

# VERSO GLI ESAMI DI STATO 2012: INCONTRI SEMINARIALI PROPOSTI DALL'ORDINE

## Le politiche e i Servizi Sociali negli Enti locali A. S. Laura Zanotto

### INQUADRAMENTO NORMATIVO<sup>(1)</sup>

Il Comune si è storicamente configurato quale Ente territoriale titolare di tutte le funzioni relative all'organizzazione e all'erogazione dei servizi sociali .

I passaggi normativi che delineano il ruolo del Comune, sono:

**-la Legge Crispi ( Legge 17 luglio 1890 n. 6972):** afferma il passaggio dalla fase della *carità privata* a quella della *beneficenza legale*. Da uno stato indifferente all'assistenza degli indigenti che si limita a seguire l'attività di soccorso svolta da altri, si passa ad uno Stato che, qualificando come attività di pubblico interesse il soccorso ai bisognosi e agli indigenti, attribuisce carattere pubblico agli Enti che svolgono quella attività, sottoponendoli al suo controllo. (art.1: *beneficenza pubblica è l'attività volta a prestare assistenza ai poveri, tanto in stato di sanità quanto di malattia, e a procurarne l'educazione, l'istruzione, l'avviamento a qualche professione, arte o mestiere, od in qualsiasi altro modo il miglioramento morale ed economico.*)

All'interno della beneficenza rientravano quindi sia gli interventi di carattere sanitario che sociale, ma in epoca fascista, con la creazione del sistema delle Mutue, si assiste alla separazione tra l'ambito sanitario e quello sociale: il Comune (1937: creazione dell'Ente Comunale di Assistenza, ECA) diventa referente delle competenze socio-assistenziali mentre gli Enti assicurativi diventano referenti per gli interventi sanitari dei lavoratori obbligatoriamente iscritti.

L'adozione della Costituzione nel 1948 introduce importanti principi concernenti la tutela della salute e l'assistenza (art. 32, 38), ma il sistema così delineato rimane simile fino agli anni 70.

**-il D.P.R n. 616/1977:** attua il trasferimento delle competenze dallo Stato alle Regioni, in particolare individua tra quella oggetto di trasferimento la "Beneficenza Pubblica" rispetto alla quale la Regione ha il potere di legiferare, programmare, coordinare mentre il Comune diviene titolare di tutte le funzioni amministrative relative all'organizzazione ed alla erogazione dei servizi di assistenza e beneficenza (art. 22 "*Le funzioni amministrative relative alla materia beneficenza pubblica concernono tutte le attività che attengono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi gratuiti o a pagamento o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore dei singoli, o di gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando si tratti di forme di assistenza a categorie determinate, escluse soltanto le funzioni relative alle prestazioni economiche di natura previdenziale*").

Dopo poco, nell'ambito dei Servizi Sanitari, con la Legge n. 833/1978 nascono le Uls quali strumenti operativi dei Comuni, singoli o associati che possono anche gestire, su delega di Comuni, i servizi sociali. Dalla Legge n. 833 emerge una visione della tutela della salute non disgiunta da una forte integrazione tra sanitario e sociale. Secondo tale impostazione l'integrazione, soprattutto istituzionale, è garantita dall'unico soggetto gestore: il Comune associato per la Sanità, il Comune singolo, con possibilità di delega all'Uls, per il Sociale.

In tale contesto, nel Veneto, prende il via un prolifico periodo legislativo, che vede l'emanazione di leggi di riordino del sistema, anche in correlazione dell'avvio della Riforma Sanitaria.

Gli anni 80 vedono l'emanazione di una serie di leggi specifiche che prevedono il decentramento degli interventi sociali e sanitari, rinnovano l'organizzazione dei servizi ma non rappresentano ancora una risposta organica alla complessità dei bisogni; tra tutte **la Legge Regionale 15 dicembre 1982 n. 55**, Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale: *“ le funzioni socio-sanitarie e socio-assistenziali sono gestite dai Comuni e dalle Unità Locali Socio-Sanitarie Sono di competenza delle Unità Locali Socio-Sanitarie*

- *L'assistenza ai portatori di handicap;*
- *La gestione di strutture tutelari e residenziali per handicappati;*
- *La gestione dei consultori familiari;*
- *I servizi per i tossicodipendenti.*

*E' di competenza dei Comuni la gestione delle rimanenti funzioni e prestazioni sociosanitarie ed in particolare:*

