

La nuova legge regionale piemontese sull'assistenza

Giuseppe D'Angelo

Con la 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" – pubblicata sul *Bollettino ufficiale* n. 2 del 15 gennaio 2004 – la Regione Piemonte ha attuato il recepimento della legge nazionale 328/2000 sulla riforma dell'assistenza e dei servizi sociali (^{1[1]}).

Aspetti positivi e negativi

La nuova legge regionale ha indubbiamente un aspetto positivo: riconosce (finalmente!) diritti esigibili per alcuni soggetti in estreme condizioni di bisogno (^{2[2]}).

A tale elemento positivo occorre aggiungere il previsto trasferimento ai Comuni di tutte le attività assistenziali ancora in capo alle Province. Dall'altro versante, abbiamo purtroppo alcuni aspetti negativi, i principali dei quali sono: l'assenza di disposizioni volte alla prevenzione primaria dello stato di bisogno e dell'emarginazione sociale, le disposizioni sull'integrazione socio-sanitaria, che pongono difficoltà all'esigibilità dei diritti per i malati cronici non autosufficienti e per i soggetti con limitata o nulla autonomia perché colpiti da handicap, la mancanza di norme per il reale superamento dell'istituzionalizzazione delle persone deboli.

Ignorata la prevenzione primaria

Esaminiamo in primo luogo l'aspetto relativo all'assenza di norme volte alla prevenzione primaria dell'emarginazione sociale. In merito a ciò l'impostazione della legge regionale 1/2004 rispecchia fedelmente, purtroppo, quella della 328/2000. Per di più, costituisce un arretramento rispetto alla precedente legge piemontese di riferimento sull'assistenza, la n. 62/1995 (ora abrogata a seguito del riordino della legislazione di riferimento con l'entrata in vigore della 1/2004) che prevedeva alcune precise disposizioni per gli Enti locali atte a garantire il pieno soddisfacimento dei bisogni comuni a tutta la popolazione. Si trattava in particolare degli aspetti relativi alle esigenze di tipo socio-relazionale e di natura abitativa, nonché della promozione dell'inserimento lavorativo e dell'abolizione delle barriere architettoniche (^{3[3]}).

E' evidente che una vera attività di prevenzione si realizza se ogni settore d'interesse sociale, che si rivolge cioè a tutti i cittadini, è predisposto in modo da intervenire realmente per tutta la popolazione, ovvero anche nei riguardi dei soggetti deboli.

^(1[1]) La legge regionale 1/2004 nasce dal disegno di legge numero 407 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento" presentato l'8 aprile 2002 dalla Giunta regionale piemontese. In commissione il testo è stato licenziato con parere positivo (a maggioranza) in data 4 giugno 2003. Trasmesso al Presidente del Consiglio regionale in data 18 giugno 2003, sono stati presentati in aula emendamenti sul testo (relatore di maggioranza Pier Luigi Gallarini). L'approvazione si è avuta il 16 dicembre 2003 con 28 voti favorevoli, 4 voti contrari, 9 astenuti e 1 non votante. La legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1, è entrata in vigore in data 30 gennaio 2004.

^(2[2]) Occorre evidenziare che - seppur parzialmente - è stata accolta la richiesta presentata alla Regione Piemonte dal Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) di Torino di prevedere nel testo della nuova legge regionale il diritto esigibile alle prestazioni nei confronti delle persone in gravi difficoltà socio-economiche. In ogni caso occorrerà nel seguito accertare se tali diritti saranno rispettati dalle istituzioni al momento in cui verranno richieste le prestazioni.

^(3[3]) Cfr. gli articoli 4, 5, 6 e 7 della legge regionale piemontese 13 aprile 1995, n. 62, "Norme per l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali".

Appare chiaro che soddisfacendo anche per le fasce più deboli le necessità comuni a tutti i cittadini (ovverosia le prestazioni concernenti la sanità, l'istruzione, la casa, i trasporti, ecc., nonché il lavoro anche ai soggetti con handicap aventi adeguate capacità lavorative), si riduce il numero delle persone che per poter continuare a vivere sono costrette a rivolgersi all'assistenza. E' esclusivamente alle persone (minori in situazione di abbandono, persone con handicap intellettivo con limitata o nulla autonomia, ecc.) che non sono in grado di inserirsi autonomamente nella società pur beneficiando degli interventi appena sopra indicati, che devono essere garantiti gli interventi aggiuntivi dell'assistenza sociale (affidamenti e inserimenti presso famiglie e persone, centri diurni per soggetti con gravi menomazioni cognitive, comunità alloggio, ecc.).

Ricordiamo che *«la vera prevenzione del disagio, dell'emarginazione sociale e dell'esclusione sociale non può, salvo casi rarissimi, essere svolta dai settori dell'assistenza e dei servizi sociali»*. Tali settori difatti *«non hanno né strumenti né personale in grado di operare a livello di profilassi, di curare persone malate, di riabilitare i soggetti infortunati, di predisporre le strutture abitative, di provvedere all'istruzione dell'obbligo e superiore, di garantire i trasporti, ecc.»* ^(4[4]).

Questo orientamento, peraltro, si desume da una onesta lettura del dettato costituzionale e dall'attuazione di quei diritti rivolti esplicitamente a tutti i cittadini (citiamo, per esempio, i diritti al lavoro, all'istruzione, alla tutela della salute, alla libera circolazione, ecc.). Il diritto all'assistenza si aggiunge agli altri ed è pertanto rivolto fondatamente solo agli inabili al lavoro ^(5[5]). Or dunque, l'indirizzo poco sopra messo in evidenza è stato ignorato dalla legge nazionale 328/2000 nonché dimenticato dalla legge regionale 1/2004.

Aspetti negativi dell'integrazione dei servizi

A quanto pare, la legge regionale ritiene che, predisponendo una rete di servizi sociali integrati tra loro ed orientata a favore di tutti i cittadini, sia possibile superare le varie situazioni di disagio e di sofferenza.

Tale impostazione, seppur sostenuta – diversamente dalla legge 328/2000, come cercheremo di approfondire più avanti – dal riconoscimento di alcuni diritti azionabili, ha il rischio di caratterizzare il nuovo disposto normativo come strumento atto a monitorare e controllare l'emarginazione sociale e non ad evitarla e superarla ^(6[6]). Dunque non possono che suscitare perplessità le norme relative alla prevista integrazione dei vari settori con quello delle politiche sociali.

