Garante regionale dei diritti della persona”.
- Legge regionale 28 giugno 2013, n. 14 (BUR n. 54/2013) “Disposizioni in materia di agricoltura sociale”.
- Legge regionale 23 aprile 2013, n. 5 (BUR n. 37/2013) “Interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne”.
- Legge regionale 3 dicembre 2012, n. 46 (BUR n. 100/2012) “Modifiche di disposizioni regionali in materia di programmazione ed organizzazione socio-sanitaria e di tutela della salute”.
- Legge regionale 23 novembre 2012, n. 43 (BUR n. 97/2012) Modifiche all’articolo 8, commi 1 e 1 bis della Legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 “Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione” e disposizioni in materia sanitaria, sociale e socio-sanitaria”.
- Legge regionale 10 agosto 2012, n. 29 (BUR n. 67/2012) “Norme per il sostegno delle famiglie monoparentali e dei genitori separati o divorziati in situazione di difficoltà”.
- Legge regionale 27 luglio 2012, n. 27 (BUR n. 61/2012), “Disciplinare le iniziative di promozione dei diritti etici e della vita nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie”.
- Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 (BUR n. 53/2012) “Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016”.
- Legge regionale 22 giugno 2012, n. 22 (BUR n. 50/2012) Modifiche alla Legge regionale 29 novembre 2001, n. 32 “Agenzia regionale socio sanitaria” e alla Legge regionale 21 agosto 2010, n. 21, “Norme per la riorganizzazione del servizio ispettivo e

di vigilanza per il sistema socio-sanitario veneto”.

- Legge regionale 26 maggio 2011, n. 11 (BUR n. 38/2011) “Interventi per combattere la povertà ed il disagio sociale attraverso la redistribuzione delle eccedenze alimentari”.
- Regolamento regionale 26 maggio 2011, n. 1 (BUR n. 38/2011) “Disciplina dell’attività del servizio ispettivo e di vigilanza per il sistema socio-sanitario veneto (articolo 5, Legge regionale 5 agosto 2010, n. 21)”.
- Legge regionale 4 marzo 2010, n. 16 (BUR n. 21/2010) “Interventi a favore delle persone con disturbi specifici dell’apprendimento (DSA) e disposizioni in materia di servizio sanitario regionale”.
- Legge regionale 22 gennaio 2010, n. 9 (BUR n. 8/2010) “Istituzione del servizio civile degli anziani”.
- Legge regionale 22 gennaio 2010, n. 8 (BUR n. 8/2010) “Prevenzione e contrasto dei fenomeni di mobbing e tutela della salute psico-sociale della persona sul luogo del lavoro”.
- Legge regionale 18 dicembre 2009, n. 30 (BUR n. 104/2009) “Disposizioni per la istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza e per la sua disciplina”.
- Legge regionale 19 marzo 2009, n. 7 (BUR n. 25/2009) “Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore”.
- Legge regionale 14 novembre 2008, n. 17 (BUR n. 95/2008) “Promozione del protagonismo giovanile e della partecipazione alla vita sociale”.
- Legge regionale 11 luglio 2008, n. 6 (BUR n. 58/2008) “Modifica della Legge regionale 29 novembre 2001, n. 32 “Agenzia regionale socio sanitaria”.
- Legge regionale 14 dicembre 2007, n. 34 (BUR n. 108/2007) “Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di con-

