

4.1/2021

# **il ruolo dei comuni nel sistema sociosanitario veneto**

---

**POLITICHE DI WELFARE E  
RAPPRESENTANZA DEMOCRATICA**

A cura di Sandro Del Todesco Frisone



# Indice

---

<b>Presentazione</b> .....	<b>5</b>
<b>Un po' di storia</b> .....	<b>9</b>
<b>Il protagonismo dimezzato dei Comuni</b> .....	<b>13</b>
<b>La delega di funzioni dai Comuni alle Ulss</b> .....	<b>17</b>
<b>La situazione in Veneto</b> .....	<b>21</b>
<b>Il piano di zona, un'opportunità</b> .....	<b>25</b>
<b>La gestione associata dei servizi</b> .....	<b>29</b>
<b>Conclusioni</b> .....	<b>33</b>
<b>Appendice</b> .....	<b>37</b>



## Presentazione

---

Un tema cruciale all'interno della governance del sistema socio-sanitario della regione Veneto è senza dubbio quello del ruolo dei Comuni.

Con questo lavoro di commento si intende ripercorrere in sintesi lo sviluppo storico, politico e normativo che ha segnato il passaggio da una fase in cui i Comuni agivano da protagonisti a successive fasi in cui questo ruolo si è via via affievolito, soggetti decisionali prima, oggetti di consultazione dopo, secondo prerogative formalmente definite, ma sostanzialmente di limitata incidenza nei processi programmatici e gestionali.

Il filo conduttore riprende i vari aspetti della vicenda, a partire da una fase storica, aperta con l'approvazione della riforma sanitaria del 1978, fino ai più recenti provvedimenti della Regione Veneto, che hanno riorganizzato la sanità e dettato nuovi indirizzi e regole di funzionamento del sistema.

Con la descrizione e la valutazione dei diversi fattori in gioco si sono individuati alcuni spunti di approfondimento utili a ripensare, anche alla luce dei riferimenti normativi a disposizione, un ruolo più incisivo e rappresentativo delle comunità territoriali, finalizzato ad un possibile riequilibrio di poteri rispetto all'asse dominante Regione - Azienda Ulss.

Il documento, al quale ha contribuito un gruppo di lavoro dell'Associazione che ha messo insieme una pluralità di competenze professionali, parte da una ricognizione dei passaggi più significativi. Dalla prima riforma a quelle degli anni novanta, allo scenario venutosi a determinare con la legge quadro in materia di interventi e servizi sociali del 2000, affrontando

la tematica delle competenze comunali in campo sanitario, sociosanitario e sociale. Un quadro d'insieme in cui emergono, tra le criticità di fondo, la limitata propensione dei Comuni ad agire in forma coordinata e un peso specifico esercitato, in termini istituzionali e politici, inferiore a quello atteso e necessario.

L'obiettivo è quello di sollecitare una discussione, al punto in cui siamo, sulle condizioni che man mano si sono determinate, sullo stato dell'arte, ma anche su possibili scenari di cambiamento.

Per questo viene rivisitato un tema controverso e per nulla scontato, quello della delega di funzioni nel quadro dell'integrazione socio-sanitaria e della gestione delle competenze in materia sociale, delega interpretata, tra l'altro, in modo diverso dai Comuni in termini di esercizio "attivo" di questa opportunità.

Altro argomento in evidenza e correlato al precedente quello della gestione associata che rappresenta un'opzione significativa per potenzialità, anche oltre i già acquisiti confini di riferimento territoriale.

Uno spazio di riflessione è dedicato anche al tema dei piani di zona che sono tornati alla ribalta a seguito delle ultime linee guida regionali e che possono costituire, anche alla luce dell'impatto sociale della pandemia, uno spazio di recupero e rilancio dell'iniziativa dei Comuni proprio in base alla loro titolarità.

Il commento allarga, altresì, lo sguardo anche a nuove e ben presenti opportunità. Quelle costituite dal piano regionale per il contrasto alla povertà nel quale prende corpo un nuovo modello di integrazione e di ricomposizione delle competenze, aperto ad un ruolo del Comune come regista di politiche di welfare. Un approccio che, anche nello sviluppo delle riflessioni qui contenute, si vorrebbe diventasse oggetto di maggiore confronto tra tutti i soggetti coinvolti, al fine di perseguire strategie, ampie il più possibile, di interesse diretto delle nostre comunità territoriali e della rete di relazioni che esprimono.

Il documento si conclude con due appendici.

Con la prima, occasione di approfondimento, anche di ordine culturale, si intende proporre la rilettura delle questioni in oggetto così come erano state affrontate, con interessanti analogie, dalla Regione all'interno di un

Progetto di legge d'iniziativa della Giunta "Piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità 2003-2005". Un disegno rimasto sulla carta, ma che contiene molteplici spunti di singolare attualità e ci aiuta ancor più a riflettere sui nodi critici qui in esame, a partire dalla particolare attenzione posta a quel tempo sul ruolo dei Comuni.

Con la seconda appendice, grazie alla puntuale ricognizione condotta da Ubaldo Scardellato, si vuole mettere a disposizione il quadro dei principali riferimenti normativi su competenze e ruolo dei Comuni nel sistema socio-sanitario veneto, quale guida e accompagnamento alla lettura.





## Un po' di storia

---

Con la legge 23 dicembre 1978 n. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale" vengono stabilite le competenze dello Stato, delle Regioni e degli Enti locali territoriali nell'attuazione del servizio sanitario, la garanzia della partecipazione dei cittadini, il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

L'Unità sanitaria locale era individuata come il complesso degli uffici, dei presidi e dei servizi dei Comuni, chiamati, in un ambito territoriale determinato, ad assolvere ai compiti socio-sanitari propri del SSN. Unità sanitaria locale come struttura operativa dei Comuni, singoli o associati. Organi: l'assemblea, il comitato di gestione con il suo Presidente, il collegio dei revisori. Uno dei principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, oltre all'universalità del servizio e all'uguaglianza dei cittadini rispetto ai bisogni di salute, alla globalità di erogazione delle prestazioni alle persone e alla collettività e alla solidarietà fiscale, era individuato, perciò, nella democrazia nella scelta strategica e nella gestione operativa dei servizi. Parole chiave erano, dunque, territorio, partecipazione, prevenzione.

Fino alla riforma degli anni 1992-93 (Decreti legislativi 502/92 e 517/93) il controllo democratico sulla gestione del Servizio Sanitario veniva garantito attraverso la nomina da parte dei Comuni degli amministratori delle Ulss, i componenti delle Assemblee e, da queste, i Comitati di Gestione.

Attualmente tale controllo si vorrebbe fondato sul principio per cui i Direttori Generali delle Aziende socio sanitarie - con un profilo manageriale, quindi - rispondono del proprio operato al Presidente della Giunta Regionale che ha il potere di nominarli, così come di rimuoverli dall'incarico. Alla Conferenza dei Sindaci è richiesta l'espressione di una valutazione sul loro operato, in ordine alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi sociali e sociosanitari sul territorio delle rispettive Aziende Ulss, valutazione peraltro limitata ad una percentuale del 20% sul totale dei fattori di pesatura (Dgr 23 dicembre 2016 n.2172) e comunque non prevista per le Aziende ospedaliere. Gli altri fattori, con percentuali diverse, sono posti in capo alla Regione, suddivisi tra la Giunta e la Quinta Commissione del Consiglio regionale.

