

LA RIFORMA DEL WELFARE IN REGIONE LAZIO A PARTIRE DALLA LEGGE REGIONALE N.11 DEL 2016. IL RUOLO DEL TERZO SETTORE NELLA COPROGETTAZIONE SOCIALE

Abstract

Promuovere salute e benessere, ovvero programmare l'azione e l'innovazione delle risposte che debbono essere date alla popolazione che vive in un territorio, non può essere fatto prescindendo dalla capacità di azione e di governance che le amministrazioni regionali, distrettuali, comunali hanno. Il quadro che sinteticamente si percorre nel presente articolo vuole rappresentare lo sforzo che la Regione Lazio ha fatto e continua a fare per garantire equità e appropriatezza nelle politiche sociali regionali. La legge regionale n. 11/2016, nel rispetto del principio di sussidiarietà, riconosce, tra l'altro, e agevola il ruolo degli enti del Terzo settore promuovendone la partecipazione attiva nelle fasi di programmazione, progettazione e realizzazione concertata degli interventi sociali, nonché nella valutazione della qualità dei servizi offerti. Lo strumento cardine con cui la Regione attua queste politiche è il "Piano Sociale Regionale" ed è in esso che troviamo concretezza e concretezza d'azione.

Promoting health and well-being, or planning the action and innovation of the responses that must be given to the population living in a specific area, cannot be done regardless of the capacity for action and governance that the administrations have. The framework of this article aims to represent the effort that the Lazio Region has made and continues to make to ensure equity and appropriateness in regional social policies. The regional law n. 11/2016, respecting the principle of subsidiarity, recognizes and facilitates the role of Third sector entities by promoting their active participation in the programming, planning and concerted implementation phases of social interventions, as well as in the evaluation of the quality of the services offered. The "Regional Social Plan" is the key instrument with which the Region implements these policies and in it we can find awareness and concreteness of action.

Keywords: third sector, equity, social policies, Lazio region, subsidiarity.

La Regione Lazio con la legge 11 del 2016, «per la definizione e la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»¹, traccia le proprie politiche sociali al fine di sviluppare e favorire la giustizia sociale, la dignità, il benessere e l'autonomia della persona, assicurando così i livelli essenziali delle prestazioni sociali. La legge si ispira in via prioritaria ai principi e ai valori

¹ "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio" legge regionale approvata il 10/08/2016.



contenuti nella Costituzione, nella Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, nella Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e nella legge n. 328 del 2000.

Il sistema integrato costituito da interventi e servizi sociali, erogati in forma gratuita o con partecipazione della spesa, nonché da prestazioni economiche, si realizza con la cooperazione di diversi soggetti tra cui la Regione, gli Enti locali, le Asl, il Terzo settore, le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, il servizio civile volontario, gli organismi di cittadini e i sindacati. Tale sistema ha lo scopo di rimuovere e superare le situazioni di bisogno, promuovere e sostenere le responsabilità familiari, mettere al centro la persona sia come singola sia inserita nella famiglia, cercare di rimuovere le condizioni di disuguaglianza e di discriminazione dovute a limitazioni personali e sociali, a condizioni di non autosufficienza e a difficoltà economiche.

Le politiche del sistema integrato sono rivolte infatti a famiglie con minori, a bambini e adolescenti per la prevenzione e il trattamento del disagio psicopatologico, alle persone con disabilità e persone con disagio psichico, alle persone anziane, agli immigrati, alle persone vittime di violenza e maltrattamenti, alle donne gestanti e in condizioni di disagio sociale, ma anche alle persone sottoposte a provvedimenti penali e alle persone dimesse dagli ospedali giudiziari. Inoltre, sono previste anche politiche a favore delle persone senza fissa dimora, politiche per la prevenzione e trattamento delle dipendenze, politiche abitative e rigenerazione urbana e infine politiche per l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate.

Le prestazioni previste riconoscono quindi i diritti civili e sociali delle persone, richiamando gli obiettivi della strategia Europa 2020 sull'inclusione sociale. In tal modo, la Regione sostiene e garantisce i diritti e i doveri di cittadinanza sociale, la qualità della vita delle persone, delle famiglie e delle comunità, l'autonomia individuale, la coesione sociale, l'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio e di esclusione, richiamandosi ai valori di cui all'articolo 3 della Costituzione, per la costruzione di una cittadinanza attiva.

Una delle principali finalità di questa legge riguarda, per le persone disabili, il diritto al piano personalizzato di assistenza. Tale piano è predisposto, in collaborazione con il beneficiario, con il suo tutore o con i familiari (art. 14 della legge 328/2000) dal Servizio Sociale professionale che garantisce in presenza di bisogni complessi la valutazione multidimensionale, ossia l'intervento integrato di diversi servizi ed operatori e il coordinamento e l'integrazione delle prestazioni socio

assistenziali con le prestazioni sanitarie e con le altre prestazioni erogate a livello territoriale quali la formazione, l'istruzione e il lavoro. Il Servizio Sociale professionale inoltre garantisce la continuità assistenziale e l'individuazione di un soggetto responsabile dell'attuazione del piano individualizzato.

Attraverso il sistema integrato in pratica è possibile: concorrere al contrasto della povertà e fornire un sostegno al reddito, come il riconoscimento del reddito minimo garantito cui possono accedere per esempio le persone senza dimora, compresi i padri separati; mantenere a domicilio le persone anziane, disabili, con disagio psichico, sostenendo le famiglie che si fanno carico del bisogno di cura; tutelare i minori che vivono situazioni di disagio tramite il sostegno al reddito familiare di origine o l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare.