- senso informato”.
- Legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 (BUR n. 73/2007) “Disposizioni di riordino e semplificazione normativa- collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione”.
 - Legge regionale 28 giugno 2007, n. 11 (BUR n. 59/2007) “Interventi a favore delle persone donatrici di sangue, di midollo osseo e di organo tra viventi”.
 - Legge regionale 21 dicembre 2006, n. 28 (BUR n. 111/2006) Modifica delle disposizioni della Legge regionale 10 marzo 1973, n. 9 “Istituzione dell’assistenza sanitaria, dell’assicurazione infortuni e della cassa di previdenza in favore dei consiglieri regionali e successive modificazioni”.
 - Legge regionale 10 agosto 2006, n. 17 (BUR n. 72/2006) Interventi a favore del “Centro polifunzionale per la promozione della salute e della vita sociale dei ciechi e degli ipovedenti”.
 - Legge regionale 18 novembre 2005, n. 18 (BUR n. 109/2005) “Istituzione del servizio civile regionale volontario”.
 - Legge regionale 18 novembre 2005, n. 14 (BUR n. 109/2005) Modifiche all’articolo 15, comma 1, della Legge regionale 23 aprile 1990, n. 32 “Disciplina degli interventi regionali per i servizi educativi alla prima infanzia: asili nido e servizi innovativi”.
 - Legge regionale 19 dicembre 2003, n. 41 (BUR n. 120/2003) “Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2003 in materia di prevenzione, sanità, servizi sociali e sicurezza pubblica”.
 - Legge regionale 20 novembre 2003, n. 34 (BUR n. 111/2003) “Norme in favore dei soggetti stomizzati della Regione Veneto”.
 - Legge regionale 20 novembre 2003, n. 33 (BUR n. 111/2003) “Indennità regionale di anticipazione dell’indennità di accompagnamento agli invalidi civili”.
 - Regolamento regionale 21 agosto 2003, n. 1 (BUR n. 79/2003) “Disciplina dell’attività ispettiva in materia sanitaria e sociale (articolo 5, Legge regionale 4 aprile 2003, n. 5)”.
 - Legge regionale 14 agosto 2003, n. 17 (BUR n. 77/2003) “Norme per la promozione e lo sviluppo della pratica sportiva delle persone con disabilità”.
 - Legge regionale 4 aprile 2003, n. 8 (BUR n. 36/2003) “Disciplina dei distretti produttivi ed interventi di politica industriale locale”.
 - Legge regionale 4 aprile 2003, n. 5 (BUR n. 36/2003) “Nuove norme per la disciplina dell’attività ispettiva in materia sanitaria e sociale nella Regione Veneto”.
 - Legge regionale 16 agosto 2002, n. 28 (BUR n. 82/2002) “Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2002 in materia di politiche sociali”.
 - Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 (BUR n. 82/2002) “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali”.
 - Legge regionale 9 agosto 2002, n. 17 (BUR n. 78/2002) Modifiche alla Legge regionale 16 agosto 2001, n. 20 “La figura professionale dell’operatore socio-sanitario”.
 - Legge regionale 29 novembre 2001, n. 32 (BUR n. 109/2001) “Agenzia regionale socio sanitaria”.
 - Legge regionale 16 agosto 2001, n. 23 (BUR n. 75/2001) Novellazione della Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 “Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”. “Riordino della disciplina in materia sanitaria”, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 e successive modifiche ed integrazioni”.
 - Legge regionale 3 agosto 2001, n. 16 (BUR n. 71/2001) “Norme per il diritto al lavoro delle persone disabili in attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 e istituzione servizio integrazione lavorativa presso le

- aziende ULSS”.
- Legge regionale 27 dicembre 2000, n. 22 (BUR n. 114/2000) “Iniziative regionali per la promozione ed il sostegno del volontariato in occasione dell’anno 2001. Anno internazionale del volontariato”.

Appendice 2

Elenco dei servizi sociali offerti dai comuni

- servizio sociale professionale
- intermediazione abitativa/assegnazione alloggi
- servizio per l'affidamento familiare
- servizio per l'adozione minori
- servizio di mediazione familiare
- centri anti violenza
- attività di sostegno alla genitorialità
- altre attività di servizio sociale professionale
- interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio
- attività ricreative, sociali, culturali
- servizio di mediazione culturale
- servizio di residenza anagrafica per persone senza fissa dimora
- altre attività di integrazione sociale
- sostegno socio-educativo scolastico
- sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare
- sostegno all'inserimento lavorativo
- inserimento lavorativo per persone con disagio mentale
- inserimento lavorativo per persone senza dimora
- altre attività socio-educative e di inserimento lavorativo
- assistenza domiciliare socio-assistenziale
- assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
- *voucher*, assegno di cura, buono socio-sanitario
- distribuzione pastie/olavanderia a domicilio
- telesoccorso e teleassistenza
- servizi di prossimità (buon vicinato)
- altri interventi di assistenza domiciliare
- mensa
- trasporto sociale
- distribuzione beni di prima necessità
- servizi per l'igiene personale
- pronto intervento sociale (unità di strada, ecc.)
- pronto intervento per persone senza dimora
- servizi di mediazione sociale
- segretariato sociale/porta unitaria per l'accesso ai servizi
- centri di ascolto tematici
- sportelli sociali tematici (compreso informagiovani e sportello immigrati)
- telefonia sociale per orientare e informare i cittadini sui servizi territoriali
- prevenzione e sensibilizzazione (campagne informative, unità di strada)