Potremmo discutere ampiamente sulla complessa relazione tra i diversi livelli di governo del sistema (nazionale, regionale, locale) oppure sulla scelta di porre la gestione delle Ulss di un tempo sotto la responsabilità di diretta espressione democratica da parte dei Comuni a fronte degli effetti, spesso controversi, legati all'ingerenza della politica, un fenomeno, peraltro, presente anche ai giorni nostri con le Ulss aziende della Regione.

Certo è che negli anni successivi alla prima riforma si è venuta a determinare una crisi di sistema, accompagnata dall'aumento incontrollato della spesa sanitaria che ha richiesto una revisione dei criteri di finanziamento e di gestione della sanità. Ecco, quindi, che con le riforme degli anni novanta, culminate con il D.Lgs. 229/99, si è avviato e poi consolidato il processo di autonomia attribuita alle Regioni con l'aziendalizzazione delle Ulss dotate di personalità giuridica. Una "terza fase" segnata anche dall'approvazione del D.Lgs. 56 del 2000 sul federalismo fiscale e l'anno dopo dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri relativo alla determinazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e cioè le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna a garantire ai cittadini in modo uniforme sull'intero territorio nazionale e a tal fine la spesa assicurata dallo Stato attraverso la fiscalità generale.

In tale contesto, a fronte della preponderanza dell'asse Stato - Regioni - Aziende Ulss è venuto progressivamente meno un ruolo diretto dei Comuni nel sistema sociosanitario, ridimensionato ad un profilo partecipativo e di

consultazione, più formale che sostanziale. Nella nostra regione ricordiamo quanto previsto dal combinato disposto delle leggi regionali 56 del 1994 e 11 del 2001. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, cui prendono parte i Presidenti delle Conferenze dei Sindaci e rappresentanti delle Associazioni di Comuni, Province e Comunità Montane, è chiamata ad esprimere, articolato nei diversi aspetti, parere sulla proposta di piano sociosanitario regionale e su una varietà di proposte di legge in materia, parere non vincolante. La Conferenza dei Sindaci esprime parere sulla proposta di piano attuativo locale triennale proposto dal Direttore Generale e sulla nomina del Direttore della funzione territoriale. I Comuni, attraverso la Conferenza permanente e le Conferenze dei Sindaci, concorrono alla programmazione sociosanitaria regionale, esercitano funzioni di indirizzo e di valutazione per l'impostazione programmatica delle attività delle rispettive Aziende Ulss, verificano il raggiungimento degli obiettivi della programmazione nel territorio di competenza. Il Comitato dei Sindaci di Distretto esprime il proprio parere sul Programma delle attività territoriali in capo al Direttore del Distretto ed esprime al Direttore Generale la relativa intesa prevista dall'art. 3 quater del D.Lgs. 502/92. Anche se è giusto verificare nei diversi territori e complessivamente come e quanto siano state effettivamente praticate queste opportunità previste dalla legge, in particolare per quanto riguarda proprio il potere d'iniziativa dei Comuni, non si tratta di funzioni decisorie, ma di competenze in ordine all'espressione di pareri e proposte, per quanto non vincolanti, né soggetti all'obbligo di riscontro.

A dire il vero, un segnale incoraggiante di inversione di tendenza ora c'è: una recente modifica del Decreto 502/92 concernente misure in materia di potenziamento dei distretti introdotta con la legge 13 ottobre 2020 n. 126 promuove in modo significativo il ruolo dei Comuni per quanto riguarda la definizione del piano delle attività territoriali e la localizzazione dei servizi sulla base dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione. La competenza in ordine alla proposta di programma sulla base delle risorse assegnate è ora attribuita al Comitato dei Sindaci di Distretto unitamente al Direttore del Distretto, mentre in precedenza i Sindaci erano chiamati solo ad espri-

mere un parere. Un'evoluzione significativa, quindi, per un diverso ruolo da esprimere fino in fondo.

Se facciamo un raffronto con l'ambito dei servizi sociali, l'anno 2000 ha dato alla luce la legge quadro n.328 sul sistema integrato di interventi e servizi sociali. Una legge che apriva importanti prospettive per i Comuni, ma che la Riforma del Titolo V della Costituzione dell'anno dopo, con l'attribuzione alle Regioni della competenza esclusiva in materia di servizi sociali, ha reso una grande incompiuta. Tanto è vero che a distanza di vent'anni dall'approvazione dei LEA sanitari siamo ancora in attesa, per quanto previsti a chiare lettere dalla Riforma stessa, di veder definiti e riconosciuti finanziariamente i Livelli essenziali delle prestazioni sociali, in un sistema di servizi sempre più a carico degli Enti locali e, in particolare, dei Comuni, responsabili delle garanzie da assicurare ai cittadini e delle opportunità da mettere a loro disposizione, anche attraverso una compartecipazione alla spesa.

La legge 328/00 aveva in ogni caso segnato una svolta affermando la necessità

- > di attribuire un ruolo attivo al cittadino nei processi di scelta dei servizi
- > di realizzare un sistema poggiato sul concetto di sussidiarietà
- > di definire in termini nuovi il rapporto tra soggetti pubblici e soggetti privati che operano nel territorio e collaborano nella gestione dei servizi.

Un insieme di principi che vede il Comune impegnato a far sì che la pianificazione locale si sviluppi a partire, innanzitutto, dall'esigenza di definire un sistema integrato di politiche e servizi rivolti al benessere e alla qualità della vita delle persone: politiche sociali in senso lato, integrate con quelle educative e dell'istruzione, della formazione e del lavoro, del tempo libero, della residenza, politiche integrate con quelle della sanità.

## **Il protagonismo dimezzato dei Comuni**

---

Ma qual è, a più di quarant'anni dalla legge 833, il ruolo effettivo riconosciuto ai Comuni in materia sanitaria, socio-sanitaria e sociale nella nostra regione?

Il Piano socio-sanitario 2019-2023 prevede, sotto il profilo istituzionale, che la governance territoriale e l'integrazione socio-sanitaria si qualifichino, secondo il cosiddetto modello veneto, all'interno degli ambiti distrettuali per la partecipazione delle comunità locali (Comitati e Conferenze dei Sindaci) ai processi di pianificazione e per la delega dai Comuni alle Aziende Ulss della gestione di molteplici servizi sociali.

I processi di delega, stabilisce il Piano, vanno essere estesi il più possibile alla totalità dei servizi sociali, al fine di perseguire l'obiettivo di ricomposizione globale delle risorse, evitando in tal modo "frammentazioni, sovrapposizioni ed inefficienze di sistema".

Il Distretto viene descritto come il luogo dove, nel concreto, prende forma, attraverso il Piano di Zona, l'integrazione delle attività e dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari riferiti ai bisogni espressi dalle comunità e alle esigenze dei diversi territori rispetto alle unità di offerta per tipologia e ai relativi processi di accreditamento. Esso dovrà sempre più sviluppare e qualificare i propri interventi nella ricerca di ogni possibile sinergia di sistema mediante la definizione condivisa di protocolli operativi strutturati e standardizzati per il coordinamento delle azioni specifiche di ciascun soggetto della rete, puntando in tal modo alla minimizzazione dei costi di transazione.