Il sistema integrato previsto dalla presente legge, garantisce l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali previste dallo Stato, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, così come definiti dall'art. 22 della L. 328/2000². Pertanto la Regione e gli enti locali, attraverso le modalità indicate dal piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, assicurano un omogeneo livello di prestazioni attraverso: il servizio sociale professionale; il servizio di segretariato sociale per favorire

² a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;

b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;

c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;

d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;

e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;

f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;

g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;

h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;

i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

l'accesso ai servizi, mediante l'informazione e la consulenza ai cittadini; il punto unico di accesso, garantito in ogni distretto socio sanitario; il pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza; il servizio di assistenza domiciliare per soggetti e nuclei familiari con fragilità sociali e con le prestazioni di cura sociali e sanitarie integrate; le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali, i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Per rispondere in maniera appropriata ai bisogni sempre più complessi delle persone, il Distretto Socio Sanitario rappresenta il luogo più adeguato dove programmare ed implementare risposte unitarie e continuative che considerino la persona, la famiglia e la comunità di appartenenza nella loro globalità, attraverso il coordinamento di tutti gli interventi necessari e la partecipazione di tutti gli attori coinvolti. Va sottolineato che per praticare qualsiasi forma di integrazione il concetto di salute non va considerato solo per la presenza o meno di malattie ma vanno considerati anche altri aspetti legati alle condizioni economiche delle persone, alle relazioni, al grado di coesione sociale. Ciò per rafforzare forme di integrazione ottimali al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni e non lasciare senza risposte aree importanti di bisogno.

L'atto indispensabile che la nuova legge regionale individua quale strumento per la programmazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato è il "Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali"³, definendone in maniera attenta e puntuale:

«a) gli obiettivi di benessere sociale da perseguire in relazione agli stati di bisogno ed ai fattori di rischio sociale da contrastare, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale per quanto concerne gli obiettivi da realizzare attraverso prestazioni sociosanitarie integrate;

b) gli stati di bisogno nonché le aree e le azioni prioritarie di intervento;

c) le tipologie dei servizi e degli interventi che costituiscono i livelli essenziali di prestazioni da assicurare in modo omogeneo sul territorio;

d) i parametri per la valutazione delle condizioni di accesso prioritario alle prestazioni, di cui all'articolo 6, comma 5;

e) le modalità di verifica dei risultati;

³ Piano sociale regionale denominato "prendersi cura, un bene comune". Deliberazione del Consiglio Regionale 24 gennaio 2019, n. 1.

- f) le modalità di erogazione delle prestazioni sociali da garantire sul territorio regionale e le condizioni di esigibilità delle medesime;
- g) le modalità di raccordo fra la programmazione regionale e quella locale e le modalità per la formulazione dei piani sociali di zona di cui all'articolo 48, per la loro attuazione e la loro verifica;
- h) l'entità e le modalità di finanziamento del sistema integrato, con indicazione, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, della quota di risorse finanziarie destinata alle attività sociali a rilevanza sanitaria e all'attivazione e gestione dei punti unici di accesso di cui all'articolo 52;
- i) gli obiettivi e le priorità per la concessione dei contributi per spese di investimento;
- j) i criteri di ripartizione fra i distretti sociosanitari delle risorse finanziarie di cui all'articolo 64, comma 3, nonché l'eventuale quota di risorse destinate alla realizzazione di progetti di interesse regionale ai sensi dell'articolo 33, comma 2, lettera w;
- k) i parametri per la determinazione del sistema tariffario e della compartecipazione degli utenti ai costi delle prestazioni;
- l) i criteri per la sperimentazione di servizi e interventi volti a rispondere a nuovi bisogni sociali e a introdurre modelli organizzativi e gestionali innovativi;
- m) i programmi speciali di intervento sociale finalizzati alla riqualificazione di specifiche aree territoriali o alla soluzione di particolari problematiche sociali;
- n) il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali per le diverse tipologie di utenza;
- o) le modalità per il coordinamento e l'integrazione dei servizi socioassistenziali con quelli sanitari ed educativo scolastici;
- p) le esigenze e gli ambiti di formazione, riqualificazione ed aggiornamento degli operatori sociali e sociosanitari nell'area dell'assistenza sociale;
- q) le risorse per la realizzazione ed il funzionamento del sistema informativo dei servizi sociali;
- r) le modalità per la programmazione partecipata e per il coinvolgimento degli utenti nel controllo della qualità dei servizi e degli interventi del sistema integrato».

È la Giunta regionale che predispone il “Piano” sottoponendolo al parere della Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale, di Roma Capitale, della delegazione

del CAL⁴, delle reti associative di secondo livello del terzo settore, dell'Osservatorio permanente sulle famiglie, delle consulte di settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Solo dopo questi passaggi, il "Piano" potrà essere discusso ed approvato dal Consiglio regionale, con durata triennale e possibilità di revisione annuale.

In fase di predisposizione e stesura della bozza del primo Piano sociale regionale successivo alla nuova riforma del welfare nel Lazio, la Giunta regionale è stata coadiuvata dal supporto tecnico ed operativo di un organismo scientifico esterno, l'ateneo di Roma Tor Vergata, in associazione temporanea con il Forum del terzo settore⁵ e l'associazione Oasi⁶, che sono risultati vincitori di una gara ad evidenza pubblica tra le otto università del Lazio. Contemporaneamente, è stato avviato un percorso di condivisione con gli attori sociali. Il risultato sinergico di questi due percorsi è stato l'aver a disposizione uno strumento operativo indispensabile ed improrogabile, connesso al miglior esercizio delle funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale.

Quale conferma del percorso virtuoso seguito dalla Giunta dopo l'approvazione della legge di riforma del welfare regionale è interessante esaminare le due delibere che nel 2017 la stessa Giunta ha adottato.

In esse ritroviamo come l'adozione del Piano risulti essere un'esigenza operativa indispensabile ed improrogabile, connessa all'esercizio delle funzioni regionali di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale, in ragione anche del fatto che l'ultimo ed unico Piano socio-assistenziale regionale è risalente al triennio 1999-2001.

