

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 246

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**FOSCHI, ANSELMI, ANDREONI, ANTONUCCI, ARMELLIN, BODRATO, BERTOLI, BATTAGLIA PIETRO, BRUNI FRANCESCO, BARUFFI, BORRA, BALESTRACCI, BINETTI, BIANCHINI, BRUNETTO, CURSI, CACCIA, CARELLI, CASATI, CHIRIANO, CASINI CARLO, COLONI, CARRUS, DUCE, FIORI, FRONZA CREPAZ, FERRARI WILMO, FRASSON, FUMAGALLI CARULLI, FERRARI BRUNO, GOTTARDO, GARAVAGLIA, GRIPPO, LIA, LATTERI, LUCCHESI, LUSETTI, LEONE, LATTANZIO, MASTELLA, MENSORIO, NICOTRA, NAPOLI, NENNA D'ANTONIO, ORSENIGO, PERRONE, PATRIA, PIREDDA, PERANI, PORTATADINO, RABINO, RINALDI, RIGHI, SARETTA, SILVESTRI, SINESIO, SAVIO, STEGAGNINI, TORCHIO, URSO, VOLPONI, VAIRO, VITI, VISCARDI, ZANIBONI, ZOPPI, ZAMPIERI**

*Presentata il 2 luglio 1987*

Legge quadro sui servizi sociali

ONOREVOLI COLLEGHI! — L'urgenza di una riforma dei servizi sociali, più volte posta all'attenzione del Parlamento, anche dal primo firmatario della presente proposta e da altri di noi a partire dal 1969 (proposta di legge n. 1676), ma mai giunta a positiva conclusione, è resa oggi indilazionabile da una serie di motivi che rischiano di compromettere profondamente l'attuale assetto organizzativo dei servizi e di impedirne ogni evoluzione.

Vi è prima di tutto un motivo di ordine generale collegato alla crisi profonda del *welfare State*. Questa crisi ha un carattere economico, data l'impossibilità di aumentare indiscriminatamente la spesa pubblica soprattutto per i suoi effetti inflazionistici, ma ha pure un carattere ideologico in quanto lo Stato del benessere, inteso come intervento statale volto ad assicurare a tutti i cittadini prestazioni e servizi di natura universalistica, così da

garantire un benessere entro determinati *standards* di vita, senza problemi di selettività e senza verifica degli effetti di tali interventi sulla società civile nel suo complesso, incontra crescenti difficoltà nel garantirsi il consenso dei cittadini. Così, crisi fiscale e crisi di legittimazione fanno sì che il *welfare State* venga sempre più percepito come degenerazione assistenzialistica del sistema sociale e il termine « assistenza » rischia di suonare come qualcosa di ambiguo e di superato, come alcuni anni fa il termine « beneficenza ». Il dibattito teorico ha chiarito che con il *welfare State* si deve intendere un sistema socio-politico che non può essere identificato *tout-court* con lo « stato dei servizi sociali », ma di fatto la crisi dello Stato del benessere tende a scaricarsi, in particolare, sul sistema dei servizi, dove forse più direttamente si manifesta la contraddizione tra aspettative crescenti dei cittadini e una inefficienza e burocratizzazione dell'intervento statale.

Sullo sfondo di questa crisi il dibattito che si sta svolgendo sul ruolo della politica sociale può schematicamente essere presentato come scontro di due tendenze fondamentali. La prima sostiene la necessità di un allargamento di consumi pubblici, prima di tutto quelli riguardanti la sicurezza sociale, riducendo parallelamente i consumi privati, cioè limitando i redditi discrezionali delle famiglie, soprattutto nelle fasce più abbienti. L'altra tendenza, opposta a questa, si ispira alla scuola degli economisti neoliberali e prevede una drastica riduzione della spesa pubblica, prima di tutto delle spese sanitarie, assistenziali e previdenziali a favore degli investimenti produttivi. Essa inoltre incentiva sempre più il ricorso al contratto individualistico di mercato per soddisfare bisogni ed esigenze in modo del tutto privatistico.

Anche in queste linee sono presenti posizioni diverse.

Pochi di fatto dichiarano esplicitamente di voler abbandonare lo stato sociale. Si vuole solo razionalizzarlo, correggerlo.

Senza negare la necessità di una rigorosa attenzione e selezione nella spesa so-

ciale, riteniamo che sia fondamentale percorrere una terza via, se davvero vogliamo superare il *welfare State*, passando da una forma di dipendenza ad una diffusa rete di solidarietà, promuovendo all'interno della società civile un autentico pluralismo di gruppi, comunità, associazioni che sappiano far fronte ai bisogni ed essere interlocutori dei servizi in modo diverso rispetto ad una logica assistenzialistica e passiva di chi chiede il benessere « garantito ».

Diventa centrale quella che Ardigò definisce come « rivoluzione culturale delle aspettative » e la politica assistenziale deve diventare anche promozione di questo pluralismo di base e di queste solidarietà primarie senza le quali l'intervento assistenziale, in quanto tale, rimane staccato dal vivo della società. Si tratta di operare un mutamento qualitativo agendo sia sul versante dell'offerta, sia sul versante della domanda. Di fronte al mutamento in atto l'intervento legislativo può chiarire gli obiettivi fondamentali di una nuova politica assistenziale garantendo:

1) il superamento di una concezione residuale o semplicemente riparatoria dell'assistenza a favore di una logica preventiva. L'assunzione della logica della prevenzione è avvenuta anche all'interno della riforma sanitaria e fa sì che il sociale assolva funzioni fin qui trascurate. Troppo spesso si dimentica, ad esempio, che l'esplosione della spesa sanitaria può essere fronteggiata a monte in modo efficace solo con la prevenzione primaria di carattere sociale;

2) la promozione dell'autosufficienza della persona e della solidarietà dei gruppi. Queste finalità non sono obiettivi astratti, ma interpretano una linea ed una tendenza per molti aspetti già presente. Si pensi ad esempio alla fitta rete di associazioni, di realtà di volontariato, di esperienze nuove quali la comunità di vita, le cooperative di servizio, eccetera.