Il quadro che ne deriva vede nella nostra regione i Comuni posti all'interno di un sistema che attribuisce all'Azienda Ulss un ruolo di fatto preminente e di coordinamento. L'asserita "necessità" della delega dimostra la tendenza al progressivo assorbimento delle competenze comunali nel circuito distrettuale e nel "governo" aziendale, identificato come un sistema che combatte le inefficienze. Ma come si concilia questa cornice con le peculiarità delle diverse realtà locali, con la necessità di rappresentare un universo variegato e complesso, non riconducibile solo ad un insieme di attività e servizi da finanziare attraverso il conferimento di risorse su base capitaria?

La legge regionale 19 del 2016 che ha ridefinito gli ambiti territoriali delle Ulss e istituito l'Azienda Zero, dedica l'articolo 14 all' "Assetto organizzativo delle Aziende Ulss" ed individua i criteri alla base della sua formulazione. Alla lettera f) l'articolo in questione stabilisce che va garantito il riconoscimento delle prerogative degli Enti locali in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e socio sanitaria. Prima di quanto previsto alla lettera f) vediamo riportato: razionalizzazione e riduzione dei costi, trasparenza dei sistemi organizzativi, partecipazione dei cittadini, sostenibilità economica, coerenza del rapporto tra volumi di prestazioni erogate, procedure sanitarie e dimensionamento delle strutture di erogazione. Gerarchia di valori o semplice elenco? Fatto sta che il riconoscimento delle prerogative dei Comuni, viene collocato, tra gli altri enunciati, all'interno dell'assetto organizzativo delle Aziende Ulss. Per ritrovare le funzioni in capo a Conferenza dei Sindaci e Comitato dei Sindaci di Distretto in materia di servizi sociali, dobbiamo andare all'articolo 26 che ne prevede le competenze in ordine all'elaborazione e approvazione del bilancio di parte sociale del Distretto, del Piano di Zona e del Piano locale per la non autosufficienza, oltre all'espressione di parere sulle schede di dotazione territoriale, sulla collocazione delle strutture intermedie e sull'attivazione della Medicina di Gruppo Integrata. Competenze che, ai diversi livelli, possiamo trovare poi riassunte in dettaglio nelle linee guida per la predisposizione del regolamento per il funzionamento degli organismi di rappresentanza dei Comuni di cui alla Dgr 199 del 20.2.2018.

Va detto che, a fronte dell'accentramento delle politiche sanitarie a livello della Regione, è opinione diffusa che i Comuni abbiano spesso proceduto nella logica del campanile e comunque in ordine sparso, magari di volta in volta a difesa di servizi o strutture a rischio di chiusura o di diversa collocazione, dimostrando poca propensione al gioco di squadra, mettendo piuttosto in campo ogni possibile influenza politica diretta nei confronti del rispettivo Direttore Generale o della Regione. Nel caso del Veneto, poi, la creazione di Aziende Ulss a livello provinciale, al di là dell'obiettivo di assicurare una maggiore razionalità organizzativa, in una dimensione considerata ottimale, è venuta a determinare un ulteriore allontanamento dei vertici della gestione sanitaria dagli interlocutori del territorio, Sindaci in primis, addensando d'ufficio un numero più elevato di Comuni diversi per dimensioni e storie locali che ancor più incontrano difficoltà a relazionarsi tra loro, a concordare contenuti e strategie e ad attuarle in modo efficace.

Va comunque riconosciuto che nell'iter di approvazione della legge 19 si sono raggiunti alcuni parziali miglioramenti. Tra questi, il mantenimento, nell'organigramma delle Aziende Ulss, del Direttore dei servizi sociali con la nuova denominazione di Direttore dei servizi socio-sanitari, cui è annessa anche un'Unità operativa specificamente dedicata al sociale con funzioni di interfaccia con i Comuni, è stata una positiva acquisizione, alla luce del compito assegnato a tale figura, quello di svolgere, nei nuovi ambiti territoriali, funzioni di garanzia della necessaria integrazione e di ascolto/confronto per interpretare, per quanto di competenza, le reali esigenze dei territori. Sulla loro nomina è prevista l'espressione di parere da parte dell'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci, ma pur sempre stiamo parlando di figure di diretta espressione dell'organizzazione aziendale e non certo delle autonomie locali.





## **La delega di funzioni dai Comuni alle Ulss**

---

Tema che fa discutere, a fronte delle esperienze sviluppate nel tempo, è quello della delega di funzioni tra i Comuni e l'Azienda Ulss.

La delega cosiddetta obbligatoria risale alla legge regionale 55 del 1982 che all'art. 5 disciplina le funzioni relative ai servizi sociosanitari e socio-assistenziali esercitati dai Comuni e dalle Ulss attribuendo a queste la gestione obbligatoria delle seguenti funzioni:

- prevenzione, assistenza, riabilitazione, inserimento, informazione, sostegno e ricovero delle persone handicappate;
- prevenzione, assistenza, recupero, informazione e reinserimento sociale dei tossicodipendenti;
- attività dei consultori familiari;
- competenza dei Comuni, invece, le funzioni socio-assistenziali relative ad ogni servizio socio-assistenziale di interesse sociale, esercitato sia in forma residenziale che semiresidenziale, aperto e domiciliare, compresa l'erogazione di interventi economici complementari;
- all'epoca le Ulss, come detto, erano strumenti operativi dei Comuni. Di deleghe intese come opportunità si parla con il D.Lgs. n.502 e successive modificazioni che, ridefinita la natura giuridica e la struttura organizzativa delle Ulss, prevede la possibilità da parte dell'Unità Locale Socio Sanitaria, di gestire attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli Enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli del personale, con specifica contabilizzazione.

In particolare, il Decreto 502/92 per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria, distingueva, all'art. 3 septies, tre fattispecie:

- le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale assicurate dalle Ulss (le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione e rimozione e contenimento degli esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite).
- le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di competenza dei Comuni (tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute).
- le prestazioni ad elevata integrazione socio sanitaria (quelle prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e sociale, assicurate dalle Ulss e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria).

Anche la normativa regionale successiva si limita a promuovere l'incentivazione delle deleghe. Si richiamano ancora la legge regionale n.56 del 1994 e la 5 del 1996 che all'art. 4, comma 1, individua tra le modalità gestionali alternativamente la delega all'Ulss o l'accordo di programma. Il D.Lgs. 229/1999 arriva a stabilire che le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono a carico dei Comuni e che l'integrazione socio-sanitaria deve essere assicurata a livello regionale mediante i piani di zona, incentivando la gestione integrata dei servizi attraverso, appunto, la delega o l'accordo di programma.

Infine, la legge regionale 11 del 2001 definisce "servizi sociali" tutte le attività aventi contenuto sociale, socio-assistenziale e socio-educativo di cui al D.Lgs. 112/98 e all'art. 22 della legge 328/2000, nonché le prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3 septies del D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

Allo scopo di perseguire pienamente l'integrazione socio-sanitaria la Giunta Regionale promuove la delega da parte dei Comuni alle Ulss delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, nonché della gestione dei servizi sociali.

Per quanto riguarda le Ulss, queste assicurano la gestione dei servizi sociali, in relazione alle deleghe conferite dagli Enti locali, e le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, mentre le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono assicurate dalle Ulss se delegate dai Comuni.