1. *gestione degli asili nido*
2. *gestione dei centri sociali, asili notturni, case albergo*
3. *gestione di strutture residenziali per minori e anziani...*
4. *erogazione del fondo sociale per l'equo canone*
5. *erogazione degli interventi economici .....*
6. *interventi in favore di emigranti e immigrati*
7. *erogazione di interventi economici per soggiorni climatici*
8. *assistenza domiciliare ai minori, agli anziani e agli inabili in età lavorativa*
9. *gli interventi previsti dall'art.23 del Dpr 24 luglio 1977, n. 616.*

*Le funzioni di cui ai n. 3,8,9 posso essere delegate alle Unità Locali Socio-Sanitarie”.*

### **-la Legge n. 142/1990 confluita poi nel D.lgs.vo 18 Agosto 2000, n. 267, Testo Unico Delle Leggi Sull'ordinamento Degli Enti Locali.**

Con la riforma degli enti locali, la materia dell'ordinamento delle autonomie locali ha subito un totale cambiamento.

Nel Testo Unico vengono individuati per Enti Locali: Comuni, Provincie, Città Metropolitane, Comunità Montane, Comunità Isolane, Unioni di Comuni.

Il Comune è l'ente locale che rappresenta la propria comunità, ne cura gli interessi e ne promuove lo sviluppo.

Gli enti locali sono dotati di autonomia statutaria e organizzativa, ma anche normativa, amministrativa impositiva e finanziaria.

Art. 13: *“spettano al Comune tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione ed il territorio comunale, precipuamente nei settori organici dei servizi alla persona e alla comunità, dell'assetto ed utilizzazione del territorio e dello sviluppo economico”.*

La Riforma delinea quindi un nuovo assetto degli enti locali, che nel proprio Statuto vanno a disciplinare l'organizzazione dell'ente, definiscono le competenze, gli organi, l'ordinamento degli uffici, le forme di partecipazione popolare alla vita dell'ente e le modalità di accesso dei cittadini ai documenti amministrativi.

Parallelamente anche la Sanità è oggetto di modifiche legislative: con il DLgs. n. 502/1992 (riordino della disciplina in materia sanitaria), e il successivo DLgs n. 517/1993 viene disposta l'aziendalizzazione delle Asl, che assumono personalità giuridica e sono sottratte al Comune che non ne è più l'ente gestore. Il Comune recupererà una parte del suo ruolo con il DLgs 229/1999 che definisce il ruolo della Conferenza dei Sindaci e introduce i PAT (programma delle attività territoriali) e il PIANO DI ZONA DEI SERVIZI SOCIALI, quali luoghi e spazi significativi per garantire l'integrazione istituzionale socio-sanitaria.

Il piano di zona è il documento programmatico, contemplato dall'art. 19 della legge 328/2000, con il quale i comuni associati, di intesa con l'Azienda ULSS, definiscono le politiche sociali e sociosanitarie rivolte alla popolazione dell'ambito territoriale coincidente con il distretto sanitario. E' coerente con il Piano regionale degli interventi e servizi sociali e si raccorda con la programmazione sanitaria.

Il PdZ è lo strumento principale delle politiche sociali, e serve a costruire un sistema integrato di interventi e servizi.

**-il DLgs. 31 marzo 1998 n 112** "*Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59*", ridisegna i compiti dei Comuni in tema di servizi alla persona, inoltre il provvedimento tratteggia l'area della tutela della salute e quella dei servizi sociali e istituisce il Fondo per le Politiche Sociali.

L'art 128 definisce i servizi sociali come "tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi , gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia".

**-la Legge 8 novembre 2000 n. 328.** "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" è la legge per l'assistenza, finalizzata a promuovere interventi sociali, assistenziali, e socio-sanitari che garantiscano un aiuto concreto alle persone e alle famiglie in difficoltà.

Scopo principale della legge è, oltre all'assistenza al singolo, anche il sostegno della persona all'interno del proprio nucleo familiare.

La qualità della vita, la prevenzione, la riduzione e l'eliminazione delle disabilità, del disagio personale e familiare e il diritto alle prestazioni sono gli obiettivi della L. 328/2000.

Stabilisce che l'ente titolare delle funzioni in materia di assistenza sociale è il Comune, che può gestire i servizi sociali in forma diretta, in associazione con più Comuni, mediante la delega all'Az. ULSS competente.

La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato sono ispirate alla sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti Locali.

L'art 6 definisce le funzioni dei Comuni, in particolare: "*programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete....., erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche....., autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale....., promuovere, nell'ambito del sistema locale dei servizi sociali a rete, risorse delle collettività locali....., coordinare programmi e attività degli enti....., gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica per i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali*".