Nella legge regionale 1/2004 è disposto che i vari settori sociali (del lavoro, della formazione, della casa, ecc.) interagiscano in maniera coordinata ed integrata col settore delle politiche socio-assistenziali. Leggiamo difatti che *«le attività dirette al raggiungimento delle finalità»* della legge in oggetto da parte della Regione, delle Province e dei Comuni *«sono informate alle seguenti modalità operative: (...) coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari, dell'istruzione, della giustizia minorile, nonché con le politiche attive della formazione, del lavoro, delle politiche migratorie, della casa, della sicurezza sociale e degli altri servizi sociali del territorio»* (comma 2 dell'articolo 3, e comma 2 dell'articolo 14). Pure il previsto "piano di zona" (che vaglieremo più avanti) stabilisce che esso debba essere *«integrato nel più generale quadro delle politiche della sanità, dell'ambiente, dell'istruzione, della formazione, del lavoro, della casa, dei servizi, del tempo libero, dei trasporti e delle comunicazioni»* (articolo 17, comma 5).

^(4[4]) Cfr. Maria Grazia Breda, Donata Micucci, Francesco Santanera, *La riforma dell'assistenza e dei servizi sociali - Analisi della legge 328/2000 e proposte attuative*, Utet Libreria, Torino.

^(5[5]) Difatti, l'art. 38, primo comma, della Costituzione così si esprime: *«Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale»*.

^(6[6]) A questo proposito la legge regionale in oggetto pone una certa attenzione all'attivazione di strumenti volti all'osservazione ed al monitoraggio del disagio delle varie fasce della popolazione interessata, nonché alla raccolta e all'elaborazione dei dati sui bisogni. Si veda a questo proposito l'articolo 15 che disciplina il cosiddetto "Sistema informativo dei servizi sociali" da attuare come raccordo tra i vari enti locali per rispondere *«alle esigenze della programmazione, della gestione, della verifica e della valutazione delle politiche sociali»* oltre a voler essere *«strumento di conoscenza a disposizione di tutti i soggetti degli interventi sociali»*.

Come se ciò non bastasse, i criteri per il riparto delle risorse finanziarie previste dal fondo regionale «*sono finalizzati a privilegiare gli enti gestori (...) che realizzano la massima integrazione tra sanità e assistenza, nonché il coordinamento delle politiche dei servizi sociali con le politiche della casa, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro*» (articolo 35, comma 10). Dunque, v'è il pericolo che la nuova legge regionale anziché soddisfare direttamente le esigenze abitative, sanitarie, lavorative, ecc., di tutti i cittadini – al di là della loro condizione socio-economica – favorisca il trasferimento degli interventi rivolti ai soggetti più deboli negli ambiti socio-abitativo, socio-formativo, socio-lavorativo, e così via.

Se osserviamo, nell'ottica degli utenti, quanto di negativo è accaduto nel corso degli anni passati – ed ancora continua ad accadere – a seguito della nefasta trovata dell'integrazione socio-sanitaria, possiamo renderci conto della sorte che attende le fasce deboli nel caso in cui venisse esteso questo orientamento. Il rischio, evidentemente, è quello della riaffermazione delle problematiche emerse già con l'avvenuta integrazione tra il settore sanitario e quello assistenziale. In particolare:

- l'allontanamento dei soggetti deboli dai naturali settori di competenza rivolti a tutta la popolazione. Per esempio, il settore sanitario in materia di malati cronici non autosufficienti ha deciso – in genere e oramai da tempo – di non riconoscere la stessa pertinenza esercitata invece in occasione di pazienti acuti ^(7[7]); dunque una discriminazione in violazione anche all'articolo 3 della Costituzione che al primo comma afferma: «*Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali*»;
- lo scadimento del livello generale dei diritti e delle prestazioni. Nell'esempio appena sopra citato, i livelli di cura sono manifestamente superiori in una struttura sanitaria anziché in una Rsa/cronicario;
- aggiuntive attribuzioni di oneri economici all'utente (si veda, a proposito, il concorso da parte dell'utente al costo delle prestazioni cosiddette di “lungo-assistenza”); ecc.

Sul rischio di veder riprodotto l'approccio “integrato” negli altri settori, riportiamo due esempi.

La scuola oggi prevede – giustamente – che i soggetti con handicap debbano accedere nelle normali classi rivolte a tutti; domani non vorremmo che venissero ricostituite, con la scusa dell'integrazione “socio-scolastica”, le classi speciali per i soggetti con handicap o altre difficoltà. L'inserimento dei soggetti svantaggiati nelle normali aziende è un obiettivo importantissimo, in senso opposto all'articolo 14 del decreto legislativo 276/2003 che sancisce la loro emarginazione lavorativa nelle cooperative sociali ^(8[8]).

Previsti alcuni diritti esigibili

Come abbiamo già avuto modo di osservare, nella legge regionale piemontese n. 1/2004 è presente un importante elemento positivo. Si tratta del riconoscimento del diritto esigibile ai servizi ed alle prestazioni essenziali per le persone in condizioni di grave bisogno socio-economico (ciononostante occorre in ogni caso esprimere riserve in merito alle cosiddette prestazioni ad integrazione socio-sanitaria, che vedremo più avanti). Si tratta di una sostanziale novità rispetto alla legge 328/2000 che, com'è risaputo, ha previsto solo delle “priorità” all'accesso al sistema dei servizi per le persone in determinate situazioni di disagio, non riconoscendo alcun nuovo diritto. ^(9[9])

Cerchiamo, pertanto, nel seguito del presente articolo di approfondire questo rilevante aspetto della nuova legge regionale andando a verificare i punti chiave del provvedimento: chi ha diritto ai servizi previsti, chi ha il dovere di predisporli, come devono essere finanziati gli interventi, e così via, secondo il collaudato metodo della *Scuola dei diritti* della Fondazione promozione sociale. ^(10[10])

^(7[7]) Come abbiamo più volte rilevato, il settore sanitario trasferisce al settore socio-sanitario i malati cronici non autosufficienti. Detto settore è caratterizzato dall'assenza di diritti esigibili in materia di prestazioni domiciliari e dalla presenza di lunghe liste di attesa, anche di 18-24 mesi, per l'accesso alle Rsa - Residenze sanitarie assistenziali.

^(8[8]) Cfr. “L'inserimento lavorativo dei soggetti con handicap: le gravi ripercussioni negative dell'articolo 14 del decreto legislativo 276/2003”, *Prospettive assistenziali*, 146, 2004.

^(9[9]) Cfr. “Anche l'esperta dell'ex Ministro Livia Turco riconosce che nella legge 328/2000 non vi sono diritti esigibili, anzi”, *Prospettive assistenziali*, 135, 2001.