Il secondo motivo di urgenza di questa legge è ricollegabile al processo di trasformazioni legislative, istituzionali e organizzative che il settore dei servizi sociali ha subito durante questi anni.

In particolare per quanto riguarda il settore assistenziale vero e proprio, la legislazione nazionale, in particolar modo la legge n. 382 del 1975, il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 e le varie leggi regionali, soprattutto quelle applicative della riforma sanitaria, hanno operato il passaggio da un sistema cosiddetto di beneficenza e di assistenza di tipo centralistico e settoriale, caratterizzato dalla frammentazione dei bisogni, dalla sovrapposizione degli interventi e dall'intreccio di competenze, ad un sistema di servizi unitario e flessibile, articolato in unità operative e distribuito secondo una logica che tiene conto delle diverse realtà territoriali.

#### *Decentramento e partecipazione.*

Ma, come giustamente hanno osservato le regioni (documento approvato a Castel Gandolfo il 26 giugno 1981), « l'aver ricondotto alla titolarità di un unico ente, il comune, tutte le funzioni assistenziali senza aver peraltro proceduto ad una contestuale definizione dell'impianto generale in cui tale esercizio si andava a collocare ha spesso — di fatto — costretto i comuni a svolgere lo stesso ruolo degli enti nazionali e locali disciolti ».

In definitiva il trasferimento organico e completo di competenze non può trovare una reale applicazione senza il riferimento istituzionale e senza una legge di principi che liberi queste competenze dal retaggio di regolamenti e di normative ormai superate e stridenti con gli obiettivi del nuovo sistema dei servizi.

Diventa a questo punto indispensabile il collegamento con la riforma delle autonomie locali, attualmente in discussione alla Commissione affari costituzionali del Senato, per dare certezza all'impianto istituzionale, per individuare la competenza dei livelli di governo (comune, provincia, regione) e per definire l'associazione dei comuni che era prevista in forma obbligatoria dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616 e largamente applicata nelle normative regionali.

Come si ricorderà, l'associazione dei comuni nasce come risposta alla ricerca di ambiti territoriali adeguati a livello locale per l'organizzazione e l'erogazione di servizi alle persone, proposta dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616, in assenza della riforma delle autonomie, e ha trovato la sua prima definizione normativa nell'associazione dei comuni per i servizi sanitari nella legge n. 833 del 1978. Tale soluzione, pur con le sue contraddizioni che potrebbero essere risolte con un approfondimento normativo dell'associazione stessa all'interno della riforma delle autonomie, sembra essere la più idonea per consentire, allo stato attuale, una possibilità di integrazione ed una programmazione equilibrata dei servizi sul territorio. Si tratterà di chiarire il rapporto tra comuni e associazioni dei comuni, di riconsiderare gli organi di questa associazione (in particolare l'assemblea) e di indicare i criteri in base ai quali la gestione dei servizi potrà avere carattere comunale o associato; si tratterà infine di rendere più intenso il rapporto tra i comuni e le loro associazioni in modo da garantire la piena titolarità al comune.

Noi ci collochiamo oggi in un momento cruciale per la definizione dei livelli istituzionali: all'incrocio tra riforma dell'ordinamento locale e revisione degli assetti istituzionali della riforma sanitaria. In particolar modo sarà necessario tener presente l'evoluzione per quanto riguarda l'istituzione e l'organizzazione dell'Unità sanitaria locale. Si vuole quindi ribadire la necessità di una visione unitaria e collegata dei tre momenti, utilizzando per la gestione dei servizi sociali le stesse aree territoriali individuate per la sanità, garantendo il coordinamento, l'integrazione e la gestione associata di alcuni servizi, pur nel rispetto dei vincoli formali conseguenti alla separazione delle risorse finanziarie e di personale e tenendo conto della peculiarità delle esigenze che nei settori stessi emergono.

Le osservazioni svolte finora sono tese a dimostrare l'inderogabile necessità ed urgenza di una legge quadro nell'attuale

momento di dibattito culturale sulle politiche sociali e soprattutto in un momento cruciale per l'assetto istituzionale complessivo delle autonomie locali. Ma la riforma che si va attuando nell'organizzazione dei servizi sociali non è solo tesa a realizzare il disegno decentratorio delineato negli articoli 117 e 118 della Costituzione, ma vuole dare completa attuazione ai principi costituzionali, quali sono espressi agli articoli 2, 3, 18 e 38, relativi ai diritti inviolabili dell'uomo, compresi quelli dell'assistenza e della sicurezza sociale, in una sorta di « statuto dei diritti fondamentali del cittadino in ambito assistenziale ».

La legge affronta il tema della tutela del cittadino e dei suoi diritti nella fruizione dei servizi sociali: viene riconosciuto che il cittadino ha il diritto ad un trattamento paritario; ma soprattutto, vengono definite le condizioni irrinunciabili per consentire una effettiva partecipazione dei cittadini alla gestione dei servizi. La prima condizione consiste nell'instaurare un efficiente sistema di informazione strutturato su due flussi, di cui uno diretto a permettere ai cittadini una maggior conoscenza delle risorse disponibili e delle modalità di fruizione, l'altro volto a rappresentare agli amministratori e agli operatori i bisogni, le aspettative e le valutazioni degli utenti.

L'altra condizione fondamentale è il diritto di scelta da parte del cittadino tra i vari servizi: la possibilità di scelta sembra essere un significativo diritto, al quale deve essere finalizzata la stessa informazione. La libertà di scelta fra servizi e prestazioni esistenti sul territorio si pone in una posizione di parallelismo con la libertà di scelta del medico e del luogo di cura prevista dalla riforma sanitaria.