**-la Legge Costituzionale n. 3/2001, riforma del Titolo V della Costituzione,** che riformando l'art 117 della Costituzione attribuisce alle regioni potestà legislativa nella materia dell'assistenza sociale, mantenendo però allo Stato la competenza nella "*determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio Nazionale*".

Il complesso di rapporti intercorrenti tra i vari centri di governo, finalizzati al corretto funzionamento di un sistema integrato, può essere quindi così semplificato:

- lo STATO predispone con le Regioni, nel rispetto della programmazione economica nazionale, i piani che garantiscano standard di prestazioni e servizi uniformi;
- le REGIONI hanno compiti di programmazione, coordinamento, indirizzo e verifica;

- i COMUNI sono titolari delle funzioni relative ai servizi sociali offerti a livello locale. Questa suddivisione evidenzia la piena attuazione del principio di sussidiarietà verticale, che si sostanzia in fasi di autonomia e in fasi in cui l'ente sottostante inadempiente viene sostituito dall'ente sovrapposto.

In definitiva i Comuni, con l'avvento anche della Legge Quadro Nazionale 328/2000, sono titolari di tutte le funzioni sociali ed assistenziali, di primo intervento sociale, di prevenzione e tutela dei propri cittadini in condizione di bisogno, mentre le Aziende ULSS, sono titolari di funzioni sociali ad alta integrazione sanitaria, e delle eventuali funzioni delegate dai Comuni.

## IL SERVIZIO SOCIALE NEI COMUNI: GLI INTERVENTI<sup>(2)</sup>

Il servizio Sociale comunale concretizza le funzioni attribuite dalla legge attraverso interventi che possono essere concettualmente classificati, secondo la tipologia di risposta in: INTERVENTI DI SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE e INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI.

### **Interventi di Servizio Sociale Professionale**

Rappresentano lo specifico della professione, strumenti da utilizzare all'interno di un piano di lavoro predisposto dopo attenta valutazione e definizione del disagio. Si tratta di interventi che devono avere i presupposti di globalità e universalità, devono cioè trovare collocazione all'interno di un quadro concettuale di riferimento utilizzabile per qualsiasi categoria di bisogno o di persona.

Segretariato Socio-Assistenziale, si caratterizza come il primo contatto significativo tra operatore ed utente, quindi uno degli ambiti più importanti in cui si accoglie e si raccoglie la domanda sociale. E' il momento dell'accesso ai Servizi, in cui vengono fornite informazioni circa le risorse e le prassi socio-assistenziali, in cui viene indirizzato e sostenuto il cittadino utente. Nell'ambito del processo di aiuto è il primo approccio tra A.S. ed utenti ed è finalizzato ad individuare i bisogni, espressi e latenti. Lo strumento di cui ci si serve è il colloquio, che consente alla persona che chiede aiuto di esprimere il proprio problema e all'operatore di fare una valutazione della situazione finalizzata ad individuare la possibile soluzione. La finalità dell'intervento è quella di delineare una prima diagnosi e di orientare l'utente verso le risposte più adeguate (risposte di tipo socio-assistenziale, invio ad altri servizi, ecc), oltre che di fornire precise e qualificate informazioni e indicazioni sui servizi locali, sulla normativa in vigore e su ciò che riguarda l'accesso ai servizi.

Indagine socio-familiare, intervento con il quale si effettua una ricerca sistematica ed approfondita dell'ambiente socio-familiare dell'utente, con la finalità di acquisire informazioni che consentano di comprendere meglio determinate situazioni o particolari problemi. Viene effettuata su richiesta di organi giudiziari, di altri enti o in autonomia professionale e consiste in un'inchiesta accurata, con prognosi, del problema dell'individuo e del suo ambiente.

Interventi di urgenza e di emergenza, fanno riferimento a problematiche che richiedono interventi immediati o tempestivi. Si tratta generalmente di situazioni di crisi del singolo individuo o di un nucleo familiare che presentano (o dovrebbero) caratteristiche di eccezionalità, estrema gravità, urgenza (es. maltrattamenti o abusi su minori). L'A.S. deve vagliare attentamente e rapidamente tutti gli aspetti della situazione e avviare rapidamente tutte le azioni finalizzate a fronteggiare le criticità. L'intervento può essere risolutivo o provvisorio in attesa della elaborazione di un progetto di intervento. L'intervento di URGENZA è riconducibile a situazioni di crisi di individui o famiglie; l'intervento di EMERGENZA è riconducibile a momenti critici di ordine pubblico, in cui nelle fasce "deboli" della popolazione si acquiscono i problemi (es.: emergenza

profughi, extracomunitari, nomadi, ricoveri impropri e dimissioni ospedaliere di anziani non autosufficienti, ecc..). In questi casi l'intervento dell'A.S. non può essere risolutivo e si rendono necessarie decisioni ad altri livelli (organizzativo e politico) quando l'emergenza diventa strutturale.