^(10[10]) Per approfondimenti sul metodo e sui criteri da impiegare per una valutazione oggettiva e corretta di leggi e delibere, nonché per informazioni sulla Scuola dei diritti, si consiglia la consultazione del sito web <http://www.fondazionepromozionesociale.it>

Gli aventi diritto

L'articolo 22 della legge regionale 1/2004 al comma 1 prevede quanto segue: *«La Regione identifica nel bisogno il criterio di accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali e riconosce a ciascun cittadino il diritto di esigere, secondo le modalità previste dall'ente gestore istituzionale, le prestazioni sociali di livello essenziale (...) previa valutazione dell'ente medesimo e secondo i criteri di priorità di cui al comma 3»*. Dunque, appare previsto il diritto esigibile alle prestazioni sociali di livello essenziale. Tale diritto è volto a ciascun cittadino in funzione della valutazione delle sue necessità nonché secondo priorità stabilite. A rafforzare tale diritto è stabilito, inoltre, che *«contro l'eventuale motivato diniego e' esperibile il ricorso per opposizione allo stesso ente competente per l'erogazione della prestazione negata»*.

Nello stesso articolo 22, ma al comma 2, è poi specificato che hanno diritto di fruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato regionale d'interventi e servizi sociali *«i cittadini residenti nel territorio della Regione Piemonte, i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, gli stranieri individuati ai sensi dell'articolo 41 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero), i minori stranieri non accompagnati, gli stranieri con permesso di soggiorno per motivi di protezione sociale, i rifugiati e richiedenti asilo e gli apolidi»*.

Al comma 2 dell'articolo 39 è inoltre previsto che *«l'organizzazione e l'erogazione degli interventi socio-assistenziali non differibili caratterizzati da motivi di urgenza sono effettuati dal Comune nel cui territorio il destinatario degli interventi stessi dimora; gli oneri relativi gravano sul Comune di residenza»*.

L'integrazione socio-sanitaria

In relazione all'esigibilità del diritto, la situazione appare subito meno chiara per quei servizi e prestazioni guarda caso (!) ad integrazione socio-sanitaria. Difatti, nella legge 1/2004 è specificatamente stabilito che per tali servizi è la Giunta regionale che, con propria deliberazione *«fornisce indicazioni relative alle prestazioni essenziali ad integrazione socio-sanitaria, determinandone gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione, di funzionamento e di finanziamento»* (articolo 20, comma 1). Dunque, le prestazioni essenziali relative al settore dell'integrazione socio-sanitaria possono essere diverse rispetto a quelle previste per gli interventi e servizi sociali (indicate queste ultime nell'articolo 18) ^(11[11]). Inoltre, poiché gli obiettivi non sono precisati nella legge n. 1/2004, viene dato un mandato praticamente senza condizioni alla Giunta regionale.

Ricordiamo che tra le prestazioni afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria rientrano quelle concernenti l'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale a favore dei soggetti con handicap e limitata o nulla autonomia, nonché degli anziani non autosufficienti, dei malati di Alzheimer e degli altri soggetti colpiti da demenza senile. Si tratta dunque di un numero consistente di persone, estremamente più elevato degli altri soggetti assistiti (i minori in difficoltà, i nuclei familiari in situazione di disagio, ecc.).

Nella sostanza, gli interventi relativi al settore dell'integrazione socio-sanitaria dovrebbero riguardare le prestazioni comprese nei Lea - Livelli essenziali di assistenza, che la Regione Piemonte ha in parte già determinato con deliberazione della Giunta regionale del 23 dicembre 2003, n. 51 (peraltro attualmente in corso di revisione). Le prestazioni sopra accennate, sulla base dell'articolo 54 della legge 289/2002 (finanziaria 2003) che ha altresì elevato a rango di legge il Dpcm (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) sui Lea, devono essere garantite dal Servizio sanitario nazionale.

Ma le medesime prestazioni, ovverosia quelle concernenti il *«soddisfacimento delle esigenze di tutela residenziale e semiresidenziale delle persone non autonome e non autosufficienti»* (articolo 18, comma 1,

^(11[11]) A conferma di quanto riportato ricordiamo che nella legge finanziaria 2004 della Regione Piemonte (legge regionale 14 maggio 2004, n. 9) in merito agli interventi sociosanitari a sostegno degli anziani non autosufficienti è previsto all'articolo 23 che *«gli indirizzi programmatici sulla gestione delle risorse che la Regione a tal scopo destina nell'anno 2004 per il finanziamento delle Aziende sanitarie regionali (ASR) e quale contributo agli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, sono disposti dalla Giunta regionale su proposta degli Assessori alla sanità e alle politiche sociali»*.

lettera c), rientrano pure tra le cosiddette prestazioni di livello essenziale che, secondo la legge regionale in oggetto, devono essere garantite dai Comuni (articolo 19, comma 2). E per tali prestazioni la legge regionale prevede che il cosiddetto piano di zona debba trovare nella parte relativa alle attività di integrazione socio-sanitaria «*obbligatoria corrispondenza nella parte dei programmi di attività distrettuale contenuta nei piani attuativi aziendali*» (articolo 17, comma 6). Ancor più, in relazione ai duplici ambiti costituiti da Asl e Comuni, «*al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi*», è previsto che le relative attività siano «*realizzate con modalità operative condivise dai settori sanitario e sociale*»; inoltre, è considerata la nomina di un responsabile del procedimento con lo scopo di stabilire un riferimento di competenza per l'utente (articolo 20, comma 3). La macchinosità e l'ambiguità di fondo delle citate norme regionali lascia spazio alla prosecuzione dell'attuale drammatica situazione caratterizzata dalle dimissioni – spesso selvagge – dagli ospedali delle persone (anche non anziane) colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza, con la conseguente messa a carico dei soggetti coinvolti e dei loro congiunti di rilevanti oneri economici. ^(12[12])

Priorità di accesso

All'articolo 22, comma 3, è disposto che «*accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali*» tutti i soggetti che si trovano in «*condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, i minori, specie se in condizioni di disagio familiare*». L'accesso ai servizi, come abbiamo già accennato, deve essere «*realizzato attraverso una valutazione del bisogno*» (articolo 23, comma 3). Per le «*persone e famiglie in condizioni di fragilità, di non autosufficienza o di dipendenza*» sono inoltre previsti (articolo 23, comma 2) interventi di «*orientamento e accompagnamento*». Occorrerà in ogni caso verificare, nel momento in cui il cittadino bisognoso richiederà il servizio, se da parte delle istituzioni interessate sarà rispettato il dovere all'erogazione delle relative prestazioni. L'esperienza ha spesso dimostrato che laddove il soggetto coinvolto è soggetto “debole”, il diritto previsto dalle disposizioni di legge non trova adeguata applicazione; è necessaria, quindi, una forte “pressione” da parte di gruppi o associazioni (ma anche di singoli cittadini) affinché siano rispettate le esigenze ed i diritti dei più bisognosi.