Inoltre, viene evidenziato che si è provveduto alla individuazione di due diversi livelli organizzativi per la gestione del processo di elaborazione partecipata del nuovo Piano sociale regionale: 1) un Comitato di coordinamento, in cui è presente sia la componente tecnica amministrativa della Direzione regionale (direttore e dirigenti) sia la componente politica per garantire la piena coerenza

⁴ Lo Statuto della Regione Lazio, all'art. 66, definisce il CAL «organo rappresentativo e di consultazione degli enti locali, ai fini della concertazione tra gli stessi e la Regione», stabilendo che sia istituito presso il Consiglio regionale.

⁵ Associazione di enti del Terzo settore maggiormente rappresentativa sul territorio nazionale in attuazione degli articoli 59 e 64 del Codice del Terzo Settore.

⁶ <https://www.oasisociale.it/>

con l'indirizzo politico e strategico dell'amministrazione. Il suddetto Comitato, nello specifico, aveva il compito di sovrintendere alla redazione del Piano, alla articolazione delle proposte, alla assunzione degli impegni in esso contenuti, di coordinare e monitorare lo sviluppo e l'implementazione del Piano stesso, in relazione con l'Università incaricata dell'assistenza tecnico-scientifica e con gli altri organi del Piano; 2) tavoli tematici, istituiti volta per volta su specifici temi e materie, presieduti dai dirigenti competenti o funzionari delegati per i servizi interessati e partecipati da esperti e tecnici del territorio, dei distretti, del Terzo Settore, delle ASL, ed altri, con compiti di approfondimento tecnico.

Va ulteriormente sottolineato che gli atti di competenza dell'Assessorato erano stati, in un primo momento, riportati sotto un'unica Direzione regionale, quella definita "Salute e politiche sociali", per poi ritornare ad essere la Direzione regionale per l'inclusione sociale.

Questo doppio passaggio viene quasi enfatizzato nella prima stesura del Piano sociale dove si fa riferimento «alla programmazione dei servizi sanitari, in un'ottica di progressiva integrazione sociosanitaria, di cui è evidente segno anche la recente unificazione delle Direzioni regionali relative alla Sanità e al Sociale». L'ulteriore modifica sfugge al legislatore regionale nell'approvazione definitiva del 2019 in quanto la direzione non risultava più essere unificata ma nuovamente di esclusiva competenza sociale.

L'atto appena considerato è contenuto nella Deliberazione 14 febbraio 2017, n. 57 - legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47, comma 1. Predisposizione dello schema del Piano sociale regionale "Prendersi cura, un bene comune".

Ad esso segue la Deliberazione 26 aprile 2017, n. 214 - legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47 comma 2. Approvazione della proposta del Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune".

In questa seconda stesura vengono riprese le osservazioni pervenute dai soggetti ai quali era stato inviato il documento concernente lo schema del nuovo Piano sociale regionale, oggetto della precedente D.G.R. 57/17, per l'acquisizione del previsto parere ai fini della prosecuzione dell'iter di approvazione del Piano e cioè Roma Capitale, Consiglio delle Autonomie Locali, Consulta regionale per i problemi della disabilità e dell'handicap, CGIL – CISL – UIL; AGCI Lazio – Conf-cooperative Lazio – Lega Coop sociali Lazio e si approva la proposta del nuovo Piano sociale

regionale denominato “Prendersi cura, un bene comune” da sottoporre, a seguire, all’esame del Consiglio regionale.

La proposta di Piano introduce un nuovo modello di governance delle politiche sociali fondato sulla centralità della persona, sulla partecipazione e sulla integrazione. Contiene obiettivi specifici quali il superamento della soglia delle povertà, il rafforzamento delle reti, la riduzione dell’isolamento e della solitudine delle persone a maggior rischio di esclusione sociale, insieme a strumenti atti ad assicurare servizi di qualità in tutti i territori in modo omogeneo, agevolare i percorsi di accesso e di presa in carico integrata, aumentare l’appropriatezza degli interventi in una logica di welfare generativo volto a superare forme di dipendenza, infine la possibilità di valutare l’efficienza del sistema, la conoscenza degli stati di bisogno affinché si possa ottenere una più rispondente ed efficace programmazione e gestione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari.

Questo periodo di transizione, tra la legge di riforma e il piano sociale regionale denominato “prendersi cura, un bene comune” approvato formalmente dal Consiglio regionale il 24 gennaio 2019, ha visto la Giunta impegnata a fornire strumenti cogenti utili a dare efficacia agli obiettivi previsti dal piano. Infatti, in coerenza con le indicazioni contenute nella legge 8 novembre 2000, n. 328, gli obiettivi della programmazione regionale in campo socio-assistenziale tendono a promuovere la realizzazione di forme associative tra i comuni a livello distrettuale per la programmazione degli interventi attraverso l’approvazione di una convenzione tra i comuni aderenti allo stesso Ambito/Distretto sociale.

È con la Deliberazione 17 ottobre 2017, n. 660, che la Giunta individua, potremmo dire conferma quanto già previsto dal piano sociale del 1999, gli ambiti territoriali di gestione in 36 Distretti oltre a Roma Capitale come stabilito dalla proposta di piano sociale ed in cui il distretto socio-sanitario è il luogo dell’unitarietà della programmazione e dell’implementazione della rete dei servizi; in essa viene richiamata la riforma del Titolo V della Costituzione che all’articolo 117⁷ pone i servizi sociali tra le materie residuali di competenza delle Regioni con l’obiettivo di mettere a sistema la funzione sociale degli enti locali ed assicurare l’effettivo e più efficiente esercizio della

⁷ Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.

funzione e dei servizi sociali; vengono richiamati sia i commi 1 e 2 dell'articolo 35 della legge regionale n. 11/2016 che recitano, testualmente:

«1. I comuni, in attuazione del principio di sussidiarietà di cui all'articolo 118 della Costituzione, sono titolari di tutte le funzioni amministrative concernenti l'organizzazione e la gestione degli interventi e dei servizi del sistema integrato. 2. La Regione individua nella gestione associata da parte dei comuni, nell'ambito territoriale ottimale di cui all'articolo 43, secondo le forme associative previste dalla normativa vigente, la modalità attraverso la quale perseguire l'efficacia e l'efficienza del sistema integrato, anche al fine di garantirne il coordinamento e l'integrazione con i servizi sanitari erogati dal servizio sanitario regionale» sia la proposta di Piano sociale regionale, che la successiva deliberazione della Giunta regionale n. 537 del 9 agosto 2017 in cui si sollecitano i distretti verso la scelta di forme di gestioni stabili, aventi personalità giuridica, prevedendo anche incentivi finanziari mirati.