*Interventi di promozione sociale*, sono azioni di "educazione socio-politica" della comunità che viene stimolata a prendere coscienza dei propri problemi, delle risorse, delle strutture presenti sul territorio, nonché delle leggi esistenti. Tale attività viene svolta con dibattiti su problemi emergenti o attività informative e formative su tematiche che influiscono sul benessere sociale. E' necessario svolgere tale attività in sinergia con le strutture sociali, sanitarie e del volontariato presenti sul territorio.

*Interventi di rete*, connotati dall'integrazione delle varie risorse e dei vari servizi presenti sul territorio e hanno la finalità di potenziare l'efficacia degli interventi sociali. Lo scopo è di attivare tutte le forze presenti sul territorio per rispondere ai problemi e produrre cambiamenti nel sistema dei servizi. In questa tipologia di intervento l'A.S. assume il ruolo di catalizzatore delle risorse formali ed informali necessarie per la realizzazione dell'intervento, individuando e coordinando i punti di aiuto presenti sul territorio, agevolando così la programmazione congiunta degli interventi [Perino 2010].

### **Interventi Socio-Assistenziali**

Gli Enti Locali, titolari delle funzioni di assistenza sociale, predispongono i Regolamenti di erogazione dei servizi e delle prestazioni nei quali vengono stabiliti i criteri che danno diritto alla fruizione degli stessi, nonché le modalità di accesso.

I servizi e le prestazioni devono avere copertura finanziaria: l'amministrazione Comunale in sede di predisposizione del bilancio assegna ad ogni servizio un budget con valenza annuale.

L'esecutività dell'erogazione delle prestazioni e dei servizi avviene attraverso l'adozione di atti e provvedimenti amministrativi (Determinazioni Dirigenziali - Delibere di Giunta).

Gli A.S. sono, generalmente, i professionisti che raccolgono le domande di accesso ai servizi e predispongono una proposta di intervento nella quale vengono inseriti gli elementi che consentono di identificare la prestazione, la sua durata e le modalità di verifica dell'intervento.

Gli interventi, di norma, si attivano su richiesta degli interessati, o su segnalazione di terzi, in seguito ad un contatto con l'A.S.

Le persone che possono rivolgersi all'A.S. sono i cittadini residenti nel Comune. Per i cittadini non residenti che si trovano in situazione di bisogno urgente e non differibile possono essere attivati interventi straordinari, ad es. per minori stranieri non accompagnati o persone senza fissa dimora [Perino 2010].

Lo **stato di bisogno** generalmente è determinato da:

1. situazione economica familiare inferiore al minimo vitale (o alimentare), in mancanza di altre persone tenute a provvedere, o che di fatto non provvedono, ad integrare tale situazione;
2. incapacità totale o parziale di una persona sola o il cui nucleo familiare non sia in grado di assicurare l'assistenza necessaria a provvedere autonomamente a se stessa;
3. esistenza di circostanze, oltre alle difficoltà economiche, che possono determinare situazioni di rischio di emarginazione;
4. sottoposizione di un soggetto a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che impongono o rendono necessari interventi o prestazioni socio assistenziali.

In particolare gli interventi del Comune sono promossi in favore di:

- **minori**, per i quali sussistono condizioni di rischio di marginalità o abbandono, ovvero insufficiente sostegno educativo e relazionale;
- **disabili**, persone affette da minorazioni psichiche, intellettive, fisiche e sensoriali che impediscono un adeguato inserimento negli ambiti di vita familiare, sociale, scolastico, lavorativo e del tempo libero;

- **adulti** che versino in condizioni di grave disagio sociale;
- **anziani** con diversa intensità e gravità di bisogno (soli o non autosufficienti).

Gli **Interventi Socio-Assistenziali** si distinguono in

Prestazioni economiche, finalizzate al superamento degli stati di indigenza di persone che non riescono a soddisfare i propri bisogni primari (vitali). I Comuni, con apposito Regolamento, fissano i criteri per l'assistenza economica, cioè per l'erogazione di denaro a persone che versano in condizioni di bisogno. I criteri che permettono di fruire della prestazione non riguardano solo le condizioni di reddito (es. ISEE), ma un insieme di condizioni che l'A.S. deve valutare. Il contributo economico è spesso lo strumento che dà avvio al processo di aiuto e che porta alla luce altri bisogni; esso va utilizzato dall'A. S. come parte di un programma unitario finalizzato alla tutela e alla crescita della persona.