Comunque sia, nel riconoscere il diritto alle prestazioni a coloro che sono in stato di bisogno, la nuova legge regionale supera di fatto le disposizioni ancora vigenti previste con gli articoli 154 e 155 del regio decreto n. 773/1931, disposizioni che, in ogni caso, potranno essere utilizzate dai cittadini qualora i Comuni non assumessero i provvedimenti di loro competenza ^(13[13]).

Compiti dei Comuni

Ai sensi dell'articolo 6, comma 1, della legge regionale 1/2004, i Comuni «*sono titolari delle funzioni concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale, anche mediante l'elaborazione di proposte per la definizione del piano regionale degli interventi e dei servizi sociali*». Esercitano inoltre «*le funzioni in materia di servizi sociali già di competenza delle Province (...)*» – funzioni delle quali diremo più avanti – «*elaborano ed adottano, mediante un accordo di programma, i piani di zona; adottano la carta dei servizi (...); garantiscono ai cittadini l'informazione sui servizi attivati, l'accesso ai medesimi e il diritto di partecipare alla verifica della qualità dei servizi erogati*». Sono altresì titolari «*delle funzioni amministrative relative all'autorizzazione, alla vigilanza e all'accreditamento dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale o semiresidenziale*».

^(12[12]) Durante il periodo di attesa per l'accesso alle Rsa (18-24 mesi) le somme occorrenti per le cure domiciliari o per il ricovero possono ammontare anche a 40-70 mila euro.

^(13[13]) Cfr. Massimo Dogliotti, “I minori, i soggetti con handicap, gli anziani in difficoltà ... «pericolosi per l'ordine pubblico» hanno ancora diritto ad essere assistiti dai Comuni”, *Prospettive assistenziali*, n. 135, 2001.

Cfr. inoltre gli articoli “L'assistenza alle persone in difficoltà e il «dopo di noi» devono essere garantiti dai Comuni in base alle leggi vigenti”, *Ibidem*, n. 136, 2001, “Obblighi assistenziali dei Comuni in un decreto del tribunale per i minori di Messina”, *Ibidem*, n. 138, 2002.

I Comuni devono anzitutto assicurare i livelli essenziali delle prestazioni (elencati nell'articolo 18) che *«costituiscono la risposta minima ed omogenea che (...) tramite gli enti gestori istituzionali sono tenuti a garantire su tutto il territorio piemontese»* (articolo 19, comma 2).

Trasferimento delle competenze dalle Province ai Comuni

Un'altra importante questione affrontata dalla legge regionale n. 1/2004, è il trasferimento ai Comuni di tutte le competenze assistenziali attualmente in carico alle Province, vale a dire quelle relative *«ai non vedenti, agli audiolesi, ai figli minori riconosciuti dalla sola madre, ai minori esposti all'abbandono, ai figli minori non riconosciuti ed alle gestanti e madri in difficoltà»*. Detto trasferimento deve essere eseguito mettendo a disposizione dei Comuni *«le risorse umane, patrimoniali e finanziarie utilizzate alla data di entrata in vigore della legge nazionale»* dalle Province. Inoltre, le Province dovranno attuare le procedure per la mobilità del personale in servizio. Per gli addetti che non accetteranno il trasferimento ai Comuni, le Province dovranno corrispondere agli stessi Comuni le somme *«equivalenti in danaro»*. Con l'assunzione da parte dei Comuni di tutte le funzioni assistenziali, si mette la parola fine all'odiosa discriminazione degli interventi assistenziali rivolti ai minori nati nel o fuori dal matrimonio, ai non vedenti ed agli audiolesi. E' inoltre previsto (articolo 58, comma 2) che *«la Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, adotta, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, linee guida per gli enti gestori istituzionali per l'esercizio delle competenze relative agli interventi socio-assistenziali nei confronti delle gestanti e delle madri in condizione di disagio individuale, familiare e sociale, compresi quelli volti a garantire il segreto del parto alle donne che non intendono riconoscere i figli, e gli interventi a favore dei neonati nei primi sessanta giorni di vita»*.

Obiettivi degli interventi

In merito agli obiettivi il primo comma dell'articolo 18 della legge 1/2004 così si esprime: *«Il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali fornisce risposte omogenee sul territorio finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi: a) superamento delle carenze del reddito familiare e contrasto della povertà; b) mantenimento a domicilio delle persone e sviluppo della loro autonomia; c) soddisfacimento delle esigenze di tutela residenziale e semiresidenziale delle persone non autonome e non autosufficienti; d) sostegno e promozione dell'infanzia, della adolescenza e delle responsabilità familiari; e) tutela dei diritti del minore e della donna in difficoltà; f) piena integrazione dei soggetti disabili; g) superamento, per quanto di competenza, degli stati di disagio sociale derivanti da forme di dipendenza; h) informazione e consulenza corrette e complete alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi; i) garanzia di ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli di assistenza, secondo la legislazione vigente.»*.

Il secondo comma dello stesso articolo 18 precisa inoltre che le prestazioni ed i servizi essenziali per assicurare risposte adeguate alle finalità sopra elencate sono i seguenti: *«a) servizio sociale professionale e segretariato sociale; b) servizio di assistenza domiciliare territoriale e di inserimento sociale; c) servizio di assistenza economica; d) servizi residenziali e semiresidenziali; e) servizi per l'affidamento e le adozioni; f) pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari»*. Le suddette prestazioni essenziali *«costituiscono la risposta minima ed omogenea che i Comuni tramite gli enti gestori istituzionali sono tenuti a garantire su tutto il territorio piemontese»* (articolo 19, comma 2).

Come risulta evidente dall'analisi dei sopra riportati articoli 18 e 19 della legge 1/2004, gli obiettivi dei servizi sociali sono indicati in modo generico; ciò lascia ai Comuni, singoli e associati, la possibilità di interpretarli anche in modo difforme rispetto alle esigenze delle persone e dei nuclei familiari in difficoltà. Alcuni esempi in proposito. L'obiettivo del *«superamento delle carenze del reddito familiare e contrasto alla povertà»* può essere perseguito secondo modalità assai diverse: si può intervenire sulle cause, operando per la promozione dell'inserimento lavorativo del soggetto disoccupato con handicap lieve, oppure si può operare confinandolo in una struttura assistenziale (laboratorio protetto, centro diurno, ecc.). Se il soggetto invecchia è impossibilitato a causa delle sue condizioni di salute a svolgere qualsiasi attività proficua, si può – come avviene sovente ancora oggi – sfruttare i legami affettivi e scaricare gli interventi sui suoi congiunti, oppure lo

si può considerare un cittadino avente diritti autonomi a cui il Comune singolo o associato garantisce il necessario economico per vivere (^{14[14]}).