La legge regionale n.11/2001, art.133, inoltre, aveva istituito il fondo sociale regionale contenente, tra l'altro, le risorse necessarie al sostegno e alla promozione dei servizi sociali svolti dai Comuni in forma associata o delegati alle Ulss nell'ambito della programmazione regionale e delle disposizioni previste dai piani di zona.

Delega, quindi, intesa non come vincolo, ma come opportunità, venendosi ad ammettere nei fatti tanto la delega quanto l'accordo di programma, con l'attribuzione degli oneri per la gestione dei servizi secondo la competenza e le responsabilità in tal sede individuate.



## La situazione in Veneto

---

Il tema qui esaminato richiama una varietà di sistemi regionali nei quali il rapporto tra sanitario e sociale è stato affrontato all'interno di forme di governance differenziate. A variare è il rapporto tra gli attori, istituzionali e non, rapporto che è declinazione di poteri, volontà e capacità dei diversi soggetti di negoziare e di favorire l'individuazione di forme organizzative in grado di meglio rispondere alla domanda di salute e benessere dei cittadini.

I Comuni del Veneto, per molteplici ragioni legate alle dimensioni, alla convenienza, alla carenza di risorse, hanno conferito nella stragrande maggioranza alle rispettive Aziende Ulss anche deleghe cosiddette facoltative. Comuni capoluogo, come, ad esempio, il Comune di Venezia hanno scelto la strada dell'accordo di programma con l'Azienda Ulss anche per deleghe "obbligatorie", come, ad esempio, quella in materia di disabilità, individuando specifiche modalità per la gestione dei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria e mantenendo la gestione in prima persona dei servizi sociali e dei servizi sociali a rilevanza sanitaria, a partire dalle funzioni amministrative e programmatiche.

Soluzione sancita fin da subito e confermata con il primo piano di zona del 2001. Il Comune di Venezia, peraltro, lavora già da diversi anni ad un modello di gestione associata delle funzioni sociali tra i comuni del territorio dell'ex Azienda Ulss 12 veneziana che ha già dato significativi risultati sul piano dell'integrazione gestionale e professionale ed è soggetto ad ulteriori sviluppi verso più intense e specifiche soluzioni organizzative.

Si va profilando, peraltro, in Veneto, anche a fronte di una valutazione talvolta critica sulla gestione da parte delle Aziende Ulss, una spinta a riconsiderare la scelta delle deleghe volontarie, specie sulla base di responsabilità crescenti e differenziate (vedi le tematiche dell'immigrazione e dell'inclusione) che in molti casi un Comune si trova ad affrontare in condizioni di difficoltà per carenza di strumenti e risorse, da un punto di vista ben diverso, per logica e gerarchia, rispetto a quello aziendale.

In ogni caso, va rilevato che la delega, a tutela degli Enti deleganti, richiede di essere sempre "partecipata", contrassegnata, cioè, dalla costante collaborazione e dalla corresponsabilità tra Comuni e Azienda nelle diverse fasi programmatiche, dall'analisi dei bisogni, alla definizione degli interventi, alla verifica e al monitoraggio.

E qui il panorama nel territorio regionale si presenta variegato, con realtà caratterizzate da un esercizio responsabile della delega e della destinazione delle risorse, e altre dove delega diventa, di fatto, sinonimo di cessione della titolarità.

Il modello veneto diventa a questo proposito osservato speciale, in particolare nel campo di politiche sociali che, oltre l'ambito dell'integrazione sociosanitaria, riguardano, in base a specifiche titolarità, la sfera di fondamentale e diretta competenza dei Comuni.

Le politiche sociali sono un aspetto fondamentale delle politiche integrate per lo sviluppo di un territorio, sono un capitale sociale ed un bene di relazione dal quale non si può prescindere e che, secondo valutazioni ricorrenti, non può essere sterilizzato in una formula gestionale strumentale, quella della delega, nella quale il potere locale appare per lo più subordinato a quello dell'Azienda.

Le stesse politiche sanitarie e socio-sanitarie devono essere iscritte nel ben più ampio contesto delle politiche di welfare, ovvero di politiche sociali che rendano protagoniste e responsabilizzino le realtà locali e che si esplicitino nelle politiche dell'abitare, della mobilità, dell'accessibilità, del tempo libero, della formazione e dell'istruzione, dell'ambiente come luogo delle relazioni sociali e della vita quotidiana. Un'integrazione che richiama una dimensione organizzativa nella quale le diverse competenze vengono ricondotte, sia a livello politico istituzionale che strutturale, funzionale ed organizzativo,

ad un coordinamento unitario di indirizzi ed interventi. Un welfare locale generativo, con al centro la persona, le sue relazioni vitali e le sue risorse attivabili, diventa possibile solo in questo schema.

Delega e integrazione socio-sanitaria non sono la stessa cosa! L'integrazione socio sanitaria, infatti, può essere perseguita senza delegare, cioè senza attribuire in toto ad un altro soggetto, in questo caso l'Azienda Ulss, competenze e funzioni.

Delega non è sinonimo di integrazione perché non garantisce da sola, automaticamente, l'esercizio integrato delle funzioni. Tanto più nel caso di materie che hanno contenuti prevalentemente sociali, dal momento che ad essere al centro è la persona nella sua unicità.

È difficile pensare, infatti, alle Aziende Ulss come soggetti gestori delle politiche di tutela dei diritti di cittadinanza, delle politiche di inclusione, delle politiche volte al riconoscimento e alla restituzione di contrattualità alle persone.

Il piano socio sanitario regionale 2019-2023, per contro, prevede che i processi di delega dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Aziende Ulss debbano essere estesi il più possibile alla totalità dei servizi sociali senza precisare le modalità, il tipo di integrazione ed i riferimenti. Come un processo di normalizzazione da portare fino in fondo sulla base di un disegno prestabilito.

Operativamente, poi, l'allungamento della catena di comando come - come prevista a livello organizzativo territoriale dal piano e dalla legge 19 - mette in dubbio sia l'efficienza nella risposta ai problemi che l'efficacia dei processi di ritorno gestionale. L'intera materia richiede un ripensamento.





## **Il piano di zona, un'opportunità**

---

Dopo una lunga attesa e un reiterato regime di proroga, la Giunta regionale ha approvato con Dgr 426 del 9 aprile 2019 le nuove linee guida regionali per la predisposizione dei piani di zona dei servizi sociali e sociosanitari. Il documento parte dalla necessità di riorientare il sistema degli interventi e dei servizi sociali, da coordinarsi con quelli sanitari e socio-sanitari, secondo modalità, definite innovative, adeguate alle problematiche emergenti in relazione alle rapide e complesse evoluzioni economiche, sociali e culturali in atto. Mutano i bisogni della popolazione e aumentano le persone e le famiglie in carico alle Amministrazioni comunali e alle Aziende Ulss secondo le rispettive competenze.

Il piano viene definito strumento di ricognizione dei bisogni per assicurare l'integrazione sociosanitaria e sociale per la ricomposizione e l'ottimizzazione delle risorse provenienti dalle reti, istituzionali e non, del territorio. Integrazione, quindi, tanto a livello di governance quanto a livello organizzativo e operativo.