Esistono diverse tipologie di contributo economico:

*contributo ordinario*, rivolto a quelle categorie di persone che non riescono a far fronte alle problematiche in atto e hanno bisogno di aiuti prolungati nel tempo;

*sussidio straordinario*, connotato dal carattere di eccezionalità, erogato quando si presentino spese urgenti e contingenti, sia dove il reddito è al di sotto del minimo vitale, sia, in alcuni casi per chi ha redditi superiori alla soglia. Generalmente serve a coprire spese sanitarie impreviste, spese di utenze varie, spese per accesso a locazioni, ecc... Ogni spesa deve essere però documentata da certificati e ricevute;

*minimo vitale*, intervento economico, continuativo o temporaneo, indirizzato alle fasce più deboli che versano in condizioni disagiate (nuclei familiari con figli minori a carico con genitori privi di occupazione, anziani con pensioni sociali) e finalizzato al raggiungimento di un livello minimo di reddito, stabilito dal Regolamento comunale;

*prestazioni economiche per assistenza (Assegno di Cura)*, tipologia di aiuto economico erogata per prestazioni di assistenza a persone non autosufficienti e finalizzato al mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed evitare l'istituzionalizzazione. Nel Veneto il contributo è erogato dalla Regione, ma è il Servizio Sociale comunale che ha in carico il caso, ne cura l'istruttoria, effettua la valutazione socio-assistenziale, interessa il Medico di Medicina Generale per la valutazione sanitaria, segue l'iter della domanda in Regione, fino alla effettiva erogazione del contributo.

Prestazioni integrative, finalizzate ad integrare il soddisfacimento del bisogno con interventi mirati, riconducibili ai seguenti servizi:

*assistenza domiciliare*, servizio alla persona svolto operatori preparati allo scopo e opportunamente qualificati, l'intervento viene effettuato a domicilio di persone sole o nuclei familiari in particolare stato di bisogno. Le prestazioni che tale servizio garantisce sono: igiene personale, igiene ambientale, gestione di attività extra domestiche (pagamenti, visite mediche, accompagnamento) con lo scopo di stimolare il recupero, il mantenimento e lo sviluppo dell'autonomia personale e la vita socio-relazionale. L'Assistente Sociale coordina il servizio e valuta le condizioni di bisogno raccordandosi con il Medico di Base e con il servizio infermieristico domiciliare. Il servizio può essere saltuario o avere una periodicità, secondo la valutazione e il progetto stabilito. Obiettivo del Servizio è la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli utenti. Tale Servizio può essere previsto anche in favore di minori che appartengono a famiglie in condizioni di particolare disagio sociale e culturale al fine di prevenirne l'allontanamento dal nucleo:

*sostegno educativo individuale*, servizio di appoggio educativo individuale per minori, svolto da educatori professionali, rivolto alle famiglie che si trovano in situazioni di particolare difficoltà nella cura dei figli e che necessitano di un supporto educativo professionale. Gli educatori, in orario extrascolastico, affiancano i ragazzi nelle attività di studio e del tempo libero. Il servizio può essere svolto al domicilio della famiglia o presso strutture socio-educative presenti sul territorio;

*centro diurno*, struttura semiresidenziale destinata a fornire accoglienza a persone anziane in condizioni di autosufficienza o con un livello di autonomia ridotto a causa di problematiche di

natura prevalentemente fisica, che necessitano di supervisione, tutela, sostegno e aiuto nello svolgimento di alcune delle attività di vita quotidiana. Si rivolge in modo particolare agli anziani che spesso vivono una condizione di solitudine e di disagio. A differenza del centro sociale, il Centro Diurno accoglie anziani con problematiche più gravi e con un minor grado di autonomia personale;

*servizio pasti a domicilio*, attivato con la finalità di supportare disabili e anziani che non hanno altri aiuti al momento del pasto, al fine di garantire alla persona autonomia di vita nella propria abitazione e nel proprio ambiente familiare;

*telesoccorso*, è un servizio che favorisce la domiciliarità e consente alle persone che si trovano in uno stato di disagio, ed ai loro familiari, di continuare a vivere in sicurezza presso la propria abitazione; è rivolto principalmente alle persone anziane. Il servizio prevede il lancio di un allarme in caso di bisogno tramite la pressione di un telecomando. L'allarme è indirizzato a strutture specializzate (centrali di telesoccorso) che verificano la fondatezza dell'emergenza e, se del caso, allertano i familiari e le strutture di soccorso.