Tutto questo significa che anche le libere aggregazioni dei cittadini che vogliono gestire delle attività assistenziali, possono trovare un loro spazio riconosciuto nell'organizzazione dei servizi sociali.

Già la legge n. 833 e le leggi di molte regioni riconoscono la funzione degli or-

ganismi e delle associazioni di volontariato a concorrere al conseguimento dei fini istituzionali dei servizi. Su questo punto il problema consiste nel coinvolgere queste realtà senza volerle incasellare in modo rigido. Un intervento normativo in materia di volontariato può rivelarsi utile purché non pretenda di categorizzare il fenomeno e di circoscriverne i campi di azione. L'ente pubblico ha il diritto di verificare l'idoneità delle varie associazioni a svolgere il servizio convenzionato, ma questo in ogni caso non può significare un rapporto di subordinazione gerarchica del volontariato nei confronti dell'ente pubblico.

#### *L'assetto organizzativo.*

Per arrivare ad un sistema di servizi non burocratizzato, in sintonia con le aspettative di un'utenza critica e responsabile, risulta decisivo il modulo organizzativo degli interventi. Sembra quindi opportuno un accenno al futuro quadro organizzativo, pur non contemplato in questo disegno di legge. La definizione di una nuova struttura organizzativa è tanto più importante quanto più ci si trova in una fase delicata di trasformazioni istituzionali che prevede, in ambito assistenziale, il coordinamento con le unità sanitarie locali delle funzioni e delle risorse, pur lasciando ai comuni la gestione diretta dei servizi di più immediato interesse locale. A differenza di quanto avviene in ambito sanitario, dov'è prevista un'unica struttura di gestione (USL), in ambito assistenziale alcuni servizi sociali potranno continuare ad essere gestiti dai comuni, mentre altri che per la loro complessità organizzativa richiedono una dimensione più ampia, potranno essere gestiti a livello di zona d'intesa con i comuni interessati. Il complesso problema dei rapporti tra comune e unità locale deve trovare una sua regolamentazione nella legge quadro di riforma dell'assistenza e nella legge regionale. L'unità locale deve comunque essere intesa come uno strumento dell'associazione di comuni e non come un nuovo ente cui delegare il problema dei servizi.

In questa fase operativa, dopo l'entrata in vigore delle unità sanitarie locali, l'organizzazione del territorio in distretti, rappresenta uno dei problemi più urgenti da affrontare anche per il coordinamento con i servizi sociali. Limitandoci qui ad alcuni cenni essenziali, si può affermare che il distretto ha come suo compito fondamentale quello di assicurare con interventi globali, sanitari e socio-assistenziali, le prestazioni di base dirette alla generalità dei cittadini. Esso quindi si costituisce come:

l'ambito territoriale minimo in cui sono collocati i servizi di primo livello e di pronto intervento;

l'ambito in cui si attua l'integrazione tra servizi sociali e sanitari;

l'ambito di partecipazione diretta degli utenti.

#### *La spesa sociale.*

Dal 1976 al 1980 la spesa sociale complessiva (previdenza, sanità, assistenza) passa dai 35.389 miliardi ai 76.867 miliardi. L'incremento, che è complessivamente del 117 per cento in termini reali, ma depurato dall'inflazione è pari a + 4,1 per cento. La sola spesa socio-assistenziale aumenta però solo dell'86 per cento, e quindi in termini reali siamo di fronte ad una diminuzione. Infatti di fronte all'aumento della spesa previdenziale, che passa dal 62,5 per cento al 64,8 per cento, ed una leggera diminuzione della spesa sanitaria (dal 28,8 al 27,8) vi è un calo nella spesa assistenziale dall'8,7 al 7,4 per cento.

Il rapporto tra spesa sociale e prodotto interno lordo (dal 1975 al 1981) conferma le tendenze evidenziate: preminente è il settore previdenziale (17 per cento del prodotto interno lordo); la sanità accusa un calo (dal 6 per cento al 5,8 per cento) e l'assistenza passa dall'1,6 all'1,4 per cento del prodotto interno lordo. Comunque complessivamente il settore pesa per il 24,7 per cento sul prodotto interno lordo nazionale, che risulta tra i più bassi d'Europa, esclusa la Gran Bretagna.

Il progressivo aumento della spesa per la sicurezza sociale rende comunque indispensabile procedere ad una verifica nell'ambito del bilancio sociale (sanità, previdenza, assistenza), per individuare i settori che maggiormente fanno esplodere la spesa e per verificare la qualità di questa spesa, i soggetti erogatori (comuni, province) e il recupero da parte degli utenti.

La spesa socio-assistenziale, a differenza di quella sanitaria, non è stata oggetto di una quantificazione precisa che si presenta difficile a causa della pluralità dei soggetti (comuni, province, enti, privati, eccetera); dall'esame sommario dei primi piani regionali di servizi si possono però dedurre alcune caratteristiche di questa spesa e del sistema complessivo.

Secondo la stima complessiva che recentemente ha tentato il Labos/Cnel, sulla base del preventivo 1985, la spesa preventivata dalle regioni complessivamente per l'assistenza è di 1.041 miliardi. Se a questa cifra si aggiungono le somme trasferite o erogate dagli enti locali (ad esclusione di quelle del fondo sanitario) per interventi socio-assistenziali, si può arrivare a circa 4.000 miliardi di stima, una voce che, nel corso degli anni, non ha avuto nemmeno un incremento pari all'inflazione e che rappresenta una quota marginale della spesa regionale. Ma non basta, perché, su cento lire stanziolate dalle Regioni, ben 59,8 in media sono andate a residui. Sorprendente è pure la distribuzione della spesa dei Comuni per area di utenti, mentre ad esempio, Treviso spende il 45,6 per cento del totale per gli handicappati, Bari dedica loro lo 0,5 per cento, ma città vicine, della stessa regione, presentano percentuali molto diverse. Questo dato viene confermato anche per altra via: a Vicenza su 100 assistiti, 30,6 sono handicappati, mentre a Frosinone sono lo 0,6 per cento. E ancora, Verona assiste il 12,7 per cento della popolazione da 0 a 17 anni, mentre la media nazionale è di 3,1 per cento.