Dispone infine che entro 180 giorni dalla pubblicazione della deliberazione gli ambiti ottimali così come individuati qualora non procedano alla costituzione di consorzi o unione di comuni dovranno adottare la convenzione sul modello contenuto nella deliberazione della Giunta regionale n. 395 del 24 giugno 2014 e comunica inoltre che, in caso di mancato rispetto degli adempimenti, la Regione stessa avrebbe provveduto alla attivazione dei poteri sostitutivi di cui all'articolo 67 della legge regionale n. 11/2016.

Con quanto detto è possibile affermare che, in attesa del piano regionale, la Giunta adotta provvedimenti cogenti in forza della novellata riforma del welfare regionale.

In linea con l'azione riformatrice e interventista della Giunta è interessante rilevare che con la deliberazione del 2 marzo 2018, n. 149 entra in vigore la disciplina per l'integrazione socio-sanitaria in attuazione dell'art. 51, commi 1-7, art. 52, comma 2, lett. c), e art. 53, commi 1 e 2 della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11.

Le nuove disposizioni riguardano il modello di governance integrata tra distretti socio-sanitari, Comuni e Asl; il Punto Unico di Accesso alle prestazioni socio-sanitarie, che costituisce il riferimento per l'avvio della presa in carico dei cittadini per i percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati; la Valutazione multidimensionale e il Piano di Assistenza Individuale, attraverso i quali, in presenza di bisogni complessi della persona, viene disposto in maniera integrata l'intervento di

diversi servizi ed operatori sociali, sanitari e socio educativi, grazie all'intervento coordinato di un'unità valutativa composta da professionisti di diversi ambiti disciplinari.

Inoltre, è presente lo Schema di convenzione per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria, che le ASL e gli Enti locali che compongono i singoli distretti socio-sanitari dovranno stipulare entro il 20 settembre 2020; la Scheda di prelievazione del PUA, che sarà ricompresa nel Sistema Informativo Assistenza Territoriale e che consentirà di uniformare le modalità per la presa in carico degli utenti all'interno della Regione Lazio ed il Piano per l'integrazione socio-sanitaria nei servizi per le adozioni, che rivede il modello del servizio regionale per le adozioni e che mette a sistema i vari livelli di intervento destinati alle famiglie adottive.

In particolare, le Linee guida sono finalizzate alla definizione del percorso di integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio e contengono le indicazioni necessarie per completare il processo di cambiamento in atto nella Regione Lazio circa il rafforzamento dell'integrazione tra politiche della salute e politiche sociali, in modo da rendere omogeneo il livello delle prestazioni su tutto il territorio regionale.

Infatti, poiché «è ormai generalmente riconosciuto che, nelle aree ad alta integrazione socio sanitaria, un intervento esclusivamente tecnico sanitario non è in grado di garantire prognosi definitive, e, addirittura, può talvolta rivelarsi un fattore di cronificazione e disabilità per la persona e la sua comunità di riferimento» (Righetti 2013), il contesto normativo contenuto nelle Linee guida richiama le regole che a partire dall'articolo 3-*septies* del decreto legislativo n. 502/1992 e dall'articolo 3 del DPCM 14 febbraio 2001 che definiscono l'integrazione socio sanitaria quali «attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, 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» e distinguono ruoli e funzioni in materia sociale e sanitaria giungono al Decreto del Presidente del Consiglio del 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502» in cui si regola l'integrazione socio sanitaria al capo IV, prevedendo all'articolo 21, linee di indirizzo, da emanarsi con specifico Accordo Stato Regioni per realizzare percorsi assistenziali integrati.

Lo stesso articolo dispone l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico e la valutazione multidimensionale del bisogno sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Inoltre, al comma 3 individua nel Progetto di Assistenza Individuale (PAI) lo strumento che definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona.

Le Linee guida definiscono il Modello di governance incentrato sul Distretto sociosanitario che è «l'ambito territoriale e organizzativo entro cui si realizzano la programmazione e la erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie e di quelle sociosanitarie integrate» (art. 43, legge regionale n. 11/2016). Al distretto spetta l'attività di controllo al fine di monitorare l'attuazione dei processi assistenziali integrati, correlando le risorse impiegate ai risultati ottenuti.

Gli strumenti di programmazione delle attività sociosanitarie sono il Piano Sociale di Zona e il Programma delle Attività Territoriali.

Il Direttore del Distretto sanitario e il Responsabile dell'Ufficio di Piano collaborano per il raggiungimento degli obiettivi fissati ed il conseguimento dei suindicati obiettivi di integrazione sociosanitaria definiti nei Programmi delle Attività Territoriali e nei Piani Sociali di Zona costituiscono uno degli elementi di valutazione del Direttore del Distretto sanitario e del Responsabile dell'Ufficio di piano, nell'ambito del sistema di misurazione e valutazione della performance individuale.

Al fine di poter operare una programmazione effettivamente condivisa e congiunta, i due atti dovranno prevedere dei contenuti minimi tra cui:

«1. Rilevazione dei bisogni della popolazione divisa per target e percezione del relativo stato di salute.

2. Mappatura dell'offerta dei servizi esistenti sul territorio suddivisa in servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari. Questi ultimi devono essere ripartiti per ore erogate di assistenza domiciliare sanitaria, medica, tutelare sociale e per la cura dell'ambiente domestico, anche sulla base dei dati desumibili dai sistemi informativi correnti.