*Prestazioni sostitutive*, finalizzate all'accoglienza, temporanea o definitiva, di persone per le quali non è possibile attivare altri interventi, attraverso l'accesso alle strutture residenziali, a centri di prima accoglienza, a strutture socio-assistenziali. Sono rivolte ad anziani non autosufficienti impossibilitati a rimanere presso il proprio domicilio e, qualora non sia stata data la delega all'Az. ULSS, a minori che non possono fruire dell'affido familiare. L'erogazione di queste prestazioni presuppone l'esistenza di un progetto riabilitativo globale sulla persona da definire in sede di UVMD. Le strutture sono: casa di riposo, residenza sanitaria assistita, centri di pronta accoglienza, comunità educative e case famiglia per minori, case di accoglienza per donne sole con figli [Perino 2010], (La Regione Veneto con la Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali" ha descritto ogni tipologia di struttura, definendone i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'autorizzazione all'esercizio e per il successivo accreditamento).

L'A.S., nell'esercizio delle sue azioni professionali, oltre ad avere il compito di gestire i casi (con tutto ciò che ne deriva dal punto di vista burocratico amministrativo), ha il compito di fornire informazioni circa i bisogni rilevati sul territorio ai dirigenti dei servizi nei quali esercita la sua attività professionale o agli amministratori degli enti locali, affinché essi si attivino per istituire servizi idonei. Spetta al dirigente del servizio, invece, l'organizzazione e l'amministrazione dei servizi [Perino 2010].

## LE PRESTAZIONI SOCIO – SANITARIE INTEGRATE<sup>(3)</sup>

Il Comune è luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria, almeno nella sua componente di pianificazione locale e gestionale-organizzativa.

Con DLgs. n. 229/1999, il d.P.C.M. 14 febbraio 2001 e, più compiutamente con il successivo Atto di Indirizzo e Coordinamento emanato con d.P.C.M. 29 Novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), vengono definite le prestazioni che riguardano l'intera fattispecie dell'integrazione, che si riferisce a "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Esse comprendono:

- Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento degli esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite. Di competenza e a carico delle Az. ULSS.
- Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria: attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o emarginazione condizionanti lo stato di salute. Di competenza dei Comuni, sono erogate con partecipazione alla spesa da parte degli utenti; l'entità della partecipazione è stabilita dai comuni stessi (es.: assistenza domiciliare, telesoccorso, pasti a domicilio, centro diurno).
- Prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria: sono a carico del fondo sanitario nazionale e attengono prevalentemente le aree del materno infantile, anziani, handicap, psichiatria, dipendenze, inabilità e disabilità da patologie croniche degenerative. Sono erogate a livello distrettuale dalle Az.Ulss.

Tra queste ve ne sono alcune compartecipate per le quali l'entità del finanziamento è attribuita percentualmente alle competenze delle ULSS e dei Comuni; esse comprendono:

**L'assistenza programmata a domicilio** (ADI, ADP) - prestazioni di aiuto infermieristico a domicilio e assistenza tutelare della persona;

**L'assistenza semiresidenziale** - attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali. Prestazioni diagnostiche, terapeutiche socio riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi. L'attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani. Prestazioni per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo;

**L'assistenza residenziale** - prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per anziani, disabili fisici, psichici, sensoriali, malati di AIDS, in regime residenziale.

L'assistente sociale del Comune, assume in questo ambito una funzione determinante essendo il professionista che effettua la valutazione sociale per l'accesso a tali servizi, attraverso la segnalazione del bisogno, la compilazione della scheda SVAMA (nel Veneto), e la partecipazione all'UVMD, (Unità di valutazione multidimensionale distrettuale).

Se l'area dell'integrazione socio-sanitaria può dirsi "coperta" per quanto concerne l'individuazione dei livelli essenziali, e così anche quella sanitaria, l'area sociale sconta ad oggi una mancata individuazione di tali livelli, per una serie di motivazioni, tra le quali le RISORSE a garanzia delle prestazioni e LA NATURA STESSA DELLE PRESTAZIONI SOCIALI che poco si prestano, a differenza di quelle sanitarie, ad una puntuale e dettagliata enumerazione [Degani, Mozzanica 2009].

#### LO STRUMENTO DELL'ISEE AI SENSI DEL DLG. n. 109/1998 E SUCCESSIVE MODIFICHE<sup>(4)</sup>

L'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) è stato introdotto nel nostro ordinamento allo scopo di individuare "*criteri unificati di valutazione della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni o servizi sociali o socio assistenziali non destinati alla generalità dei soggetti o comunque collegati nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche*".