Le innovazioni vengono così evidenziate:

> per quanto riguarda le finalità, i nuovi principi fondanti gli indirizzi della Conferenza dei Sindaci ai Comitati dei Sindaci di distretto e ai tavoli tematici a supporto della programmazione locale, sia in fase di individuazione degli obiettivi e priorità che di realizzazione degli interventi, sono l'integrazione istituzionale, gestionale e operativa, i processi di armonizzazione nell'obiet-

tivo di assicurare livelli essenziali sia nel sociale che nel sociosanitario, lo sviluppo di un welfare di comunità e del principio di generatività.

- > per quanto riguarda le aree di intervento, viene inserita l'area della povertà e inclusione sociale e viene richiesta l'adozione di strategie per garantire l'integrazione tra le diverse aree nella fase di intervento, di gestione e di valutazione;
- > per quanto riguarda le modalità di partecipazione e di coordinamento, si mettono anche qui in evidenza le funzioni e il ruolo della Conferenza dei Sindaci dell'Azienda Ulss e del Comitato dei Sindaci che approva il Piano di Zona di Distretto;
- > per quanto riguarda la durata e la struttura del piano sono previste la durata triennale e la relazione valutativa annuale come premessa di sintesi introduttiva al documento di ripianificazione quale parte integrante dello stesso.

Si rileva la necessità di armonizzare (secondo modalità, a dire il vero, non ben definite) modelli e interventi che risultano essere differenti non solo da settore a settore, ma anche da territorio a territorio, superando, come prescrive il Piano socio-sanitario regionale, eventuali frammentazioni, sovrapposizioni e inefficienze di sistema, prevedendo lo sviluppo di aree di valutazione e progettazione trasversali attraverso tavoli tematici specifici utili a completare, integrare e aggiornare le strategie e gli ambiti di intervento. La governance del piano delinea le responsabilità dei diversi attori istituzionali: Regione, Comuni, Azienda Ulss e altri Enti, soggetti del terzo settore e parti sociali.

In particolare, i Comuni, ricompresi nei distretti delle Aziende Ulss, sono rappresentati dai Comitati dei Sindaci di Distretto (art.26 comma 4 della legge 19/2016), cui spetta la titolarità delle funzioni concernenti la programmazione degli interventi sociali a livello locale e l'espressione dell'intesa sulla programmazione delle attività socio-sanitarie dell'Azienda Ulss.

A proposito degli assetti organizzativi previsti dalla legge 19 e dal Piano socio-sanitario, le linee guida regionali richiamano in modo significativo quanto previsto dal Piano regionale per il contrasto alla povertà a fronte del carattere innovativo dello strumento e della specifica disciplina di fonte

nazionale. Vanno assicurati i necessari coordinamenti tra gli organismi di rappresentanza: Comitato dei Sindaci di Distretto e Comune capofila.

Tale Piano indica quali titolari di fondi e funzioni i 21 ambiti territoriali sociali istituiti ai fini dell'attuazione del D.Lgs. 147/2017 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà". I Comuni di ogni Ambito territoriale sociale devono dotarsi di un Atto di programmazione territoriale per la definizione delle attività di rafforzamento del sistema di interventi e servizi in attuazione del Piano regionale per il contrasto alla povertà 2018-2020, rispetto al quale occorre garantire ogni possibile integrazione e sinergia con il sistema degli interventi e dei servizi sociali, sanitari, socio-sanitari e per l'inclusione.

Le Aziende Ulss partecipano al processo di programmazione locale contribuendo alla ricognizione dei bisogni, perseguendo lo sviluppo della rete dell'assistenza territoriale nell'obiettivo di garantire l'integrazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure in un quadro di ricomposizione e ottimizzazione delle risorse provenienti dalle reti formali ed informali e, più in generale, dalla comunità locale di riferimento. I tavoli tematici di area rappresentano l'articolazione organizzativa attraverso la quale si realizza il coinvolgimento degli attori del territorio e si concretizza il processo di confronto territoriale. Tra i tanti soggetti partecipanti al processo di programmazione figurano una serie di attori istituzionali come i Centri per l'impiego, gli Istituti scolastici, le Ater, le Ipab, i Tribunali ordinari e per i minori, le Comunità montane, l'Inps e l'Inail.

Nel processo di progettazione, finanziamento e realizzazione degli interventi, il Piano di zona costituisce, inoltre, il termine di riferimento, territoriale ed istituzionale, nei confronti dei soggetti del terzo settore, tenuto conto delle innovazioni introdotte dalla recente riforma, per il loro coinvolgimento e coordinamento. Nelle linee guida è altresì evidenziato come nell'ambito del coinvolgimento degli attori locali, gli Enti titolari, con particolare riguardo ai Comuni, possono attivare altre strategie di promozione della partecipazione, sia di tipo informativo che di co-progettazione degli interventi con attori specificamente selezionati.

L'approccio, come stabilito dal piano socio-sanitario regionale, risulta, quindi, particolarmente orientato alla valutazione della capacità produttiva esistente in rapporto al fabbisogno.

Ma il piano di zona è solo una questione di fabbisogno e di produzione? Una questione di unità di offerta e di relazioni di tipo economico finanziario? Al di là della corretta lettura dei bisogni di un territorio, la garanzia dell'individuazione dei contenuti di un welfare di comunità, di un welfare generativo dove si colloca se non nell'iniziativa e nella progettualità propria dei Comuni? Ma in che misura i Comuni procedono in questo esercitando convintamente la propria autonomia e di pari passo? Quanto investono nella ricerca di un rafforzamento dei contenuti sociali e di strategie condivise? Quanto incide l'eterogeneità politica delle amministrazioni dei diversi territori? Non sarà che l'Azienda Ulss diventa il soggetto cui delegare le responsabilità delle scelte con la conseguente prevalenza di criteri tecnici anzichè di effettivo indirizzo politico?

Da queste previsioni emerge un quadro nel quale i Comuni, al di là di quanto previsto sul piano formale in termini di competenza, si trovano inseriti in uno schema procedimentale assai complesso, soggetto a più livelli di elaborazione, accompagnati e supervisionati dall'Azienda Ulss attraverso il Direttore dei Servizi socio-sanitari cui spetta il compito di operare "per un miglior coordinamento dei servizi sociali del territorio" al fine di assicurare tutte le attività connesse alla definizione, implementazione e monitoraggio dei piani di zona nel definito perimetro distrettuale. L'influenza dell'Azienda Ulss appare pertanto prevalente, specie se fondata sulle deleghe conferite, e la figura del Direttore dei Servizi socio-sanitari, posto a capo del gruppo tecnico dei referenti dei tavoli tematici, coordinato dall'Ufficio di piano, si trova ad esprimere ben più della funzione di supporto prevista sulla carta.

## La gestione associata dei servizi

---

Le politiche sociali sono un aspetto fondamentale delle politiche integrate per lo sviluppo di un territorio e, come rilevato, non possono essere ridimensionate da formule gestionali riduttive. La soluzione possibile se non auspicabile, in alternativa alla delega, è quella della gestione associata dei servizi tra i Comuni, ad esempio attraverso l'individuazione di un soggetto terzo, forte ed autorevole, cui affidarne la responsabilità ed insieme ridefinire su altre basi i rapporti tra la Conferenza dei Sindaci e l'Azienda Ulss. In molte realtà a livello nazionale, specie al nord o al centro, la gestione associata si è affermata come modalità ordinaria di gestione dei servizi sociali attraverso una pluralità di soluzioni organizzative e di strumenti quali:

- > convenzioni e accordi di programma senza la costruzione di un ente strumentale autonomo e rappresentativo
- > consorzi e aziende speciali a seconda della volontà di preservare la gestione pubblica dei servizi in un'ottica di economicità e di efficienza o la loro eventuale privatizzazione
- > unioni di comuni. Nel Veneto sono diffuse le unioni di comuni, ma nella generalità dei casi sono state create per l'esercizio associato delle cosiddette funzioni fondamentali. Nel Veneto l'unione è disciplinata dalla legge 18 del 2012 e questo terreno è senz'altro interessante da approfondire anche in materia sociale per caratteristiche di autonomia, stabilità e flessibilità.