Sembrano confermate:

1) la residualità dell'intervento assistenziale all'interno delle politiche sociali

complessive. Tale residualità è resa evidente dal divario profondo tra spesa sanitaria e spesa sociale;

2) la residualità e l'insufficienza della spesa socio-assistenziale è causa di un forte squilibrio nell'intervento assistenziale, in relazione alle funzioni di prevenzione e promozione. Appare infatti ancora preminente l'intervento di tipo riparatorio.

L'intervento promozionale è rilevante ma è rivolto solo ad alcune fasce: prima infanzia, minori ed anziani, in collegamento con alcune leggi nazionali o regionali.

Ma il dato, forse più vistoso dello squilibrio del sistema assistenziale è dato dall'assenza di aree di intervento significativo tese alla prevenzione. La stessa assistenza domiciliare o i consultori familiari, che pure avevano come assunto quello della prevenzione, nella realtà restano ancora circoscritti ad interventi riparatori di emergenza economica o di domande sanitarie.

Infine la scarsità delle risorse induce uno squilibrio dell'intervento assistenziale nelle diverse regioni e all'interno delle stesse regioni in zone particolari, provocando ampie aree di fabbisogni insoddisfatti, e quindi complessivamente si può dire che il sistema dei servizi sociali si mantiene ancora lontano dalla possibilità di un'uguale previsione di opportunità di servizio per tutte le aree di una stessa regione e tra le diverse regioni.

E sempre la scarsità delle risorse e l'impossibilità di far fronte ai bisogni primari, nonché, forse, un malinteso concetto di politica dei servizi che fa sì che ci sia una elevata incidenza degli interventi temporanei (anziani al mare, soggiorni climatici) rispetto ad interventi di tipo continuativo anche se innovativi (comunità alloggio, assistenza domiciliare, eccetera).

I servizi più scoperti sono drammaticamente, oltre a quelli rivolti ai nuovi bisogni (droga, disadattamento), quelli rivolti ai vecchi bisogni mai soddisfatti

(cronici, handicappati gravissimi). Si ribadisce ancora una volta che una delle cause della non soluzione di questi problemi è senz'altro la mancata definizione dell'onere dell'assistenza e la mancata divisione tra spesa sanitaria (che dovrebbe essere a carico del fondo sanitario) e spesa assistenziale (a carico dell'utente o del comune). La legge finanziaria 1984 ha introdotto una linea che va concretamente perseguita con l'individuazione dei servizi integrati e la divisione degli oneri relativi. La legge quadro, da parte sua, deve riaggregare nel fondo unico tutti i filoni di spesa sociale, definendo i canali e i criteri di attribuzione alle regioni e ai comuni, evitando che le risorse già utilizzate nel settore socio-assistenziale vengano dirottate altrove, soprattutto quando si tratta di utilizzare risorse patrimoniali e personale trasferito dagli enti soppressi (enti nazionali, ECA, IPAB) ai comuni, ovvero si tratta di proventi di trasformazioni patrimoniali che in ogni caso vanno portati ad incremento dei fondi di bilancio per le attività socio-assistenziali.

#### *L'impegno politico.*

Riconfermiamo, con questa proposta, la volontà, già espressa nelle precedenti legislature, di pervenire, in termini brevi, all'emanazione della legge quadro sull'assistenza e sui servizi sociali. Consapevoli delle difficoltà che, nelle scorse legislature, si sono frapposte alla traduzione in concreta realtà legislativa delle iniziative riformatrici, articoliamo la nuova proposta in termini che superino strette ed esclusive visioni di parte e che meglio si prestino a coagulare più ampie adesioni.

Come è noto, nella VIII legislatura le Commissioni riunite Affari costituzionali ed Interni della Camera erano pervenute, in un clima di allargato consenso, a delineare gli aspetti fondamentali della riforma, arrestandosi, viceversa, sul nodo della sorte delle IPAB.

I primi articoli di questa proposta di legge sono ripartiti dal testo della proposta unificata elaborato nella menzionata sede della VIII legislatura.

A tale linea riteniamo di poter confermare l'adesione, non solo per ragioni di opportunità ai fini della celerità e dell'economia dell'azione legislativa, ma per il reale convincimento che il testo stesso corrisponda alle attese ed alle esigenze e comportamenti, in primo luogo, una fedele traduzione, sul piano dell'effettività giuridica, degli indirizzi programmatici fissati dalla Carta costituzionale. Siamo tuttavia consapevoli che sarebbe stata del tutto insufficiente la ripresentazione di un testo concordato in anni precedenti rispetto al dibattito culturale sui servizi, rispetto a nuove importanti funzioni che disposizioni legislative hanno introdotto (si pensi solo a tutto il tema dell'adozione, dell'affidamento e del ruolo dei servizi in questo settore) rispetto ad alcuni problemi emergenti (devianza, tossicodipendenze, stranieri) e rispetto ad alcune tipologie di servizi che pure andrebbero adeguatamente valorizzate (le comunità, le cooperative di solidarietà, eccetera). Altri nodi, che vogliamo qui elencare per incominciare a cercare una linea di confronto: una migliore definizione del volontariato, della funzione e della individuazione degli operatori sociali (soprattutto dopo la definizione di alcuni profili professionali da parte della Commissione interministeriale); il ruolo della provincia e dei livelli istituzionali in genere, l'integrazione dei servizi, la definizione di alcuni indici o *standards*, una definizione non rigida dei settori di intervento.

Sottolineare questa coscienza significa evidenziare l'importanza politica che assume questo progetto, anche se riteniamo necessario l'approntamento del dibattito sui temi elencati fino al raggiungimento di un accordo che porti ad una definizione normativa più puntuale.