3. Analisi dei punti di forza e dei punti di criticità del sistema complessivo dell'offerta.

4. Priorità e obiettivi strategici per il governo del sistema integrato locale.

5. Programmazione delle azioni suddivise per le singole aree di intervento (corredate delle schede relative al singolo progetto/servizio/intervento).

Le aree d'intervento sono così ripartite: a. Area azioni di sistema; b. Area materno infantile (minori e famiglia); c. Area anziani; d. Area disabili; e. Area dipendenze; f. Area salute mentale; g. Area patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale; h. Area inabilità o disabilità, conseguenti da patologie croniche degenerative;

6. Scheda finanziaria del piano».

Una particolare attenzione viene data al Punto Unico di Accesso alle prestazioni socio-sanitarie. Il Punto Unico di Accesso ai servizi socio-sanitari rappresenta il luogo dell'accoglienza socio-sanitaria ed è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, superando la settorializzazione degli interventi che troppo spesso rende complesso per l'utente l'accesso ai servizi.

Esso rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, rivolta tuttavia in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. Si configura pertanto come il primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità e diritto.

L'attivazione dei Punti Unici di Accesso parte da lontano, è stata regolata dalla Regione con la DGR n. 315 del 2011, che ne ha dettato le Linee di indirizzo, e la legge regionale n. 11/2016 ne dispone l'istituzione di almeno uno in ogni ambito territoriale ottimale. Secondo la legge regionale, le funzioni specifiche del PUA sono:

«a) orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli;

b) agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;

c) segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e della presa in carico integrata;

d) avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati».

È prevista la presenza di un Punto Unico di Accesso tra le funzioni base delle Case della Salute, connesso funzionalmente e operativamente con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste.

È possibile inoltre l'istituzione di più sedi PUA laddove se ne ravvisasse la necessità per motivi demografici e/o territoriali, al fine di realizzare una maggiore prossimità con i fruitori del servizio⁸. Il modello, così come definito nel 2011 e successivamente ripreso dal Piano Sociale approvato dalla deliberazione n. 214/2017, prevede che tutti i punti di accoglienza già attivi per l'utenza fragile (segretariati sociali, CAD, consultori familiari, ecc.), se dotati di personale appositamente formato alle funzioni PUA e se connessi al sistema informativo SIAT (Sistema Informativo Assistenza Territoriale)⁹ possono svolgere la funzione di front-office. Dobbiamo evidenziare che si parla spesso di formazione e, come vedremo in seguito sarà il "Piano" a definirne l'importanza e la centralità, ma la stessa non viene poi sovente attuata a danno degli utenti, del personale e della funzionalità dell'apparato. Il modello PUA prevede spazi di tipo operativo e rivolti al cittadino quali attività di accoglienza, informazione, orientamento, accompagnamento, decodifica del bisogno con risposta di primo livello (prevalutazione) e invio ai servizi sociali e/o sanitari competenti per dare risposte a domande semplici o complesse. Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione ed il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali e dai comuni dell'ambito territoriale ottimale. Tali aspetti sono definiti dal regolamento di cui ciascun PUA dovrà dotarsi. Il PUA deve prevedere necessariamente risorse umane dedicate per le specifiche funzioni, opportunamente formate ed abilitate alla ricezione e allo screening della domanda d'accesso nella rete dei servizi, capaci di codificare e decodificare il bisogno, di relazionarsi con la cittadinanza e con il sistema socio-ambientale di riferimento, di lavorare

⁸ I comuni nella regione Lazio sono 378 di cui 254 sotto i 5.000 abitanti che rappresentano il 67,20% del totale.

⁹ Il Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale (SIAT) supporta i Distretti Sanitari territoriali, gli enti erogatori e le strutture sanitarie regionali, nella gestione dell'intero processo di definizione, erogazione e monitoraggio di un progetto assistenziale (domiciliare, residenziale e semi-residenziale non autosufficienza e riabilitativo).

in équipe, di gestire funzioni organizzative e di coordinamento. Nella costituzione del modello organizzativo del PUA regionale, grande rilievo ha la scheda di prevalutazione che permette di effettuare una prima analisi e di guidare le prime azioni di orientamento (individuazione del bisogno semplice e/o complesso, avvio delle procedure per la valutazione multidisciplinare e per i supporti specialistici), nonché le risposte assistenziali immediate e urgenti. La scheda raccoglie un primo gruppo di informazioni (anagrafiche, socio relazionali ambientali, cliniche, assistenziali, amministrative), propedeutiche alla redazione del fascicolo personale che viene aperto al momento della presa in carico e che diventa la base per lo sviluppo di un linguaggio comune tra le diverse professionalità del settore sociale e di quello sanitario.

La valutazione multidimensionale è uno strumento di valutazione adottato dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD), formalmente riunita e collegata al PUA, e rappresenta una pratica di provata efficacia nella gestione del paziente complesso e fragile, grazie ad una appropriatezza organizzativa e all'efficacia dell'appropriatezza clinica.

Il ricorso alla valutazione multidimensionale previsto in modo esplicito dal DPCM 12 gennaio 2017 genera l'ultimo strumento delle Linee guida cioè il Piano Assistenziale Individualizzato, un documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno con l'intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per il paziente. All'interno del PAI trovano spazio elementi di valutazione clinica, assistenziale, sociale, psicologica e linguistico-comunicativa, tutti integrati e condivisi con il nucleo familiare e/o con i *caregivers* del paziente, in modo da garantirne quanto più possibile l'*empowerment*.

La presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie. La responsabilità del suddetto processo ricade sull'Ufficio Socio-sanitario Integrato, secondo l'organizzazione che ogni distretto si sarà data. Tale momento di responsabilità condivisa è utile per verificare (sulla base delle informazioni acquisite) anche la disponibilità di specifiche risorse da allocare nel budget di salute, allegato al progetto personale di cui sopra.