Altro aspetto negativo delle norme riguardanti gli obiettivi, è la mancata definizione delle priorità di intervento a cui dovrebbero essere vincolati gli enti gestori, definizione che dovrebbe essere stabilita in modo da garantire agli assistiti la massima autonomia possibile. Ad esempio è evidente che le prestazioni domiciliari assicurano ai soggetti in difficoltà una libertà di azione di gran lunga superiore e qualitativamente molto diversa rispetto al ricovero in istituto.

Al riguardo ricordiamo che nella delibera (promossa dal Csa) approvata dal Consiglio comunale di Torino in data 14 settembre 1976, dopo aver precisato la necessità della «*messa a disposizione dei servizi primari (asilo nido, scuola materna, scuola dell'obbligo, casa, trasporti, ...) in modo da eliminare o ridurre le cause che provocano le richieste di assistenza*» erano individuate le seguenti priorità: assistenza domiciliare, assistenza economica, attività relative alla segnalazione dei minori in situazione di abbandono e adempimenti relativi all'adozione, affidamenti educativi di minori, affidamenti assistenziali di interdetti, inserimenti familiari di handicappati adulti ed anziani, istituzione di comunità alloggio.

L'istituzionalizzazione delle persone deboli

Un aspetto critico della nuova legge regionale è inoltre l'assenza di compiti precisi affidati ai Comuni, singoli e associati, volti al superamento dell'istituzionalizzazione dei soggetti deboli. Questa carenza peraltro mette ancora in evidenza la preoccupante genericità degli obiettivi elencati dall'articolo 18 e riportati nel precedente paragrafo. Per le strutture assistenziali residenziali non sono neppure previsti standard migliorativi (per esempio dal punto di vista della loro capienza) rispetto a quelli stabiliti dalla normativa statale in materia. Infatti, la legge regionale 1/2004 rimanda ad una disposizione della Giunta regionale per provvedere «*a classificare le strutture residenziali e semiresidenziali, a individuare i relativi requisiti strutturali, gestionali e organizzativi, e a definire i tempi per l'adeguamento delle strutture esistenti, secondo quanto previsto dalla normativa vigente*» (articolo 37, comma 2). Ricordiamo che per i disabili il decreto ministeriale del 21 maggio 2001, n. 308, prevede strutture con capienza sino a 20 posti letto e, soprattutto, non vieta gli accorpamenti di più strutture; con ciò i vecchi e superati istituti potranno continuare ad esistere purché stabiliscano una suddivisione interna in gruppi aventi non più di 20 posti letto. (^{15[15]})

Inoltre, la legge piemontese n. 1/2004 attribuisce alla Giunta regionale «*la facoltà di individuare uno specifico regime in ordine ai tempi e alle modalità di adeguamento di strutture esistenti gestite da soggetti senza fini di lucro caratterizzate da una dimensione rilevante, da modalità organizzative adeguate ad una ottimale risposta ai bisogni di particolari tipologie di utenza e comprovate dal ruolo storico che tali soggetti hanno svolto nel tempo*». Pertanto, appare rivolta un'attenzione particolare alle esigenze proprie delle strutture – anche se di grosse dimensioni – anziché ai loro utenti. Ciò è assai sconcertante e lascia pure poche speranze in riferimento ad una reale volontà di predisporre iniziative valide per la prevenzione dell'istituzionalizzazione. Questa nostra constatazione è, purtroppo, confermata dalla deliberazione n. 60-11842 assunta dalla Giunta regionale piemontese il 23 febbraio 2004 – subito dopo l'entrata in vigore della legge 1/2004 – in base alla quale la “Piccola Casa della Divina Provvidenza”, e cioè il Cottolengo, è autorizzato a continuare (fra l'altro *sine die* in violazione delle disposizione del citato decreto ministeriale n. 308/2001) ad operare nonostante la rilevantissima (e quindi assolutamente negativa) capienza della propria struttura (in quella di Torino i ricoverati sono addirittura 600).

I piani di zona

L'articolo 17, primo comma, della legge regionale 1/2004 stabilisce, ai sensi dell'articolo 19 della legge 328/2000, che i Comuni (singoli o associati) «*a tutela dei diritti della popolazione*» nonché d'intesa con le Asl per quanto attiene alle attività di integrazione socio-sanitaria, devono provvedere «*a definire il piano di*

(^{14[14]}) Si veda la delibera, proposta dal Csa ed approvata dal Consiglio comunale di Torino in data 21 giugno 1978 in cui era previsto (la norma è sostanzialmente ancora in vigore) l'erogazione del “minimo vitale” agli ultrasessantacinquenni ed ai soggetti impossibilitati a procacciarsi le risorse occorrenti per vivere. Detta delibera prevedeva la concessione del “minimo alimentare” per le altre persone in gravi difficoltà economiche.

(^{15[15]}) Cfr. “Decreto sui requisiti delle strutture assistenziali diurne e residenziali, *Prospettive assistenziali*, 136, 2001.

zona». Detto piano «*rappresenta lo strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza*» nonché «*lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali*».

Predisposto previa concertazione con i soggetti del terzo settore e con quelli di cui all'articolo 1, comma 6, della legge 328/2000 (^{16[16]}), il piano di zona comprende una serie di contenuti, tra i quali: «*a) la conoscenza e l'analisi dei bisogni della popolazione, nonché le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo; b) l'individuazione, la qualificazione e la quantificazione delle risorse pubbliche del terzo settore e private, disponibili ed attivabili; c) la definizione degli obiettivi strategici e delle priorità cui finalizzare le risorse disponibili; d) la strutturazione dei servizi e la tipologia delle prestazioni (...); i) i criteri di qualità delle prestazioni, le modalità di approvazione congiunta dei progetti individualizzati, le facilitazioni all'accesso da parte dei cittadini e ogni altro elemento ritenuto necessario ad elevare la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate; j) la definizione del sistema di monitoraggio e verifica*» (articolo 17, comma 7). Il piano di zona, ricordiamo, è «*approvato tramite accordo di programma promosso e approvato dal legale rappresentante dell'ente gestore al quale il piano di zona afferisce*» (articolo 17, comma 2). A tale accordo «*stipulato per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie*», partecipano i relativi Comuni, singoli o consorziati, le Asl, nonché «*le aziende pubbliche di servizi alla persona, i soggetti del terzo settore che concorrono investendo direttamente proprie risorse umane, finanziarie o patrimoniali nella realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, nonché la Provincia, per i servizi di supporto e di area vasta svolti dalla medesima*» (articolo 17, comma 9). Il comma 10, sempre dell'articolo 17, afferma inoltre che «*gli enti e le amministrazioni pubbliche che stipulano l'accordo di programma hanno l'obbligo di rispettarlo in ogni sua parte e non possono compiere validamente atti successivi che violino ed ostacolino l'accordo o che contrastino con esso*».