La stessa dgr 426/19 relativa ai piani di zona dedica un paragrafo alle procedure per la gestione associata delle funzioni richiamando il piano di riordino territoriale di cui alla dgr 1417 del 6 agosto 2013 che riduce i livelli di gestione e programmazione, indicando l'ambito del Distretto come adeguato per l'esercizio associato delle funzioni comunali e stabilisce requisiti minimi, criteri di priorità e di finanziamento per le gestioni associate e per le unioni di Comuni, alle quali viene data la priorità. In tale contesto la gestione associata è uno strumento che i Comuni possono utilizzare per costruire e consolidare relazioni e alleanze, funzionali ad affrontare le sfide emergenti poste dai servizi, migliorandone l'offerta, e per governare uno sviluppo che possa anche travalicare i confini distrettuali, generando nuove identità territoriali basate sulle reti istituzionali. Il percorso da compiere richiede, appunto, lo sviluppo della cultura di rete, considerata una strada obbligata a fronte dei vincoli normativi e finanziari e la crescente domanda di servizi da parte delle collettività.

Tale approccio richiede modalità e strumenti diversi per conoscere il territorio e le dinamiche che lo caratterizzano, forme di governance politica condivisa, lo sviluppo della cultura della gestione basata sulla condivisione e la negoziazione, a livello sia politico che tecnico.

L'obiettivo primario di una gestione associata è altresì quello di definire i livelli essenziali delle prestazioni e l'uso ottimale delle risorse all'interno di un ambito territoriale nel quale i comuni mantengano poteri di indirizzo politico e di controllo diretto nella ricerca di una migliore integrazione con il settore sanitario.

Questo scenario può risultare anticipatore degli scenari previsti dalla legge 328/00 in materia di Liveas, coniugando l'individuazione dei destinatari e l'elenco degli interventi da garantire, il contenuto effettivo delle prestazioni e le condizioni di sostenibilità dal punto di vista delle risorse. Il confronto e la collaborazione con l'Azienda Ulss possono essere produttivi e paritari se i Comuni intervengono in modo unitario con la loro rappresentanza politica. E' difficile pensare che gli stessi processi decisionali legati anche alla diminuzione o alla possibile riconversione della spesa sanitaria possano essere governati senza il concorso diretto e attivo degli Enti locali, a condizione che

le loro prerogative siano effettivamente valorizzate da una spiccata sinergia e da una più forte capacità contrattuale.





## Conclusioni

---

Da quanto emerge dall'analisi e dalla valutazione del percorso sviluppatosi nel tempo, il ruolo dei Comuni, per quanto enunciato e disciplinato secondo titolarità e procedure ben definite, fatica a concretizzarsi in termini di sistema. Questo si verifica sia sotto il profilo della ricomposizione di politiche di welfare intese nel senso più ampio, sia nella gestione delle competenze in materia sanitaria, sociale e socio-sanitaria, ove si è via via determinato lo spostamento del baricentro a vantaggio dell'Azienda Ulss. Una tendenza accelerata in questi ultimi anni anche dalla dimensione provinciale dei territori delle Ulss introdotta con la legge 19/2016 e dalla tendenza, posta in capo a centri decisionali percepiti ancor più distanti dagli enti territoriali, ad omogeneizzare i modelli organizzativi acquisiti, lasciando ai margini il ruolo delle istituzioni rappresentative e, quindi, della stessa responsabilità democratica.

Come già evidenziato, questo quadro è accentuato dalla limitata propensione dei Comuni a fare gioco di squadra e alla scelta, che appare pressoché generalizzata, di delegare la gestione dei servizi alle Aziende Ulss. Resta da vedere, appunto, in che misura, nei diversi territori e ambiti distrettuali, la delega, come sottolineato, sia effettivamente partecipata e "consapevole" e si esprima concretamente attraverso meccanismi di corresponsabilizzazione legati all'individuazione degli obiettivi, al controllo effettivo del loro raggiungimento e alla congruità degli impegni economici messi a disposizione. In alternativa, si è richiamata l'opportunità di attivare strumenti quali

la gestione associata per recuperare l'esercizio di una titolarità piena. Gestione associata che i Comuni possono utilizzare anche per promuovere relazioni e accordi su nuove e più estese basi territoriali in relazione alle sfide da affrontare e alle risorse da condividere.

I nuovi piani di zona sono occasione per restituire protagonismo alle comunità locali e contribuire, nella migliore attuazione del modello veneto, a rivalutare la cultura della programmazione, in quanto espressione di politiche di welfare che solo l'Ente locale è in grado di formulare in pieno integrando le sue competenze con la piena valorizzazione di tutti i soggetti della rete territoriale. La dimensione culturale diventa centrale in un sistema a rete in cui il target diventa la comunità e il contesto in cui le persone vivono per la capacità di elaborare indirizzi e interventi che vadano oltre la logica della protezione/tutela per puntare sulla prevenzione, sull'attivazione delle risorse personali e relazionali e sulla qualità della vita comunitaria.

L'impegno è indirizzato alla ricerca di più avanzate forme di cooperazione tra l'Ente pubblico e tutti i soggetti del territorio che concorrono ad orientare le scelte e i comportamenti alla ricerca del bene comune.

Tale esigenza è resa ancor più pressante alla luce della situazione venutasi a determinare per effetto della pandemia da Covid 19.

Una situazione che ha accentuato le diseguaglianze sociali e determinato ulteriori criticità rispetto a quelle già presenti. Al punto che la Regione Veneto, con Dgr 1252 del 1.9.2020 e allegato documento di orientamento, ha stabilito di dare vita a Piani di Zona "straordinari", a fronte della necessità di rafforzare i livelli di attenzione in ogni settore di intervento e di aggiornare contenuti e prassi di lavoro che sono alla base della definizione delle strategie.

Piani di zona già approvati alla fine di febbraio 2021 a valere per il corrente anno che si propongono di rappresentare la risposta alla sfida assolutamente inedita della pandemia e di consolidare le nuove pratiche messe in campo per affrontare l'infragilimento delle varie reti e delle comunità in generale.

Se da un lato la risposta dei servizi ospedalieri è stata alta, il territorio ha mostrato tutta la difficoltà di cogliere e gestire segnali di disagio sempre più diffusi e trasversali. L'analisi e la valutazione dei Piani di Zona straordinari

andrà pertanto ad integrare le linee guida adottate con la già citata Dgr 426/2019 e la successiva ripianificazione triennale, all'interno della quale l'osservatorio e l'esperienza dei Comuni potranno risultare decisivi per ripensare anche i servizi sociali nel quadro della ripresa oltre l'emergenza sanitaria.