La Regione, al fine di dare attuazione alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui "determinanti sociali della salute" e alle relative raccomandazioni del 2009, adotta una

metodologia di integrazione sociosanitaria basata su progetti personalizzati sostenuti da budget di salute, costituiti dall'insieme di risorse economiche, professionali e umane necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale del soggetto assistito. La Scheda di Valutazione Multidimensionale del Disabile (SVaMDi) è costruita sulla struttura e sull'organizzazione concettuale dell'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), dove le abilità e le disabilità di una persona sono concepite come l'interazione dinamica tra le condizioni di salute e i fattori ambientali, interazione vista in termini di processo o di risultato.

Nell'Allegato B della stessa DGR 149 viene affrontato quello che possiamo definire il cuore del sistema integrato "Le prestazioni socio sanitarie nella Regione Lazio" con una prima scheda riportante sedici tipologie di "assistenza sociosanitaria" con i riferimenti normativi per ognuna di esse ed una seconda scheda che evidenzia tra quelle ricomprese nella prima, le prestazioni sociosanitarie compartecipate cioè quelle prestazioni per le quali l'entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle AA.SS.LL. e dei Comuni/utenti (DPCM 14.02.01 e DPCM 12.01.17). Abbiamo così una classificazione per "Tipologia di prestazione integrata" seguita da "Livello di assistenza – DPCM 14 febbraio 2001, DPCM 12 gennaio 2017" dalla "Percentuale di costi a carico dell'utente/Comune" e "Percentuale di costi a carico del SSR". Scendiamo così ad otto tipologie di assistenza i cui costi sono ripartiti in percentuali diverse tra l'utente/comune ed il SSR.

Ultimo allegato è lo "Schema di convenzione per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria" tra il Distretto Sociosanitario e l'Azienda Sanitaria Locale. Attualmente la "convenzione" così come predisposta non risponde a pieno al concetto di pari dignità tra EELL e ASL, essendo sbilanciata a favore di quest'ultima e la sua approvazione, compresa la sua modifica, è stata rinviata a settembre 2020.

È l'approvazione da parte del Consiglio regionale del nuovo Piano Sociale Regionale a gennaio 2019 a dare piena attuazione alla legge n. 11/2016, esprimendo come principio la centralità della persona nella comunità attraverso: i Livelli essenziali delle prestazioni; l'Integrazione Socio Sanitaria; l'Approccio di prossimità alla persona privilegiando interventi domiciliari; l'innovazione

nei processi partecipativi e nella valutazione d'impatto; una Metodologia basata sulla conoscenza, per la programmazione di interventi personalizzati.

Tra le novità nella legge si segnala qui che i Comuni dovranno gestire la maggior parte dei servizi sociali in forma associata, unendo le forze e le risorse in un ambito territoriale più ampio; diventa obbligatorio il piano sociale regionale, quale strumento di pianificazione ragionata delle politiche sociali e il sistema si apre alla partecipazione dei soggetti pubblici e privati che operano nel sociale, Comuni, Asl, Terzo settore, associazionismo, sindacato, cooperazione e impresa sociale in un'ottica di sussidiarietà, come prevede la Costituzione.

Uno dei punti salienti del nuovo piano è la definizione dei "Livelli Essenziali delle Prestazioni". Infatti, il Piano ha individuato degli obiettivi da validare sulla base dei dati relativi agli stati di bisogno della popolazione, all'offerta dei servizi presente sul territorio ed alle risorse disponibili (art 22): Servizio di segretariato sociale; Punto Unico di Accesso; Servizio sociale professionale; Servizio di emergenza e pronto intervento assistenziale; Servizio di assistenza domiciliare; Residenzialità; Semi residenzialità. Segue "L'integrazione Socio-sanitaria" con obiettivi quali la programmazione congiunta tra l'area sociale e sanitaria; la semplificazione dell'accesso del cittadino ai servizi; la costruzione di un sistema fondato su cultura e linguaggi comuni; la realizzazione dell'integrazione istituzionale, organizzativa, professionale e finanziaria tra i servizi per garantire apporti multidimensionali e multidisciplinari; tutto ciò attraverso strumenti quali Punti unici d'accesso, accordi formali tra distretti sociali ed Asl, integrazione delle Unità valutative multidimensionali e dei servizi sociosanitari integrati ed infine formazione e aggiornamento congiunti del personale. Restando sull'integrazione possiamo affermare che quanto già considerato sulle azioni messe in campo dalla Giunta con la DGR 149 del 2018 l'approvazione del Piano rafforza ulteriormente questo strumento dando concretezza alle Azioni quali:

- Formazione e aggiornamento congiunti del personale del servizio sociale e sanitario, per la creazione di una base conoscitiva comune, di un linguaggio condiviso e di modelli operativi unificati.
- Programmazione territoriale triennale (aggiornata annualmente) integrata, attraverso il collegamento tra il Piano di Zona e il Programma delle Attività Territoriali (PAT) che dovranno contenere un identico capitolo, elaborato congiuntamente, sui LEA sociosanitari.

- Definizione, nell'ambito del capitolo integrato di cui al punto precedente, di un piano di sviluppo sociosanitario di breve, medio e lungo periodo che, sulla base degli indirizzi programmatici e in funzione dell'analisi di comunità, definisca l'offerta e il suo finanziamento, nonché le modalità di erogazione, i criteri di qualità, gli indicatori di valutazione dei risultati e degli impatti.

- Predisposizione di convenzioni o accordi di programma per la definizione delle modalità di collaborazione a livello distrettuale.

- Messa in rete dei servizi sociali e sanitari nel Distretto integrato, attraverso la costruzione di una porta unica di accesso al sistema integrato dei servizi territoriali, sia in termini di una sede condivisa, che di approcci, metodi e strumenti comuni.