Ne deriva che l'ambito di applicazione è estremamente ampio ed eterogeneo per quel che riguarda l'erogazione, sia a livello nazionale che locale, di prestazioni sociali ed assistenziali caratterizzate da razionamento o tariffazione differenziata definita sulla base delle condizioni economiche dei richiedenti.

L'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) è costituito da:



- una componente reddituale (ISR indicatore della situazione reddituale) determinata sommando tutti i redditi imponibili ai fini Irpef dei componenti il nucleo familiare e i redditi figurativi dei depositi bancari e postali;
- da una componente patrimoniale (ISP indicatore della situazione patrimoniale) determinata dal valore dei fabbricati e dei terreni appartenenti a tutti i componenti il nucleo familiare, con applicazione di apposite detrazioni
- ed è reso confrontabile per famiglie di diversa numerosità e caratteristiche mediante l'uso di una Scala di Equivalenza (SE) desunta in base al numero dei componenti la famiglia, maggiorata in base ad alcune caratteristiche di essa (figli minori, presenza di persone con disabilità, nuclei monogenitoriali,...)

L'ISEE è sostanzialmente un metro, che permette di misurare la condizione economica delle famiglie, al fine di garantire l'accesso prestazioni del welfare a soggetti meno abbienti che possono così usufruirle a costi ridotti o nulli.

Ormai quasi tutti i regolamenti comunali per l'accesso alle prestazioni sociali, quali i servizi per la domiciliarità, l'assistenza economica, l'integrazione delle rette di ricovero, i servizi per l'infanzia, utilizzano l'ISEE come criterio per la valutazione economica del richiedente e la conseguente applicazione della tariffa di pagamento o erogazione del contributo economico.

Su tale argomento deve essere posta attenzione, visti anche i recenti pronunciamenti del TAR Veneto, sulla regolamentazione che riguarda l'integrazione della retta di ricovero nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti

Si segnalano due recenti sentenze (TAR Venezia, Sezione III, Sentenza [n. 1908](#) del 27 dicembre 2011, e TAR Venezia, Sezione III, Sentenza [n. 132](#) del 3 febbraio 2012) con le quali il TAR Veneto ha abrogato parti dei regolamenti del Comune di Vicenza e poi anche del Comune di Verona, la dove essi prevedono la compartecipazione dei parenti al pagamento della retta.

Richiamando in particolare la deroga di cui all'art. 3 co. 2-ter del d.lgs. n. 109/1998, che tiene conto della **capacità economica del singolo fruitore la prestazione**, nel caso di prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, il Giudice ha evidenziato l'**immediata applicabilità** del medesimo articolo (a prescindere dall'emanazione del d.P.C.M. colà citato, sulla scorta di quanto ripetutamente affermato dal Consiglio di Stato).

E' stato quindi consolidato fortemente il principio di evidenziazione della situazione economica del solo assistito, in ambito di compartecipazione al costo dei servizi a favore di persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti.

Si tratta di Sentenze dalla notevole portata, dal momento che agendo su atti normativi quali appunto i Regolamenti Comunali esse valgono per tutti i Cittadini e non solo per chi ha avviato gli specifici ricorsi

Infine, il Decreto "Salva Italia prevede (art 5) che con ulteriore decreto da emanarsi entro il 31 Maggio di quest'anno sia modificata la normativa ISEE. Il Governo alcune settimane fa ha elaborato una bozza di DPCM nel quale vengono introdotte modifiche all'ISEE quali: l'inclusione nel computo dei redditi di quelli fino ad ora rimasti esenti (pensione di invalidità, assegno di accompagnamento, rendite esenti Irpef, ecc); differenziazione dell'Isee a seconda della prestazione richiesta; determinazione di soglie di ISEE per determinate provvidenze di natura assistenziale; rafforzamento dei controlli.

## INFINE UNA RIFLESSIONE<sup>(5)</sup>

L'assistente sociale che lavora nel Comune si trova a dover quotidianamente conciliare la funzione di aiuto, con quella di erogatore di servizi.

In tempi di forte crisi economica e recessione come quella che attualmente stiamo tutti vivendo, è al Comune che il cittadino in difficoltà chiede soluzioni per le difficoltà che incontra rispetto al lavoro, al reddito, all'alloggio,...

E' attraverso il lavoro che normalmente le persone traggono i mezzi per vivere ed è attraverso il lavoro che vengono prodotti i beni e i servizi che soddisfano i bisogni individuali e collettivi.