- azioni di sistema e spese di organizzazione
- contributi per servizi alla persona
- contributi per cure o prestazioni sanitarie
- contributi per servizio trasporto
- contributi per l'inserimento lavorativo
- contributi per l'affido familiare
- contributi per favorire interventi del terzo settore
- contributi e integrazioni a retta per centri diurni
- contributi e integrazioni a retta per asili nido
- contributi e integrazioni a retta per servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia
- contributi e integrazioni a retta per altre prestazioni semi-residenziali
- contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali
- buoni spesa o buoni pasto
- contributi economici per i servizi scolastici
- contributi erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)
- contributi per alloggio
- contributi a integrazione del reddito familiare
- contributi per il disagio mentale
- contributi per persone senza dimora
- spese funerarie per cittadini a basso reddito
- altri contributi economici
- asilo nido
- servizi integrativi per la prima infanzia
- centri diurni
- centri diurni estivi
- ludoteche/laboratori
- centri di aggregazione/sociali
- centri per le famiglie
- centri diurni per persone con disagio mentale
- centri diurni per persone senza dimora
- altri centri e strutture a ciclo diurno
- strutture residenziali
- dormitori per persone senza fissa dimora
- case rifugio per vittime di violenza di genere
- strutture di accoglienza per persone senza dimora
- centri estivi o invernali (con pernottamento)
- area attrezzata per Rom, Sinti e Caminanti
- altri centri e strutture residenziali

Bibliografia e sitografia

- AGENAS, Documento per la continuità di cura dei pazienti oncologici, cardiologici ed ematologici, marzo 2021, https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/febbraio_2021/DOCUMENTO-AGENAS-FOCE.pdf
- Agenzia per la Coesione Territoriale, Linee guida per la definizione del Piano nazionale di ripresa e resilienza 2020, 18 settembre 2020, <https://www.agenziacoesione.gov.it/download/linee-guida-per-la-definizione-del-piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza/>
- Agenzia per la Coesione Territoriale, Programma POR FESR 2007-2013, Il borgo del benessere un'innovativa formula di ospitalità per la terza età e di valorizzazione immobiliare del patrimonio pubblico, Regione Molise https://www.agenziacoesione.gov.it/wp-content/uploads/2021/02/por_fesr_2007-2013_riccia_regione_molise.pdf
- ANCI Lazio, Federsanità Lazio, UPI Lazio e Regione Lazio (in collaborazione) Per un Comune sicuro, serie di webinar, <http://www.ancilazio.it/per-un-comune-sicuro-registrati-alle-giornate-di-formazione/>
- ANCI, Vecchi L. Bene lavoro Commissione su anziani. Riformare strutture per performance di qualità, <http://www.anci.it/vecchi-bene-lavoro-commissione-su-anziani-riformare-le-strutture-per-performance-di-qualita/>
- ANCI, Recovery plan, audizione Decaro: Finanziamenti diretti ai Comuni e personale per spendere bene, 1 marzo 2021, <http://www.anci.it/wp-content/uploads/Documento-audizione-Decaro-recovery-1-marzo-2021.pdf>
- ASL 3, Asl3 vicina al cittadino - La sanità a Km 0 nelle aree interne, 1 febbraio 2019, <https://www.asl3.liguria.it/archivio-comunicazioni/item/2233-asl3-vicina-al-cittadino-la-sanita%C3%A0-a-km-0-nelle-aree-interne.html>
- Borghi G. e Luzzi L., Rivoluzione “territorio” per la Sanità digitale: cominciamo dai medici di base, 25 settembre 2020, <https://www.agendadigitale.eu/sanita/rivoluzione-territorio-per-la-sanita-digitale-cominciamo-dai-medici-di-base/>
- Camera dei Deputati, Documentazione parlamentare, Studi - Affari sociali Welfare, Misure sanitarie per fronteggiare l'emergenza