- Integrazione e interoperabilità dei sistemi di raccolta dei dati sociali e sanitari.

L'“Approccio di Prossimità alla Persona” ha come obiettivi la Permanenza nel proprio contesto di vita; il Sostegno all'abitare; l'Inclusione nella comunità di appartenenza; la predisposizione di soluzioni abitative che riproducano le condizioni di vita familiari, tutto ciò attraverso la valorizzazione degli interventi socio sanitari domiciliari e la condivisione e lo scambio di informazioni tra servizi. Ritroviamo questi obiettivi negli “Indicatori e Standard del Servizio di Assistenza Domiciliare” che garantiscono in ogni distretto sociosanitario:

- implementazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

- estensione della quota di persone con limitazioni funzionali che fruiscono di servizi pubblici a domicilio;

- estensione delle ore erogate in funzione dell'intensità dei supporti necessari alla persona, rilevata in fase di valutazione;

- possibilità di scelta tra assistenza diretta, indiretta o mista.

Si tratta di un chiaro esempio di democrazia politica e gestione democratica delle opzioni che si aprono ai diversi attori oggetti delle organizzazioni e delle istituzioni e infine autori del progetto; nel campo delle politiche sociali, sono attori/autori sia i professionisti e gli operatori che offrono il servizio che gli utenti stessi dando vita ad una cultura organizzativa del servizio sociale che si deve

implementare, rafforzare e sviluppare mettendo al centro del proprio operare la persona, la qualità, la valutazione formativa e promozionale l'empowerment (Gui 2009).

La soluzione individuata da questo Piano "innovatore" è sicuramente la permanenza a domicilio in una formula dinamica che dovrà ispirare i registi dei servizi sociali e sanitari nell'individuare percorsi di vita il più attinenti possibili alle condizioni ed alle aspettative del cittadino utente. Questi concetti appena espressi li rinveniamo nell'"Innovazione nei processi partecipativi e nella valutazione d'impatto" i cui obiettivi sono così elencati:

- innovazione nei processi partecipativi per lo sviluppo di comunità responsabili e mutualistiche;
- realizzazione di un modello di welfare comunitario, fondato sulla sussidiarietà;
- creazione di un sistema integrato che sia espressione di un "welfare plurale";
- aiuto allo sviluppo di comunità, con il coinvolgimento di tutti i soggetti che sono chiamati a svolgere un ruolo nel riconoscimento e nell'affermazione dei diritti sociali.

Questi stessi obiettivi possono essere raggiunti con l'integrazione delle politiche e degli attori (sia istituzionali che non), dei programmi ed interventi, delle risorse umane, strumentali e finanziarie; attraverso la costruzione di un sistema fondato su criteri e modalità comuni e il coinvolgimento delle organizzazioni del Terzo settore nella coprogettazione, nella valutazione d'impatto delle attività, dei progetti e delle politiche attuate.

Il piano regionale, in base al fabbisogno rilevato, definisce interventi comunitari per accrescere il senso di appartenenza territoriale, per la coesione sociale, per la mediazione dei conflitti, per la cultura della legalità e del dialogo per tutte le categorie sociali.

La Formazione e l'aggiornamento congiunti del personale del servizio sociale e sanitario, insieme alla Programmazione territoriale triennale integrata ed attraverso il collegamento tra il Piano di Zona e il Programma delle Attività Territoriali (PAT) dovranno definire un piano di sviluppo sociosanitario di breve, medio e lungo periodo.

L'analisi di comunità dovrà favorire lo sviluppo della collettività, attraverso l'innovazione nei processi partecipativi e nella valutazione d'impatto delle attività, dei progetti e delle politiche con il coinvolgimento attivo delle organizzazioni del Terzo settore, permettendo di definire l'offerta e il

suo finanziamento, nonché le modalità di erogazione, i criteri di qualità, gli indicatori di valutazione dei risultati e degli impatti.

Questa metodologia è rafforzata da un percorso di coprogettazione che coinvolge i soggetti del Terzo settore come erogatori dei servizi sociali, rispondendo al principio di sussidiarietà richiamato nella legge 328/2000 ed è già prevista dalla delibera regionale n. 326/2017 «Linee guida in materia di co-progettazione».

Entriamo così nell'utilizzo di strumenti operativi di welfare partecipato, così come evidenziato nel Piano Sociale regionale che pone l'attenzione anche sui processi d'innovazione, aumentando le responsabilità condivise e modificando l'approccio culturale. Il Terzo settore entra così a pieno titolo nel sistema del welfare divenendo portatore di risorse e idee che nella co-progettazione si manifestano attraverso la collaborazione tra i diversi attori che si muovono nell'ambito del sociale e la distinzione dei modelli organizzativi e di erogazione dei servizi.

Occorre dunque da un lato implementare iniziative volte a favorire il processo, anche con l'utilizzo di un'altra delle parole chiave del Piano Sociale che è la formazione, dall'altro vanno ricordati i termini in cui il Consiglio di Stato nell'Adunanza della Commissione speciale del 26 luglio 2018 si è espresso sul parere richiesto dall'ANAC sulla «Normativa applicabile agli affidamenti di servizi sociali alla luce del d.lgs. 18 aprile 2016 n. 50 e del d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117».

L'ANAC ha successivamente predisposto le «Linee guida recanti “Indicazioni in materia di affidamenti di servizi sociali” che, in Consultazione on line del 10 maggio 2019 e con invio contributi entro il 5 luglio 2019», non sono state ancora definite. In esse la stessa Autorità ha invitato gli stakeholders a riflettere sulla necessità di operare un coordinamento tra la disciplina della coprogettazione prevista nel codice del Terzo settore e quella dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30/3/2001, non abrogata.