\* \* \*

In tale contesto, nelle disposizioni introduttive, ricevono particolare rilievo le norme volte a definire una specie di statuto dei diritti della persona e della sua collocazione centrale nel sistema, sia pure

in un quadro di ragionevoli compatibilità tecniche ed economiche. Dovrà essere affrontato il tema delle priorità per consentire che i soggetti socialmente a rischio o socialmente sfavoriti trovino una risposta adeguata ai loro bisogni primari.

L'articolo 1 rinnova, percettivamente, alcuni fondamentali dettami costituzionali; in specie richiama il secondo comma dell'articolo 3 della Costituzione, con alcune puntualizzazioni ed estensioni, suggerite dallo sviluppo delle scienze e della sensibilità sociale: così i destinatari dei servizi vengono identificati non solo nei lavoratori ma nei cittadini in genere; così l'assistenza mira a garantire ai cittadini il pieno, ma anche il libero, sviluppo della persona e la sua partecipazione alla vita del Paese; così gli obiettivi si realizzano con attività dirette, oltreché alla rimozione, anche alla prevenzione degli ostacoli.

Aspetto fondamentale dell'articolo 2 è la esaltazione del ruolo della persona, della sua preminenza e centralità nel sistema, espresse nell'affermazione dell'attribuzione di un concreto diritto ai servizi sociali, alla necessità del rispetto della sua libertà e dignità in ogni fase di accostamento ai servizi, al conferimento di precise facoltà di scelta di strutture, servizi e prestazioni.

Altro elemento essenziale dell'articolo 2 è dato dalla valorizzazione del ruolo della famiglia come sede ideale e preferenziale per lo sviluppo della persona, con conseguente previsione di sostegni alla famiglia stessa perché, per quanto possibile, sia aiutata nell'azione di integrazione dei membri in difficoltà.

Pure rilevante la tendenziale preferenza per i servizi aperti — in grado, cioè, di consentire la permanenza della persona nel contesto sociale e familiare di appartenenza — senza, peraltro, un preconcetto diniego del ruolo dei servizi residenziali, da ammettersi, in specie, per le ipotesi in cui altri tipi di intervento non risultino tecnicamente od economicamente possibili.

L'articolo 3 riconferma la centralità del cittadino nel sistema, ribadendo il di-

ritto soggettivo alla fruizione ed a scelte e superando (col riferimento al solo stato della cittadinanza) antecedenti settorializzazioni ed articolazioni in categorie diversamente protette; parimenti tutelata risulta la posizione degli stranieri e degli apolidi presenti sul territorio nazionale, anche prescindendo, per gli interventi essenziali, dalla sussistenza del trattamento di reciprocità.

Il principio della partecipazione degli utenti nel costo dei servizi — del resto ormai generale in tutti gli ordinamenti ed imposto da una realistica valutazione sulle possibilità — è collegato all'affermazione che detta partecipazione è limitata al semplice « concorso » (quindi, in ogni caso, non all'accollo dell'onere pieno) e da realizzarsi con la salvaguardia, in capo all'utente, in ogni caso, di una quota di reddito, in libera disponibilità.

Gli articoli 4 e 5, nel definire servizi e prestazioni richiamano essenzialmente le disposizioni di cui agli articoli 22 e 23 del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977 (le cui formule hanno riscosso generali assensi), aggiungendo, a carico del sistema pubblico, oneri integrativi di tipo strumentale ed informativo, volti a consentire, ai cittadini, la piena informazione sulle risorse e sui sostegni offerti dal sistema e la concreta possibilità di esercizio di scelte.

Gli articoli 6, 7, 8 e 9 fissano l'assetto organizzativo e l'articolazione delle competenze.

In ordine all'assetto centrale, si è ritenuto in particolare di dover prevedere la istituzione di una Direzione generale dei servizi socio-sanitari presso il Ministero della sanità, con particolare riferimento ai settori dell'handicap, delle tossicodipendenze, degli anziani, dei servizi materno-infantili e della salute mentale, per i quali è urgente realizzare una concreta integrazione del sociale e del sanitario soprattutto ai fini della prevenzione e della riabilitazione.

In ordine all'assetto periferico vengono rispettati e confermati i criteri fondamentali di ripartizione ed attribuzione delle funzioni già fundamentalmente delineati

dalla pregressa legislazione, esaltando, negli aspetti gestionali, il ruolo preminente dei comuni, singoli od associati.

Oltre al rispetto delle regole per la determinazione degli ambiti territoriali unici ed omogenei di cui all'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977, viene prevista l'effettiva unificazione degli organi di governo e di amministrazione delle attività sanitarie ed assistenziali, demandando alla legge regionale la disciplina di tempi e modi, da raggiungersi, comunque, entro un ragionevole e prefissato periodo di tempo.

Altro aspetto essenziale della riforma è la corretta definizione del ruolo dei servizi privati od autonomi e dei loro rapporti con il sistema pubblico.

Il problema è affrontato dagli articoli 12, 13 e 14 con proposizioni che, al di là dell'affermazione della libertà dell'assistenza privata di cui all'articolo 38 della Costituzione, si propongano di realizzare un sistema complessivo ispirato ad un effettivo pluralismo, assumendo gli apporti dell'iniziativa privata in campo assistenziale come componente essenziale per il realizzo dell'obiettivo della erogazione delle prestazioni assistenziali.

La nostra posizione al riguardo non è solo determinata dalla considerazione della imponenza, in essere, delle concrete espressioni dell'iniziativa privata e della conseguente opportunità di un loro coordinato utilizzo in funzione del più vasto raggiungimento della funzione del bene comune.