L'articolo 17 al comma 5 stabilisce che il piano di zona dei servizi sociali deve essere «*integrato nel più generale quadro delle politiche della sanità, dell'ambiente, dell'istruzione, della formazione, del lavoro, della casa, dei servizi, del tempo libero, dei trasporti e delle comunicazioni*». A questo proposito «*la parte dei piani di zona relativa alle attività di integrazione socio sanitaria trova obbligatoria corrispondenza nella parte dei programmi di attività distrettuale contenuta nei piani attuativi aziendali per garantire la preventiva convergenza di orientamenti dei due comparti interessati, l'omogeneità di contenuti, tempi e procedure*» (articolo 17, comma 6). In ogni caso, affinché il piano di zona non rimanga uno sterile documento (^{17[17]}) che elenca servizi ed interventi – magari anche in forma generica – che possono o meno essere attivati, occorrerebbe prevedere a livello comunale o consortile una delibera specifica che garantisca ai soggetti più deboli il preciso soddisfacimento delle loro esigenze (^{18[18]}).

Ambiti di gestione

Come abbiamo già visto più sopra, i Comuni sono i «*titolari delle funzioni concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale*» (articolo 6, comma 1). A questo proposito la Regione «*individua nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei Comuni e prevede incentivi finanziari a favore dell'esercizio associato delle funzioni e della erogazione della totalità delle prestazioni essenziali*» (articolo 9, comma 1).

Tuttavia, è previsto che vengano obbligatoriamente gestite in forma associata solo «*le attività sociali a rilievo sanitario per la tutela materno-infantile e dell'età evolutiva nonché per adulti ed anziani con limitazione dell'autonomia, le attività di formazione professionale del personale dei servizi sociali e quelle relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza sui servizi e sulle strutture*» (articolo 9, comma 5).

(^{16[16]}) Ricordiamo che l'articolo 1 comma 6 della legge 328/2000 prevede quanto segue: «*La presente legge promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti*» senza però prevedere misure nei casi di inadempienza da parte delle istituzioni.

(^{17[17]}) Cfr. «I diritti dei cittadini in difficoltà ed il miraggio dei piani di zona», *Prospettive assistenziali*, n. 137, 2002.

(^{18[18]}) Cfr. «Proposta di delibera da collegare al Piano di zona», *Prospettive assistenziali*, 145, 2004, e «Documento di sintesi per un piano di zona», *Ibidem*, 146, 2004.

Come si è già verificato negli anni scorsi, e come avviene tuttora, la mancata obbligatorietà della gestione associata di tutte le competenze continuerà a creare delle difficoltà, a volte anche notevoli, per i cittadini ed i nuclei familiari in difficoltà, anche a causa dei conflitti che insorgono inevitabilmente fra Comuni e Consorzi circa la competenza ad intervenire ed il conseguente carico economico relativo alle prestazioni ed al personale addetto. L'articolo 8, inoltre, stabilisce che *«al fine di assicurare la migliore integrazione con i servizi sanitari, la Regione individua gli ambiti territoriali dei distretti sanitari o di multipli degli stessi quale ambito ottimale per la gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali»*. Tale disposizione potrà comportare per i Comuni consorziati l'onere della revisione dei loro assetti istituzionali, qualora il loro nuovo ambito territoriale non corrisponda a quello attuale.

La copertura economica

Abbiamo visto come gravano sui Comuni gli oneri concernenti gli interventi socio-assistenziali. A questo proposito la nuova legge regionale prevede che *«il sistema integrato degli interventi e servizi sociali»* sia *«finanziato dai Comuni, con il concorso della Regione e degli utenti, nonché dal fondo sanitario regionale per le attività integrate socio-sanitarie»* (articolo 35, comma 1). In merito alle dotazioni di natura economica che devono poter permettere l'erogazione delle prestazioni di livello essenziale più sopra elencate, è stabilito in maniera chiara che i Comuni *«garantiscono risorse finanziarie»* in maniera tale da assicurare *«il raggiungimento di livelli di assistenza adeguati ai bisogni espressi dal proprio territorio»* (articolo 35, comma 2).

In ogni caso *«la Giunta regionale, di concerto con i Comuni singoli o associati, individua una quota capitaria sociale necessaria per assicurare i livelli essenziali e omogenei delle prestazioni»*.

Inoltre, aspetto molto positivo, è stabilito che *«i Comuni che partecipano alla gestione associata dei servizi»* (è il caso dei Consorzi) *«sono tenuti ad iscrivere nel proprio bilancio le quote di finanziamento stabilite dall'organo associativo competente e ad operare i relativi trasferimenti in termini di cassa alle scadenze previste dagli enti gestori istituzionali»* (articolo 35, comma 3). Quanto sopra costituisce un ribaltamento totale delle disposizioni previste dalla legge 328/2000 che, come si sa, prevede che gli interventi sociali siano forniti solo in relazione alle risorse disponibili, norme molto spesso strumentalizzate dai Comuni singoli e consorziati per non erogare prestazioni anche indispensabili per gli utenti.

Per quanto riguarda la Regione, invece, essa concorre al finanziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali attraverso proprie specifiche risorse e con un intervento di tipo contributivo rispetto all'intervento primario comunale. Tali risorse annuali, che *«sono almeno pari a quelle dell'anno precedente, incrementate del tasso di inflazione programmato»* (articolo 35, comma 6), confluiscono in uno specifico fondo regionale assieme alle risorse indistinte trasferite dallo Stato e dalle Province, nonché quelle provenienti da soggetti pubblici e privati (articolo 35, comma 7). Il citato fondo regionale è *«annualmente ripartito tra i Comuni singoli o associati»* (articolo 35, comma 8) destinando prioritariamente le risorse a quelle *«gestioni locali conformi, sul piano progettuale, organizzativo ed operativo, alle indicazioni e agli obiettivi fissati dalla Regione»* (articolo 35, comma 9). Allo stesso scopo *«i criteri per il riparto del fondo regionale sono finalizzati a privilegiare gli enti gestori istituiti entro gli ambiti territoriali ottimali individuati dalla Regione (...) prevedendo anche eventuali disincentivi per la gestione in ambiti territoriali diversi»* (19[19]).