Inoltre l'ANAC, nelle stesse linee guida recanti «Indicazioni in materia di affidamenti di servizi sociali» ritenendo che «l'esclusione delle concessioni di servizi sociali dall'ambito di applicazione del codice comporterebbe la necessità di rimettere ad atti interni delle stazioni appaltanti l'intera regolazione di elementi fondamentali dell'istituto e, in specie, tutta la disciplina contenuta nella parte III del codice per le concessioni di servizi», per evitare un vuoto normativo, ha individuato una soluzione in base alla quale ha inserito che: «alle concessioni di servizi sociali si applicano le

disposizioni indicate all'art. 164 del codice dei contratti pubblici» chiedendo il parere alla Sezione consultiva per gli atti normativi del Consiglio di Stato.

La stessa Sezione del Consiglio di Stato, con parere n. 3235 del 27 dicembre 2019, si è così espressa: «L'art. 213, comma 2, del codice dei contratti pubblici dispone al quarto periodo che “l'ANAC, per l'emanazione delle linee guida, si dota, nei modi previsti dal proprio ordinamento, di forme e metodi di consultazione, di analisi e di verifica dell'impatto della regolazione, di consolidamento delle linee guida in testi unici integrati, organici e omogenei per materia, di adeguata pubblicità, anche sulla Gazzetta Ufficiale, in modo che siano rispettati la qualità della regolazione e il divieto di introduzione o di mantenimento di livelli di regolazione superiori a quelli minimi richiesti dalla legge n. 11 del 2016¹⁰ e dal presente codice”. L'art. 1, comma 1, lett. a), l. n. 11 del 2016 individua, tra i criteri e i principi direttivi per il legislatore delegato, il «divieto di introduzione o di mantenimento di livelli di regolazione superiori a quelli minimi richiesti dalle direttive», come definiti dall'art. 14, comma 24-ter, lett. b), l. 28 novembre 2005, n. 246, ai sensi del quale «costituiscono livelli di regolazione superiori a quelli minimi richiesti dalle direttive comunitarie: [...] l'estensione dell'ambito soggettivo o oggettivo di applicazione delle regole rispetto a quanto previsto dalle direttive, ove comporti maggiori oneri amministrativi per i destinatari».

Quindi, il divieto di introduzione o di mantenimento di livelli di regolazione superiori a quelli minimi (c.d. gold plating¹¹) esclude l'applicabilità di una disciplina aggravata introdotta attraverso le linee guida dell'ANAC poste in consultazione online il 10 maggio 2019, che dovranno essere riviste e modificate alla luce di un parere opposto a quello che lo stesso Consiglio di Stato aveva dato nel 2018 e che aveva gettato dubbi sulla legittimità ad adottare istituti diversi dal Codice dei contratti pubblici in primis la coprogettazione.

¹⁰ Deleghe al Governo per l'attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture - G.U. n. 23 del 29 gennaio 2016.

¹¹ L'art. 1 della legge 28 gennaio 2016, n. 11, ha stabilito, tra i criteri e principi direttivi per l'attuazione delle deleghe in materia di attuazione delle direttive europee sui contratti e sulle concessioni pubbliche, anche il divieto di “gold plating”. Tale norma implica il divieto di introdurre livelli di regolazione superiori a quelli imposti dalle direttive europee da recepire.

Infatti, la Sezione ha chiesto all'ANAC di rivedere la bozza di linee guida con riferimento alle norme e agli istituti disciplinati dal Codice del Terzo settore, in quanto tali istituti «non possono rientrare nel campo di operatività delle linee guida non vincolanti».

A livello regionale, in un periodo così ricco di innovazione nelle politiche sociali regionali quali la legge regionale n. 11/2016 e il Piano Sociale Regionale 2019/21, il Terzo settore naviga ad oggi di fronte al dubbio se dare seguito a quanto previsto in materia di coprogettazione o attendere precisazioni dal contesto normativo nazionale che, a seguito del parere appena esaminato, risultano essere una grande apertura sull'utilizzo di istituti già presenti ed in parte consolidati, diversi dal codice degli appalti ma altrettanto positivi per la collettività in un campo così particolare quali i servizi sociali, tra cui la “coprogettazione”.

MAURIZIO ESPOSITO
(Università degli Studi di Cassino
e del Lazio Meridionale)

NISIA LUCCHETTI
(Università degli Studi di Cassino
e del Lazio Meridionale)

AMIRIAN JAMIL K., *La progettazione sociale. Esperienze e riflessioni*. Milano, 2012.

BRUNOD M., MOSCHETTI M., PIZZARDI E., *La coprogettazione sociale. Esperienze, metodologie e riferimenti normativi*, Trento, 2016.

BRUSCHI A., *L'intervento sociale. Dalla progettazione alla realizzazione*, Carocci, 2007.

CIPOLLA C. (a cura di), *La progettazione sociale nella web society*, Milano, 2014.

DE AMBROGIO U., GUIDETTI C., *La coprogettazione. La partnership tra pubblico e Terzo settore*, Roma, 2016.

ESPOSITO M., *Innovazione sociale e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale: un inquadramento sociologico*, in «Salute e Società», 2019, n. 2, pp. 30-39.

EUROPEAN COMMISSION, *Project Cycle Management Guidelines* (http://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/methodology-aid-delivery-methods-projectcycle_management-200403_en_2.pdf).

GUI L., *Organizzazione e servizio sociale*, Roma, 2009.

MCCRORY R.J., *Il metodo della progettazione nella pratica professionale*, in S.A. GREGORY (a cura di), *Progettazione sociale*, Padova, 1970.

OSTROM E., *Governare I beni collettivi*, Venezia, 2006.

PALUMBO M., *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, Milano, 2014.

RIGHETTI A., *Il budget di salute e il welfare di comunità*, Roma-Bari, 2013.

SICORA A., PIGNATTI A., *Progettare sociale*, Santarcangelo di Romagna, 2015.

SIZA R., *Progettare nel sociale*, Milano, 2003.

STROPPIANA A., *Progettare in contesti difficili. Una nuova lettura del Quadro Logico*, Milano, 2009.

TITMUSS R., *Social Policy: An Introduction*, London, 1974.