Si ritiene, infatti, che, al di là del dato storico ed effettuale, sulla base stessa della concezione pluralistica delineata, tanto in generale (articoli 2 e 18) che nei riguardi dello specifico settore (articolo 38 della Costituzione), l'incentivazione e la valorizzazione dell'iniziativa e delle risorse autonome assicurino, per un verso, la possibilità di concreto esercizio della libertà di scelta degli utenti e, per altro aspetto, stimolino ed accentuino il senso della solidarietà spontanea e la partecipazione attiva e solidale dei cittadini e delle aggregazioni sociali.



Particolare attenzione è riservata alle iniziative assistenziali promosse da soggetti privati operanti senza scopo di lucro: le relative strutture, nell'ambito di logiche compatibilità, definite dagli strumenti della programmazione, sono elevate a componenti costitutive del sistema complessivo dei servizi pubblici, col diritto loro garantito, a seguito di iscrizione nel registro regionale, di ottenere, a domanda, sia l'inclusione nei programmi regionali e locali dei servizi, sia la ammissione alla stipula di convenzioni con gli enti responsabili dei servizi.

Accentuata considerazione si è altresì attribuita al volontariato, sia nell'ambito del ricordato generale favore per lo sviluppo delle iniziative spontanee a sfondo altruistico sia con riferimento alla particolare idoneità delle iniziative volontaristiche per la soluzione dei problemi connessi ai bisogni nuovi od emergenti e, più in generale, per interventi di tipo sperimentale ed innovativo.

Una nota esplicativa particolare merita l'articolo 14 e la previsione di cui alla lettera o) comma 1, secondo cui, nell'ambito del fondo nazionale per i servizi sociali, sarà stanziata per il triennio 1989-1991 la cifra di lire 2.500 miliardi, finalizzati ai progetti obiettivo a valenza socio-sanitaria nel campo dell'handicap, degli anziani, dei tossicodipendenti, dei servizi materno-infantili e della salute mentale, tenendo conto delle previsioni elaborate e rese note dal Ministro della sanità Donat-Cattin.

#### *Le IPAB.*

È noto che l'azione parlamentare in materia si è, nella passata legislatura, arrestata sul nodo della sorte delle IPAB: è altresì convincente che il clamore insorto al riguardo non abbia ragione di ulteriormente persistere e che, in particolare, lo stato attuale delle acquisizioni sociali e culturali possano permettere di giungere ad una soluzione non traumatica ed accettabile dalle parti sociali.

È vero che, all'indomani del decreto del Presidente della Repubblica n. 616

del 1977, la disputa intorno al problema delle IPAB fu vistosa ed imponente: ma altrettanto vero è che la soluzione prefigurata dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977 non poteva non ritenersi lesiva del pluralismo in campo assistenziale garantito dalla Costituzione.

Ai sensi del regime creato dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972 (articolo 1 in specie), qualsiasi iniziativa autonoma in campo assistenziale — qualunque ne fosse l'origine, la base, la dotazione patrimoniale, l'amministrazione e l'indirizzo ideologico — non poteva essere riconosciuta che con natura e veste di IPAB.

La generalizzata soppressione delle IPAB avrebbe quindi travolto realtà estremamente eterogenee, coinvolgendo, in unica sorte, sia enti nati o divenuti meri organi ausiliari della pubblica amministrazione, sia enti nati e tuttora operanti per affermare autonomi e liberi propositi di solidarietà sociale.

Ma, dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977 ad oggi, passi cospicui e decisivi sono stati compiuti e non può condividersi certamente l'opinione in ordine alla insussistenza di premesse culturali, logiche e giuridiche per una soluzione del problema IPAB in termini di generale accettabilità.

L'aspetto formale più significativo e positivo al riguardo è certamente dato dai famosi decreti Andreotti (decreti-legge nn. 113 e 209 del 1979).

Si trattò, infatti, di una generale convergenza di tutte le forze politiche nel riconoscere — prima ed indipendentemente da qualsiasi pronuncia di costituzionalità — la improprietà e l'erroneità delle soluzioni portate dal decreto n. 616 e di una generale volontà di individuare definizioni nuove che, fra l'altro, permettessero di avviare la riforma dell'assistenza in un quadro sgombrato da pesanti pregiudiziali, da sospetti di costituzionalità e, quasi, da una certa sorta di guerra di religione.

Si trattò, poi e soprattutto, sotto un profilo sostanziale e contenutistico, di una soluzione che, in primo luogo, era

caratterizzata da una convinta e generale adesione alle linee ed agli obiettivi di fondo della riforma dell'assistenza e, in secondo luogo, dal proposito di sciogliere il nodo delle IPAB esclusivamente con riferimento ed applicazione di criteri rigorosamente discendenti dalla lettura dei principi costituzionali.

Lo schema di riferimento logico e giuridico dei « decreti Andreotti » viene, in questa sede, riproposto nelle sue linee generali.

Sotto un primo aspetto, pertanto, la proposta democristiana aderisce all'obiettivo di dissolvere il precedente sistema di carattere settoriale dell'assistenza pubblica (fondato, cioè, sulla molteplicità, accidentalità e differenziazione di ordinamenti e di enti) e di concretamente pervenire ad un modello istituzionale orizzontale, colla ricomposizione della globalità delle funzioni pubbliche in capo agli enti locali. Viene, in specie, abbandonata qualsiasi tentazione di conservare una pluralità nominale e formale di istituzioni pubbliche operanti a livello locale e quindi accettato il principio dello scioglimento delle IPAB di oggettiva natura pubblicistica, con devoluzione di ogni loro funzione e patrimonio in capo agli enti locali.

Viene, viceversa, tutelata e preservata l'autonomia di quegli enti che, intrinsecamente ed oggettivamente, rappresentavano forme di operatività autonoma od ideologicamente orientata o, per altro verso, operavano in materie non trasferite agli enti locali. Si tratta quindi di una distinzione che attiene esclusivamente alla natura oggettiva ed intrinseca — pubblica o privata — delle singole istituzioni, e prescinde totalmente dalla dotazione patrimoniale.