(19[19]) Inoltre, sono previste agevolazioni economiche per i seguenti soggetti gestori *«a) enti che assumono la gestione complessiva degli interventi e servizi sociali di livello essenziale; b) enti che assicurano i livelli essenziali e uniformi delle prestazioni spostando l'attenzione dalla domanda espressa ai bisogni rilevati; c) enti che favoriscono la diversificazione e la personalizzazione degli interventi; d) enti che promuovono la partecipazione effettiva di tutti i soggetti pubblici e privati e delle famiglie nella progettazione e nella realizzazione del sistema; e) enti che assicurano, in via prioritaria, la risposta alle esigenze di persone portatrici di bisogni gravi; f) enti che realizzano la massima integrazione tra sanità e assistenza, nonché il coordinamento delle politiche dei servizi sociali con le politiche della casa, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro; g) enti che garantiscono, attraverso l'attuazione di forme di controllo direzionale e di analisi costante delle attività in corso di gestione, la corrispondenza dei risultati effettivamente conseguiti con gli obiettivi prefissati nella fase programmatoria, in termini di efficacia ed efficienza dei servizi e delle prestazioni ed assicurano un impegno finanziario dei comuni adeguato a sostenere le spese necessarie per fornire idonee risposte ai bisogni del territorio»* (articolo 35, comma 10).

Per quanto riguarda, invece, le risorse finanziarie per gli investimenti, la Regione «*promuove la realizzazione della rete delle strutture sociali, socio-assistenziali e socio-sanitarie a ciclo residenziale e semiresidenziale con l'obiettivo del riequilibrio territoriale, dell'adeguamento agli standard definiti dalla normativa vigente e della realizzazione di servizi innovativi*» (articolo 37, comma primo). Mentre sono chiare e largamente individuabili le norme sopra citate relative al “sistema integrato di interventi e servizi sociali”, nulla è previsto per il settore dell'integrazione socio-sanitaria il cui numero di utenti è largamente superiore a quello degli aventi diritto alle prestazioni socio-assistenziali

Contribuzioni economiche a carico degli utenti

In merito al previsto concorso dell'utente al costo del servizio e della prestazione sociale, la legge regionale n. 1/2004 pur prevedendo il diritto esigibile alle prestazioni per alcuni soggetti in estremo condizioni di bisogno, nonché affermando a più riprese il ruolo centrale della famiglia considerata come importante risorsa da sostenere e valorizzare (cfr. tra gli altri l'articolo 3, comma c, punto b), prevede purtroppo la possibilità di introdurre strumenti diversi da quelli esistenti per la valutazione della situazione economica del richiedente con riferimento al suo nucleo familiare (articolo 40, comma 1).^(20[20]) Al riguardo della compartecipazione al costo delle prestazioni, oggi sono chiare le disposizioni normative in merito alle quali non è dato agli enti pubblici di pretendere contributi economici dai congiunti non conviventi con gli assistiti, nonché dai parenti, anche se conviventi, dei soggetti maggiorenni con handicap in situazione di gravità e degli ultra-sessantacinquenni non autosufficienti. Ciononostante, le suddette disposizioni, tranne alcune eccezioni (ricordiamo per esempio il Comune di Torino e diversi enti locali della prima e seconda cintura del capoluogo piemontese), sono disattese dalla maggior parte dei Comuni della Regione Piemonte nonché dell'intero territorio nazionale.

La legge regionale 1/2004, pur citando i decreti legislativi 109/1998 e 130/2000 da' facoltà, non ammessa dalle vigenti leggi, alla Giunta regionale di introdurre strumenti diversi da quelli previsti dalle sopra citate norme nazionali. Proprio a causa del rischio che la Giunta regionale assuma iniziative contrastanti con le attuali leggi dello Stato, è stata avviata la seconda petizione popolare sui contributi economici.^(21[21])

Ricordiamo, inoltre, che la legge regionale n. 62/1995 precedentemente citata (ora abrogata) all'articolo 46 prevedeva esplicitamente che nel concorso dell'utente al costo del servizio andava in ogni caso riservata una quota di reddito per esigenze personali. Per di più, a questo proposito la legge 328/2000 ha previsto l'ammontare di tale quota pari al 50% del reddito minimo di inserimento (cfr. articolo 24, comma 1, lettera g). Purtroppo la legge 1/2004 non contiene alcun riferimento alle suddette disposizioni.

Compiti delle Province

Tra i compiti assegnati alle Province (articolo 5) ricordiamo gli uffici di pubblica tutela, nonché le competenze in materia di cooperative sociali ed organizzazioni di volontariato. In particolare, gli uffici di pubblica tutela, previsti dalla legge 328/2000 all'articolo 8 comma 4, e già contemplati (ma non attivati) con la legge regionale piemontese n. 5/2001, sono rilanciati dalla legge in oggetto che attribuisce alle Province la funzione di «*istituzione, con le modalità e secondo i criteri stabiliti dalla Giunta regionale, informata la competente commissione consiliare, dell'ufficio provinciale di pubblica tutela, con compiti di supporto a favore dei soggetti ai quali e' conferito dall'autorità giudiziaria l'esercizio delle funzioni di tutore*».

Segnaliamo inoltre che l'articolo 35, al comma 8, prevede che parte del fondo regionale «*può essere ripartito tra le Province per lo svolgimento delle funzioni e dei compiti svolti dalle stesse a supporto degli enti locali interessati e per il funzionamento dell'ufficio provinciale di pubblica tutela*».

^(20[20]) Riportiamo il primo comma dell'articolo 40 che così recita: «*La compartecipazione degli utenti ai costi si applica ai servizi ed alle prestazioni sociali richieste prevedendo la valutazione della situazione economica del richiedente, con riferimento al suo nucleo familiare, attraverso il calcolo degli indicatori della situazione economica equivalente o attraverso altri strumenti individuati dalla Regione*».

^(21[21]) Cfr. “Un'altra petizione popolare contro le illegittime richieste di contributi economici avanzate da Comuni e Asl del Piemonte ai congiunti degli assistiti maggiorenni”, *Prospettive assistenziali*, n. 145, 2004.

Ricordiamo che i suddetti uffici provinciali nascono per risolvere l'evidente situazione di incompatibilità nei casi in cui le funzioni di tutela siano assegnate ai Comuni, o ai relativi Consorzi, ove pertanto il tutore svolge contemporaneamente funzioni di controllore e di controllato. È auspicabile che ad essi vengano assegnati anche i compiti di informazione/formazione dei tutori che non sempre sono in grado di svolgere correttamente le funzioni ad essi assegnate dalla legge (^{22[22]}).