Un'opportunità importante, in ogni caso, resta sicuramente rappresentata dal terreno di confronto e dal modello organizzativo contenuto nel nuovo Piano regionale per il contrasto alla povertà 2018-2020. Il Piano presenta alcuni concetti chiave sicuramente innovativi:

- la visione allargata del target di riferimento (la povertà non solo economica);
- l'evoluzione del modello di integrazione;
- un nuovo schema di governance basato sul superamento della frammentazione istituzionale ed organizzativa;
- e, in particolare, il rafforzamento dei soggetti pubblici impegnati nel contrasto alla povertà e all'esclusione sociale e il potenziamento delle reti territoriali;
- la costituzione di specifici ambiti territoriali sociali di intervento e dei relativi nuclei operativi nei quali le Conferenze dei Sindaci assumono il coordinamento attraverso il tavolo territoriale per la rete della protezione e dell'inclusione sociale, la valorizzazione della componente tecnica e dei soggetti del terzo settore costituisce un'occasione per i Comuni di vedere recuperato il loro ruolo e, al tempo stesso, valorizzata la dimensione della rappresentanza democratica.

Al centro, previa garanzia della disponibilità di risorse, gli obiettivi fondamentali: un welfare generativo e dei diritti, l'affermazione dei livelli essenziali di prestazioni introdotti dal D.Lgs. 147/17 di contrasto alla povertà e un nuovo modello di integrazione: non solo quella socio-sanitaria, fino ad oggi prevalente, ma anche quella con le altre politiche rivolte alla persona proprie di un welfare di comunità.

Giunge a proposito, in questo contesto, quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dalle opportunità contenute nelle Mission 5

(Inclusione e coesione) e 6 (Salute), da considerare in forma integrata per cogliere le diverse prospettive di sviluppo previste nei due ambiti.

In particolare, nella prima si evidenzia, nella sezione dedicata a Infrastrutture sociali, Famiglia, Comunità e Terzo settore, la dimensione sociale delle politiche sanitarie, urbanistiche, abitative, dei servizi per l'infanzia, per gli anziani, per i soggetti più vulnerabili, così come quelle della formazione del lavoro, del sostegno alle famiglie, della multiculturalità, dell'equità tra i generi. Nel documento si fa riferimento al programma di investimenti da realizzare da parte dei Comuni singoli o associati negli Ambiti territoriali sociali e il loro ruolo nella definizione ed esecuzione dei progetti a valenza sociale. Viene esplicitato a chiare lettere che i Comuni sono protagonisti e che il coinvolgimento degli Enti locali è fondamentale. Il Piano esplicita, quindi, il ruolo dei Comuni nella più ampia cornice delle politiche di welfare come destinatari di risorse e titolari di capacità realizzative e di progettualità. Un' occasione tutta da scoprire.

*"Il terreno dei servizi sociali rappresenta un ambito privilegiato per affermare un' "amministrazione di relazione" rispetto alla tradizionale "amministrazione di attività". L'attivazione e il mantenimento del circuito relazionale amministrazione-pluralità dei soggetti sociali, costituisce perciò la principale delle funzioni pubbliche che l'ente locale è chiamato ad esercitare direttamente, rispetto alla quale far valere la responsabilità delle istituzioni locali nei confronti della comunità territoriale"*

(dal Piano di zona 2000-2002 Comuni di Venezia, Marcon, Quarto d'Altino, Cavallino Treporti, Ulss 12 veneziana).

# Appendice

---

## **1. L'approccio della proposta di Piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità 2003-2005. (Idee per i tempi presenti)**

---

C'è un documento, che risale all'anno 2003, nel quale sono riportati in modo significativo, e per questo interessante e indicativo, i termini della questione affrontata nel contesto di questo lavoro sul ruolo dei Comuni nel sistema socio-sanitario veneto. La peculiarità di quel documento sta nel fatto che contiene, in modo articolato e con quello che si potrebbe definire realismo politico-istituzionale, l'analisi e la descrizione dei nodi critici che abbiamo esaminato. Il fatto che le valutazioni in esso contenute siano espresse dalla Regione, poi, fa sì che le considerazioni oggetto del nostro studio trovino riscontro, pur a distanza di diversi anni, proprio dalla fonte principale di riferimento per la definizione dello scenario oggetto d'indagine.

Stiamo parlando di un progetto di legge d'iniziativa della Giunta regionale, Assessorato alle politiche sociali, rimasto peraltro a livello di proposta, in attuazione delle previsioni della legge regionale 11/2001. E' il PdL 396, di cui alla Dgr 10.6.2003, dal titolo "Piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità 2003-2005". La sezione B del documento ha per oggetto le politiche socio-sanitarie e sociali.

Nel riaffermare la centralità dell'integrazione socio-sanitaria, il documento evidenzia in premessa alcune criticità e problemi ritenuti a quel

tempo ancora aperti. Testualmente la proposta di Piano richiama l'esigenza di riequilibrare l'esercizio dei poteri istituzionali nella gestione dei servizi alle persone su scala locale, nella misura in cui al conferimento di deleghe di gestione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Ulss "non ha ancora corrisposto un adeguato riconoscimento di responsabilità nelle decisioni agli enti locali". Considerando il modello veneto di welfare regionale un capitale istituzionale e sociale da sviluppare, il documento evidenzia che "segnali di crisi sono evidenziati soprattutto dall'insofferenza degli enti locali a subire scelte di politica socio-sanitaria e di allocazione di risorse che non li vedano protagonisti riconosciuti nel loro ruolo di cofinanziatori del sistema di servizi integrati e di rappresentanza dei cittadini, essi stessi in quanto portatori di diritti e di risorse".

Le direttive strategiche del cambiamento dovrebbero pertanto, secondo la proposta, essere indirizzate alla sperimentazione di nuove soluzioni gestionali unitarie in grado di risolvere i problemi sul tappeto.

Dopo aver affrontato, nei vari capitoli, l'analisi dei bisogni, il sistema di offerta, gli obiettivi e le strategie nelle varie aree e per i diversi target di riferimento, il documento si conclude con un punto dedicato alle "azioni strategiche di più ampia portata", aperto da un titolo significativo: "Integrazione e globalità degli interventi - il modello veneto verso nuovi traguardi". Il capitolo si dedica ai modelli di gestione dei servizi alle persone e ai rapporti tra i soggetti istituzionali interessati, che nella Regione Veneto si traduce nella valutazione della qualità e dell'efficacia del modello della delega di gestione dei servizi sociali o di parte di essi alle Aziende socio-sanitarie. Il dibattito sull'opportunità o meno di utilizzare la delega di gestione dei servizi sociali alle Aziende socio sanitarie da parte dei Comuni ha consentito, secondo il documento, di riconoscere la possibilità di definire soluzioni concertate per favorire una gestione corresponsabile delle aree di bisogno afferenti all'integrazione socio-sanitaria.