- coronavirus, <https://temi.camera.it/temi/misure-sanitarie-per-fronteggiare-l-emergenza-coronavirus.html#finanziamento>
- Camera dei Deputati, Documentazione parlamentare, Studi - Affari sociali Welfare, I nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA), https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_aggiornamento_dei_livelli_essenziali_di_assistenza_lea.html
 - Camera dei Deputati, Dossier 25 gennaio 2021, PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - (PNRR) DOC. XXVII, N. 18 LA PROPOSTA DEL GOVERNO DEL 12 GENNAIO 2021, Parte I - Schede di lettura, http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/DFP25_parte_I.pdf?_1614591166548
 - Camera dei Deputati, Servizio Studi - Dipartimento Affari Sociali, Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale, Documentazione e ricerche n. 144, 1/03/2021, http://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/ASo207.htm?_1616059457576
 - Caritas italiana, Gli anticorpi della solidarietà, Rapporto 2020 http://szew.caritasitaliana.it/materiali/Rapporto_Caritas_2020/Report_CaritasITA_2020.pdf
 - Castrovilli L., Sindaci, social e pandemia. L'esperienza di Antonio Decaro, 25 febbraio 2021, <https://blog.ecostampa.it/sindaci-social-e-pandemia-lesperienza-di-antonio-decaro/>
 - Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Al via il nuovo Patto Salute 2019-2021: Bonaccini, "una giornata importante per tutti coloro che hanno davvero a cuore il futuro della sanità pubblica", <http://www.regioni.it/home/siglato-il-nuovo-patto-salute-2019-2021-2487/>
 - Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Patto per la salute 2019-2021: il testo, 7 gennaio 2020, <http://www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616/>
 - CSVnet, I Csv, il volontariato e la pandemia: "Ecco cosa abbiamo imparato" <https://www.csvnet.it/component/content/article/144-notizie/3794-i-csv-il-volontariato-e-la-pandemia-ecco-cosa-abbiamo-imparato?Itemid=893>
 - CSVnet, IL VOLONTARIATO E LA PANDEMIA. Pratiche, idee, propositi dei Centri di servizio a partire dalle lezioni apprese durante l'emergenza Covid-19, ESTATE 2020, Report sulla consultazione, <https://www.csvnet.it/phocadownload/pubblicazioni/Report%20Consultazione%20Csv-Covid.pdf>
 - Danzì M.A. e Di Folco M., Il potere di ordinanza dei Sindaci in regime di emergenza - Slide relative al webinar IFEL-Fondazione ANCI del 8 aprile 2020, <https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/10115-slide-il-potere-di-ordinanza-dei-sindaci-in-regime-di-emergenza>
 - Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
 - Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica, Strategia Nazionale per le Aree Interne, Febbraio 2021, <http://www.programmazioneeconomica.gov.it/2021/02/18/strategia-nazionale-delle-aree-interne/>
 - Dipartimento per le Politiche Europee, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Piano nazionale di ripresa e resilienza, 29/04/2021 <http://www.politicheeuropee.gov.it/it/comunicazione/approfondimenti/pnrr-approfondimento/>
 - Domenichini A., L'evoluzione del concetto di OneHealth: una decade di progressi e sfide per il futuro, n.2/2016 in https://sivemp.it/wp/wp-content/uploads/2019/03/file_1467116612.pdf
 - Epicentro ISS, Le nuove sfide nella gestione del COVID-19: l'esperienza dei Servizi di prevenzione, 3 settembre 2020, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-co-v-2-esperienza-servizi-prevenzione>