Il lavoro è remunerato con la retribuzione e dà quindi un reddito che permette alla persona di soddisfare i propri bisogni primari

La perdita del lavoro, e del salario, costituisce una pericolosa minaccia di povertà per le famiglie, che vedono di colpo venir meno la loro principale fonte di reddito; altro pericolo connesso alla crisi economica è il venir meno della coesione sociale cioè di quel "contratto sociale" che è alla base della convivenza e della cooperazione tra diversi gruppi socio-economici e che porta alla conseguenza di irrigidire determinate posizioni di interesse di un certo gruppo a danno degli altri

E' necessario operare su due fronti: sui sistemi di protezione sociale rispetto ai rischi del mercato del lavoro e sulle politiche sociali di sostegno al reddito che devono andare di pari passo ed integrarsi tra loro.

Attualmente in Italia si sta sviluppando un esteso ripensamento dei sistemi di protezione sociale rispetto ai rischi del mercato del lavoro, mentre per quel che riguarda le politiche il dibattito si presenta culturalmente povero di progettualità e seguito da azioni riduttive quali il rifinanziamento della social card e il taglio delle risorse per il sociale

Il rischio concreto è che al sistema degli interventi e servizi alla persona sia attribuita esclusivamente un funzione assistenziale, sostenuta da risorse scarse, una funzione marginale di gestione passiva delle condizioni più drammatiche in termini di povertà e non autosufficienza che affianca le politiche del lavoro ma non recupera al lavoro queste aree di popolazione.

Si pone quindi il problema di come si può essere professionisti dell'aiuto laddove gli utenti si presentano ai servizi sociali chiedendo solo l'erogazione di servizi interventi e prestazioni utili al soddisfacimento dei loro bisogni, e dove le politiche vengono orientate verso l'assistenzialismo e la gestione passiva del disagio.

La sfida per il Servizio Sociale, in tempi di risorse finite, è quella di riuscire a fare in modo che gli interventi attivati stimolino comunque l'empowerment degli utenti, nel rispetto della autodeterminazione ed autonomia degli stessi.

L'erogazione di un servizio come prima risposta può essere efficace per il soddisfacimento di bisogni vitali, ma non è pensabile un aiuto che non tenga comunque conto della responsabilità dell'utente nel processo di aiuto e di quanto questi sia in grado di mettersi in gioco come reale attore protagonista del suo percorso di vita, anche in tempi di crisi. [Chiodi 2011].

### Note:

(1) Degani L., Mozzanica R.: "Integrazione Socio-Sanitaria, le ragioni, le regioni, gli interventi"; Maggioli 2009.

(2) Perino A.: "Il Servizio Sociale. Strumenti, attori e metodi" Franco Angeli 2010

(3) Cantori A.: "Assistente Sociale Istruttore Direttivo negli Enti Locali" Maggioli 2009

(4) Maggian R.: "Guida al welfare italiano: dalla pianificazione sociale alla gestione dei servizi". Maggioli 2011

(5) Chiodi L.: "L'Assistente Sociale: professionista dell'aiuto o erogatore di servizi?" Prospettive Sociali e Sanitarie n.3/2011; Siza R.: "Il progressivo scivolamento delle politiche sociali verso l'assistenza" Prospettive Sociali e Sanitarie n.3/2012

## BIBLIOGRAFIA

- Bartolomei A., Passera A. L.: *“L’Assistente Sociale. Manuale di Servizio Sociale Professionale”* Edizioni CieRre 2005
- Cesari M.: *“I Servizi Sociali. Il nuovo ruolo dei comuni nella organizzazione e gestione del sistema integrato di welfare”* Maggioli 2005
- Morino M., Bobbio G., Morello Di Giovanni D.: *“Diritto dei Servizi Sociali”* Carocci Faber 2006
- Cantori A.: *“Assistente Sociale Istruttore Direttivo negli Enti Locali”* Maggioli 2009
- Degani L., Mozzanica R.: *“Integrazione Socio-Sanitaria, le ragioni, le regioni, gli interventi”*; Maggioli 2009.
- Perino A.: *“Il Servizio Sociale. Strumenti, attori e metodi”* Franco Angeli 2010
- Chiodi L.: *“L’Assistente Sociale: professionista dell’aiuto o erogatore di servizi?”* Prospettive Sociali e Sanitarie n.3/2011
- Maggian R.: *“Guida al welfare italiano: dalla pianificazione sociale alla gestione dei servizi”*. Maggioli 2011
- Gioncada M.: *“Diritto dei Servizi Sociali”*. Maggioli 2011
- Siza R.: *“Il progressivo scivolamento delle politiche sociali verso l’assistenza”* Prospettive Sociali e Sanitarie n.3/2012