La soluzione data dai decreti-legge Andreotti può, a nostro giudizio, continuare a rappresentare un punto di riferimento per lo scioglimento del nodo IPAB, anche se si ritiene che possano essere introdotti limitati perfezionamenti, non per snaturare le linee essenziali dei provvedimenti, ma esclusivamente per addivenire ad una soluzione che, in tutti i suoi termini, sia

realmente aderente alle scelte di fondo operate dai decreti.

Fra gli adattamenti e perfezionamenti che ai decreti si ritiene di dover apportare, si comprendono, in particolare, in coerenza all'assetto istituzionale ormai stabilizzatosi (che vede, per quanto qui si rileva, la devoluzione alle regioni ed agli enti locali della globalità delle funzioni amministrative), la limitazione dell'intervento della legislazione statale alla fissazione delle ipotesi che danno titolo al trasferimento piuttosto che all'autonomia. All'azione regionale sembra invece doversi lasciare tanto l'espletamento delle procedure ricognitive quanto la fissazione di tempi, modi e destinatari dei trasferimenti, facendosi peraltro vincolo della continuità della destinazione di beni e patrimoni a compiti assistenziali.

Altre modifiche introdotte nella presente proposta riguardano una più corretta impostazione di alcuni limitati requisiti riguardanti gli eventuali finanziamenti pubblici e le connotazioni più marcatamente religiose di determinate IPAB. Sull'intero problema, come su alcune particolari specificazioni (in ordine, ad esempio, all'istruzione pre-scolare) siamo peraltro disponibili per un sereno, oggettivo confronto nella fondata certezza che solo col metodo del continuo dialogo e dell'approfondimento delle questioni si possano raggiungere gli ambiziosi obiettivi che questo progetto di legge si propone. Così come siamo consapevoli che i risultati concretamente perseguibili attraverso la riforma dei servizi socio-assistenziali sono interdipendenti con altre analoghe riforme (autonomie locali, finanza locale, previdenza, eccetera); l'attività legislativa regionale, con lo spirito di solidarietà che tutti insieme sapremo dimostrare e praticare. È questa infatti, e forse in modo più evidente di molte altre, una riforma che attraversa tutta la società e che tutti interpella direttamente e personalmente, ponendosi come nodo la cui soluzione condiziona ogni ipotesi di equo e democratico assetto sociale del Paese.

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

*(Principi ed obiettivi).*

1. In attuazione delle norme costituzionali che assicurano istituti di sicurezza sociale e prevedono il dovere generale di solidarietà, la presente legge determina i principi fondamentali relativi ai servizi di assistenza sociale diretti a garantire al cittadino il pieno e libero sviluppo della personalità e la sua partecipazione alla vita del Paese.

2. Tali obiettivi si realizzano con un'attività di prevenzione e di rimozione degli ostacoli di natura personale, familiare e sociale, mediante un complesso di servizi sociali coordinati ed integrati sul territorio con i servizi sanitari e formativi di base e in armonia con gli altri servizi finalizzati allo sviluppo sociale, nonché attraverso prestazioni economiche.

3. La attuazione di questi obiettivi è assicurata, nel rispetto delle competenze definite dalla presente legge, attraverso l'azione coordinata dello Stato, delle regioni, delle province, dei comuni singoli o associati, delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e delle Istituzioni private di utilità sociale.

4. A norma dell'articolo 38 della Costituzione l'assistenza privata è libera ed essa può concorrere alla realizzazione degli obiettivi di programmazione e di gestione dei servizi.

## ART. 2.

*(Finalità).*

1. Per rendere effettivo, con un'organica politica di sicurezza sociale, il diritto di tutti i cittadini alla promozione, al mantenimento e al recupero dello stato di benessere fisico e psichico, al pieno sviluppo della personalità nell'ambito dei rapporti familiari e sociali, al soddisfaci-

mento delle esigenze essenziali di vita, i servizi sociali perseguono le seguenti finalità:

a) sviluppare programmi rivolti a prevenire e rimuovere le cause di ordine economico-sociale e psicologico che possono provocare situazioni di bisogno sociale o fenomeni di emarginazione negli ambienti di vita, di studio e di lavoro;

b) rendere effettivo il diritto di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali, ad usufruire delle strutture, dei servizi e delle prestazioni sociali, secondo modalità che garantiscano la libertà e la dignità personale e assicurino eguaglianza di trattamento, riconoscendo alle persone, per i problemi che le coinvolgano direttamente, congrue possibilità di scelte di strutture, di servizi, di prestazioni;

c) agire a sostegno della famiglia e dei nuclei familiari garantendo anche ai cittadini in difficoltà la permanenza nel proprio ambiente familiare e sociale di appartenenza o provvedendo, se necessario, al loro inserimento in famiglie o nuclei familiari liberamente scelti o in ambienti parafamiliari o comunitari sostitutivi;

d) intervenire per il reinserimento di quanti ne sono esclusi;

e) intervenire a sostegno dei soggetti colpiti da menomazioni fisiche, psichiche, sensoriali per garantire il loro inserimento nei normali ambienti di vita, di studio, di lavoro;

f) promuovere la protezione e la tutela giuridica dei soggetti incapaci di provvedere a se stessi e privi di parenti o persone che di fatto vi provvedono;

g) assicurare prestazioni economiche di carattere ordinario e straordinario, per far fronte a situazioni continuative o provvisorie di carenza o insufficienza di reddito;

h) fornire ai cittadini le informazioni necessarie per favorire l'accesso e l'utilizzo dei servizi di assistenza sociale e degli altri servizi disponibili nella co-

munità sul piano sanitario, sociale, ricreativo, formativo.

ART. 3.

(Destinatari).

1. Tutti i cittadini hanno diritto a fruire dei servizi sociali senza distinzione di sesso, razza, convinzioni ideologiche o religiose, fatta salva la priorità per i soggetti che si trovano in condizioni di bisogno.