- Ferraresi M. e Gucciardi G., Covid-19, parlare a sindaco perché governo intenda, 27 dicembre 2020, <https://www.lavoce.info/archives/71483/covid-19-parlare-a-sindaco-perche-governo-intenda/>
- Garavaglia C. e Sancino A., Cosa possono imparare i Comuni dalla gestione dell'emergenza Covid-19? Spunti di riflessione dai Sindaci in EyesReg, Vol. 10, N. 5, Settembre 2020, <http://www.eyesreg.it/2020/cosa-possono-imparare-i-comuni-dalla-gestione-dellemergenza-covid-19-spunti-di-riflessione-dai-sindaci/>
- Governo italiano, Presidenza Consiglio dei Ministri, PNRR, le Comunicazioni del Presidente Draghi in Parlamento, 26 Aprile 2021, <https://www.governo.it/it/media/pnrr-comunicazioni-del-presidente-draghi-parlamento/16726>
- IFEL-Fondazione ANCI, Autonomia ed Epidemia. L'emergenza COVID-19. Testimonianze, impatti e nuovi paradigmi per i sistemi socio-assistenziali e dei lavori pubblici degli enti locali. Edizione Ottobre 2020, <https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/10469-autonomia-ed-epidemia-l-emergenze-covid-19-testimonianze-impatti-e-nuovo-paradigmi-per-i-sistemi-socio-assistenziali-e-dei-lavori-pubblici-degli-enti-locali>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2020, Invecchiamento attivo e condizione di vita degli anziani in Italia, <https://www.istat.it/it/files//2020/08/Invecchiamento-attivo-e-condizioni-di-vita-degli-anziani-in-Italia.pdf>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2021, La spesa dei comuni per i servizi sociali – 2018.
- Italia Longeva, ANNO 2020 STRESS-TEST DELLA LONG-TERM CARE: riflettori accesi su malattie croniche e fragilità, INDAGINE 2020 <https://www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2020/11/Indagine-2020-L-TC5-def-.pdf>
- Linee di indirizzo generali per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria dedicata alla popolazione anziana a cura della Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, dicembre 2020 http://www.anciabruzzo.it/wp-content/uploads/2021/02/Linee-di-indirizzo-general-Comm-Paglia_28_1_21.pdf
- Martire F., La centralità dei dati per un welfare che cambia: una sfida per la ricerca sociale, in La Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy, 3/2020, <https://www.ediesseonline.it/prodotto/rps-n-3-2020/>
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, I servizi sociali al tempo del Coronavirus, 7 luglio 2020, <https://www.lavoro.gov.it/notizie/pagine/i-servizi-sociali-al-tempo-del-coronavirus.aspx/>
- Ministero della salute, Esenzioni dal ticket, <http://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/dettaglioContenutiEsenzioni.jsp?lingua=italiano&id=4773&area=esenzioni&menu=vuoto>
- Network Non Autosufficienza, Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Una Proposta Aperta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 27 gennaio 2021, <https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2021/04/PROPOSTA-PNRR-NNA.pdf>
- Ottawa Charter for Health Promotion. Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute. Ottawa, Canada, 7-21 novembre 1986, https://www.dors.it/documentazione/testo/201509/Ottawa_1986_ita.pdf
- P Checcucci, Invecchiamento attivo e silver economy in Europa e in Italia, 2019, <http://oa.inapp.org/handle/123456789/411>
- Palumbo F e La Falce M.G., Aspetti teorici e applicativi dei Livelli Essenziali di Assistenza in campo sanitario in “I LEA alla prova dell'impatto col COVID”, 1 novembre 2020, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=89325
- Pellicanò G., I Comuni italiani al tempo

dell'emergenza – Il dialogo quotidiano Facebook tra sindaci e cittadini, 16 aprile 2020, <http://www.anci.it/i-comuni-italiani-al-tempo-dellemergenza-il-dialogo-quotidiano-facebook-tra-sindaci-e-cittadini/>

- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, #NEXTGENERATIONITALIA, approvato dal Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2021, https://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/PNRR_2021_o.pdf
- Regione Marche, Federsanità ANCI, Sviluppo di un modello gestionale che riguardi l'integrazione tra Ospedale e Territorio per la gestione della persona con cronicità in particolare da insufficienza di organo, CCM Network, <http://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/1870&idP=740>
- RELAZIONE AL PARLAMENTO 2020 (ai sensi della legge n. 243/2012, art. 6) Presentata dal Presidente del Consiglio dei Ministri Giuseppe Conte e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze Roberto Gualtieri al Consiglio dei Ministri il 24 aprile 2020, http://www.dt.mef.gov.it/modules/documenti_it/analisi_progammazione/documenti_programmatici/def_2020/Relazione_al_Parlamento.pdf
- STRATEGIA NAZIONALE AREE INTERNE – AREA PILOTA FORTORE “FOR CARE - Ambiente, Salute, Welfare”, 2020, https://officinadeigiornalisti.com/wp-content/uploads/2020/10/Strategia_Fortore_approvata.pdf
- Testo integrale dell'intervento del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, in videoconferenza, alla sessione di apertura della XXXVII Assemblea annuale ANCI, Palazzo del Quirinale, 17/11/2020, <https://www.quirinale.it/elementi/51150>
- Verbale Workshop organizzato da Fondazione IFEL, 16 dicembre 2020
- World Health Organization, UN Decade of Healthy Ageing 2021-2030, <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

La data dell'ultimo accesso alle URL citate è il 5 maggio 2021.

ISBN 978-88-6650-234-0



9 788866 502340