L'informazione

In merito alla tematica dell'informazione, l'articolo 3, comma 2, lettera b, della legge piemontese 1/2004 prevede l'informazione ai cittadini «*dei servizi offerti e del loro accesso ai servizi medesimi*». In particolare è previsto che le attività di «*informazione e consulenza corrette e complete alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi*» rientrino tra le prestazioni essenziali. A questo proposito «*la Regione riconosce a tutti i cittadini il diritto ad avere informazioni sui servizi, sui livelli essenziali di prestazioni sociali erogabili, sulle modalità di accesso e sulle tariffe praticate nonché a partecipare a forme di consultazione e di valutazione dei servizi sociali*» (articolo 24). In particolare i Comuni «*garantiscono ai cittadini l'informazione sui servizi attivati, l'accesso ai medesimi e il diritto di partecipare alla verifica della qualità dei servizi erogati*» (articolo 6, comma j).

E' altresì stabilito che «*entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con la partecipazione delle associazioni degli utenti, e' adottata in ogni ambito territoriale di riferimento la carta dei servizi, in conformità agli schemi generali di cui all'articolo 13 della legge 328/2000*» (articolo 24). Pertanto, entro il 30 luglio 2004 i Comuni dovrebbero aver adottato la carta dei servizi. Tale carta, «*in conformità agli schemi generali di cui all'articolo 13 della legge 328/2000*» (^{23[23]}) e' finalizzata alla «*stipulazione da parte dei Comuni singoli o associati di un patto sociale per il benessere della cittadinanza, attraverso l'assunzione degli impegni generali sui servizi da attivare sul territorio*» oltre che alla «*individuazione, da parte dei soggetti gestori istituzionali, dei criteri e delle mappe di accesso ai servizi, delle modalità di erogazione e di finanziamento dei servizi e delle prestazioni, dell'elenco dei soggetti autorizzati o accreditati, dei livelli di assistenza erogati, degli standard di qualità dei servizi, delle modalità di partecipazione dei cittadini al costo dei servizi, delle forme di tutela dei diritti degli utenti, delle regole da applicare in caso di mancato rispetto delle garanzie previste dalla carta, nonché delle modalità di ricorso da parte degli utenti, anche attraverso gli istituti di patronato*» (articolo 24, comma 5).

Inoltre, l'articolo 25 prevede che «*i Comuni singoli e associati predispongono, quale parte integrante del piano di zona, la redazione di un piano di comunicazione sociale che individui, oltre la carta dei servizi, ulteriori strumenti comunicativi al fine di favorire la conoscenza delle attività, delle iniziative e dei servizi a disposizione dei cittadini*». Al riguardo si segnala l'importanza fondamentale dell'informazione in forma scritta in modo che i cittadini e le organizzazioni sociali possano controllarne la correttezza. Si porrebbe pertanto termine all'attuale situazione caratterizzata dalle notizie false fornite ad esempio dagli assistenti sociali e dagli operatori in materia di diritto alle cure sanitarie degli anziani cronici non autosufficienti o in merito alle contribuzioni economiche (^{24[24]}).

Peraltro, la carta dei servizi appare del tutto inutile qualora dovesse contenere solo indirizzi e numeri telefonici (al riguardo sarebbe preferibile che le suddette informazioni venissero inserite nelle guide telefoniche anche perché in tal modo sarebbe garantito il necessario aggiornamento). Occorrerebbe invece che i cittadini venissero informati per iscritto sulle condizioni (tempi di attesa, localizzazione delle strutture, oneri a carico degli utenti, ecc.) relative all'accesso ai servizi (ad esempio comunità alloggio, centri diurni per soggetti con handicap grave, Rsa, ecc.) ed alla loro gestione (prestazioni fornite gratuitamente e a pagamento, numero e qualifica degli operatori, orari, modalità di presentazione dei reclami, ecc.).

^[22] Cfr. Mauro Perino, "L'ambiguo compito dell'attuale pubblico tutore", *Prospettive assistenziali*, n. 141, 2003.

^[23] L'articolo 13 della legge 328/2000 prevede al comma 1 che «*al fine di tutelare le posizioni soggettive degli utenti, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, d'intesa con i Ministri interessati, è adottato lo schema generale di riferimento della carta dei servizi sociali*». Tale atto amministrativo, peraltro, non ci risulta sia stato ancora emanato.

^[24] Cfr. Maria Grazia Breda e Francesco Santanera, *Gli assistenti sociali visti dagli utenti – Che cosa fanno, come dovrebbero operare*, Utet Libreria.

Conclusioni

La legge regionale 1/2004 è una legge con luci e ombre. Ha sicuramente un aspetto positivo importante: riconosce in maniera chiara diritti esigibili per alcune fasce più deboli della popolazione. A favore di questo aspetto attribuisce ai Comuni le relative funzioni trasferendo loro tutte le competenze assistenziali; e stabilisce che essi debbano garantire il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini in stato di difficoltà socio-economiche, prevedendo lo stanziamento delle specifiche risorse in aggiunta a quelle già regolate dallo Stato, dalla Regione, ecc., nonché quelle provenienti dagli utenti. Su quest'ultimo particolare, ovvero in merito alla contribuzione economica del destinatario dei servizi, desta però un forte allarme la possibilità che la Regione Piemonte si è attribuita nel disporre indicazioni diverse, e quindi peggiorative per gli utenti, rispetto a ciò che è inequivocabilmente stabilito dai decreti 109/1998 e 130/2000. La legge regionale 1/2004 non prevede disposizioni a favore di una vera prevenzione dell'emarginazione sociale. Questo aspetto, assieme alla mancanza di norme per il reale superamento dell'istituzionalizzazione delle persone deboli, nasconde il pericolo, a nostro avviso, di un approccio volto alla gestione ed al controllo dell'emarginazione sociale anziché al suo superamento. Le prestazioni ad integrazione socio-sanitaria trovano poi una collocazione normativa un po' intricata; è ciò lascia prevedere difficoltà nell'esigibilità delle stesse. Occorre rilevare, in conclusione, che pur prevedendo la legge in oggetto la garanzia di importanti diritti assistenziali, rimane quanto mai necessaria – anche sulla base della nostra esperienza ultratrentennale – una energica attivazione delle organizzazioni sociali di rappresentanza delle categorie più deboli affinché – facendo leva proprio sulle disposizioni previste dalla legge regionale 1/2004 – la regione Piemonte ed i Comuni non si sottraggano alla responsabilità di soddisfare compiutamente le esigenze della fascia più bisognosa della popolazione.