I possibili sviluppi del modello veneto possono essere individuati, quindi, nella direzione di consolidare la collaborazione tra Ulss e Comuni tramite deleghe di gestione più ampie, garantendo ai Comuni maggiori poteri di indirizzo e controllo nella scelta delle priorità e nell'allocazione delle risorse. Una prima linea di azione del Piano "Tutta l'integrazione all'Ulss" è pertanto

quella di incentivare la gestione unitaria di tutte le funzioni integrate socio-sanitarie da parte dell'Ulss (modello 1). La gestione unitaria da parte dei Comuni delle prestazioni sociali ex art.22 della legge 328/2000, con esclusione degli interventi di carattere economico, si realizzerebbe con formule di gestione associata in ambiti territoriali coincidenti di norma con quelli delle Ulss. Non possono escludersi la delega di gestione delle funzioni sociali al Comune maggiore o l'ulteriore delega alle Ulss. Si riteneva infatti che nel corso di validità del Piano potesse essere verificata l'opportunità di una sperimentazione gestionale che prevedesse la gestione unitaria integrata e in ambiti territoriali coincidenti con quelli delle Aziende socio-sanitarie di tutte le prestazioni mediante un nuovo soggetto terzo da definire.

Il modello 2 prevede invece la gestione unitaria di tutti i servizi alle persone da parte di un nuovo e unico soggetto gestionale "l'Azienda locale dei servizi alla persona", con un Consiglio di Amministrazione e un Direttore generale, Azienda che avrebbe potuto incorporare le funzioni garantite dalle Ulss e quelle oggetto di gestione unitaria da parte dei Comuni. A.L.S.P., quindi, come soggetto gestore dei servizi con due azionisti, la Regione e i Comuni del territorio interessato, rappresentati negli organi di governo e con una gestione delle risorse con modalità unitarie, con assegnazione di budget ai tre macro livelli di assistenza: sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Il documento si dedica alla definizione di funzioni strategiche dei Comuni nel nuovo welfare regionale, in particolare per quanto riguarda la titolarità dei Comuni in ordine alla programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sociali. Si tratta di funzioni che richiedono il passaggio da un Comune storicamente impegnato in compiti "erogativi" ad un Comune programmatore e gestore delle strategie e valutatore dei risultati conseguiti a vantaggio della popolazione. Per questo si prevedono: un forte impulso alla pianificazione di zona dei Comuni, forme associative intercomunali facilitanti la gestione unitaria delle risorse e delle prestazioni assistenziali, la promozione della concertazione tra i soggetti dell'intervento sociale, la sperimentazione di forme innovative dei servizi alle persone (sociali, sociosanitari e sanitari).

La programmazione locale è chiamata quindi a ulteriori traguardi, garantendo unitarietà del processo programmatico integrando le scelte previste

dal programma attuativo locale e dal piano di zona. I due strumenti cioè vanno portati a sintesi unitaria con un unico strumento di programmazione.

Quanto alle forme associative per la gestione unitaria il documento sottolinea che, se l'esperienza della delega di gestione di alcune funzioni per l'erogazione delle risposte integrate sociosanitarie costituisce un punto qualificante del modello veneto, nello stesso tempo non è emerso un modello veneto nella gestione unitaria e strategica dei servizi sociali. I Comuni sono quindi chiamati ad investire anche nell'ideazione e sperimentazione di soluzioni idonee ai bisogni di un variegato territorio distinguendo tra esercizio della titolarità delle funzioni istituzionali, scelta delle priorità, allocazione delle risorse, scelta delle soluzioni gestionali, governo delle strategie, monitoraggio e valutazione ed esercizio di funzioni gestionali ed erogative che possono essere attribuite ad organizzazioni ad hoc per la gestione unitaria dei servizi sociali.

Gli obiettivi di politica sociale possono essere meglio perseguiti con il coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità locale. E per questo la concertazione è vista dalla proposta di legge non solo come strategia di valorizzazione dei diversi soggetti attivi nelle politiche sociali, ma come condizione strutturale e strategica per facilitare l'incontro delle responsabilità e delle risorse disponibili da investire nei traguardi definiti dalla programmazione. I Comuni in questa prospettiva diventano promotori e garanti della concertazione e quindi primi responsabili dei processi partecipativi da distribuire nel ciclo della vita delle politiche sociali.

L'idea di prevedere nella legge sperimentazioni gestionali nasce dalla necessità di far evolvere il modello veneto verso ulteriori mete: dalla gestione unitaria dei servizi sanitari e socio sanitari in capo all'Ulss alla ricerca di soluzioni idonee a favorire la gestione unitaria di tutti i servizi alle persone: sociali, sociosanitari e sanitari.

Un traguardo che non può essere raggiunto, si legge nel documento, pensando ad ulteriori deleghe di gestione alle Ulss, ma alla costituzione di un nuovo soggetto gestionale dove far confluire le competenze e le responsabilità regionali in materia sanitaria e le competenze e responsabilità comunali in materia sociale.



Si tratta quindi di prefigurare soluzioni che vedano la Regione e i Comuni corresponsabilizzati nell'ideazione e sperimentazione di una soluzione gestionale che risponda all'esigenza di garantire un accesso unitario a tutti i servizi alle persone, il governo complessivo del sistema locale di welfare nonché delle relative risorse e professionalità.

Se questo sarà realizzato, sottolinea il documento, si creeranno le premesse politiche e tecniche per ridefinire e potenziare il ruolo dei Comuni, non solo in ordine alle funzioni di assistenza sociale, ma anche in ordine all'assistenza sanitaria e alle politiche di tutela della salute.

La rilettura di questo documento, rimasto al livello di proposta, fa indubbiamente riflettere su quelle che ad un certo punto erano riflessioni e consapevolezze che nell'ambito della Regione avevano trovato piena cittadinanza, al punto da essere presentate in una proposta di Piano come opzioni tra le quali individuare la migliore. Poi abbiamo visto quale strada abbia intrapreso la Regione.

Ma quello che rileva è l'attenzione posta a quel tempo al ruolo dei Comuni, di cui viene individuata una centralità all'interno dei processi di programmazione e di gestione. Il periodo nel quale è stata presentata la proposta di legge è stato infatti caratterizzato da altre iniziative, peraltro rimaste sulla carta, e che richiamano in particolare il disegno di legge di iniziativa della Giunta regionale n.3 del 25.1.2002 "Testo organico per le politiche sociali della Regione Veneto" (PdL n. 241/ 2002), in attuazione di quanto previsto dal D.Lgs. 112/1998 e dalla legge regionale 11/2001, ugualmente decaduto. Poteva essere, nella stagione del decentramento, un momento favorevole per recuperare un riformismo orientato ad un riequilibrio di poteri che però è rimasto nelle intenzioni e non ha trovato terreno e condizioni politiche utili per arrivare a compimento.

Oggi però, a quasi vent'anni di distanza, quelle intenzioni, per di più espresse dalla Regione all'interno di una proposta di Piano, rappresentano spunti di indubbia attualità e ci fanno riflettere ulteriormente sulla concretezza del tema in discussione al fine di valutare ogni possibile scenario evolutivo in chiave di sistema.

**DOCUMENTO**  
**A CURA DI VE.R.SO.**  
**VENETO RICERCA SOCIALE**  
**verso-online.com**

Venezia, novembre 2021



—  
altre pubblicazioni:

- 1/2019      **IPAB DEL VENETO: UNA RIFORMA NECESSARIA!**
- 2/2020      **SANITÀ INTEGRATIVA WELFARE AZIENDALE**
- 3/2021      **VENETO: IL SISTEMA SOCIOSANITARIO CHE VOGLIAMO**

REALIZZATO GRAZIE AL CONTRIBUTO DELLA **FP CGIL VENETO**



■ [WWW.FPCGILVENETO.IT](http://WWW.FPCGILVENETO.IT)