2. Determina condizioni di bisogno la presenza di almeno una delle seguenti situazioni:

a) insufficienza del reddito familiare del nucleo di appartenenza, quando non vi siano altri soggetti tenuti a provvedere;

b) incapacità totale o parziale del soggetto che sia privo di nucleo familiare;

c) sottoposizione di un soggetto a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessarie prestazioni socio-assistenziali;

d) pericolo di emarginazione grave di uno o più componenti del nucleo familiare.

3. Ai cittadini è assicurata la libera scelta dei servizi disponibili nel territorio. Sono, altresì, ammessi ai suddetti servizi gli stranieri e gli apolidi che si trovano in territorio italiano, anche se non siano assimilati ai cittadini o non risultino appartenenti a Stati per i quali sussiste il trattamento di reciprocità, salvo i diritti che la presente legge conferisce con riguardo alla condizione di cittadinanza.

4. Può essere chiesto agli utenti e alle persone tenute al mantenimento e alla corresponsione degli alimenti il concorso al costo di determinate prestazioni in relazione alle loro condizioni economiche, tenendo conto della situazione locale e della rilevanza sociale dei servizi, secondo i criteri stabiliti con legge regionale.

5. In ogni caso le leggi regionali debbono garantire agli utenti dei servizi la

conservazione di una quota delle pensioni e dei redditi che permetta loro di far fronte in modo adeguato alle esigenze personali.

ART. 4.

*(Modalità operative).*

1. Ai cittadini è assicurata, laddove ciò non comporta immotivato aggravio economico, la libera scelta tra i servizi disponibili sul territorio.

2. Alla famiglia è riconosciuto un interesse legittimo alla conservazione nel proprio ambito di un suo componente destinatario di interventi di assistenza sociale. La proposta di un servizio di tipo residenziale deve pertanto essere avanzata dopo aver esplorato tutte le possibilità del mantenimento del soggetto nel proprio nucleo familiare o del suo inserimento in altro nucleo disposto all'affidamento.

3. Nel caso di richiesta di partecipazione al costo del servizio, la legge regionale deve garantire agli utenti la conservazione di una quota della pensione o del reddito che permetta loro di far fronte in modo adeguato alle esigenze personali.

4. I servizi di assistenza sociale debbono essere aperti ad affrontare in maniera nuova bisogni noti ed a rispondere a bisogni emergenti, se del caso attivando iniziative di tipo sperimentale, e sempre con l'intento di assicurare il tempestivo reinserimento sociale dell'utente.

5. I servizi di assistenza sociale operano in modo integrato con i servizi sanitari ed i restanti servizi sociali nel caso di aree e problemi che richiedano un intervento congiunto e pluridisciplinare; in tutti gli altri casi attraverso forme continue di collegamento.

ART. 5.

*(Prestazioni economiche).*

1. Le prestazioni di carattere economico si distinguono in ordinarie e straordinarie.

2. Hanno diritto alle prestazioni ordinarie:

a) sotto forma di pensione sociale o di assegni di inabilità, i cittadini che, per età o inabilità, non possono accedere al lavoro e sono sprovvisti dei mezzi necessari per vivere;

b) sotto forma di assegni continuativi tutti i cittadini che, a causa della loro grave invalidità, incontrano nel compiere gli atti quotidiani della vita, difficoltà tali da aver bisogno dell'aiuto di terzi o di una sorveglianza personale continua.

3. Le prestazioni economiche ordinarie e le relative misure e modalità sono definite con leggi dello Stato. Entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Governo presenta al Parlamento un disegno di legge per uniformare in un unico assegno sociale le pensioni sociali e gli assegni economici aventi analoga finalità di sostituire o integrare il reddito carente, fatta salva la quota attinente i diversi livelli di inabilità. Tale assegno varia in relazione alla composizione ed al reddito goduto dal nucleo familiare, sulla base di parametri nazionali accertati in modo obiettivo.

4. Le prestazioni straordinarie sono dirette a coloro che si trovano in difficoltà economiche contingenti o temporanee e sono erogate, anche nel caso di prestazioni a carattere continuativo, dai comuni, secondo i criteri indicati dalle leggi regionali.

#### ART. 6.

*(Compiti dello Stato).*

1. Sono di competenza dello Stato:

a) la funzione di indirizzo e di coordinamento delle attività amministrative delle regioni a statuto ordinario in materia di servizi sociali attinenti ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione nazionale e agli impegni derivanti

dagli obblighi internazionali e comunitari;

*b)* la fissazione dei requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sociali; le disposizioni generali in materia di ordinamento e durata dei corsi e la determinazione dei requisiti necessari per l'ammissione;

*c)* gli interventi di primo soccorso in caso di catastrofe o calamità naturali di particolare gravità o estensione e gli interventi straordinari di prima necessità richiesti da altri eventi eccezionali ed urgenti che trascendono l'ambito regionale o per i quali l'ente locale non possa provvedere, ovvero resisi necessari per assolvere un dovere sul piano di solidarietà nazionale;

*d)* gli interventi di prima assistenza in favore dei connazionali profughi e rimpatriati, in conseguenza di eventi straordinari ed eccezionali;

*e)* gli interventi in favore dei profughi stranieri, limitatamente al periodo strettamente necessario alle operazioni di identificazione e di riconoscimento della qualifica di rifugiato e per il tempo che intercorre fino al loro trasferimento in altri paesi o al loro inserimento nel territorio nazionale, nonché gli oneri relativi all'assistenza agli stranieri e agli apolidi, indipendentemente dalla concessione del permesso di soggiorno;

*f)* gli interventi socio-assistenziali prestati ad appartenenti alle Forze armate dello Stato, dell'Arma dei carabinieri, alle altre forze armate di Polizia dello Stato ed al Corpo nazionale dei vigili del fuoco e ai loro familiari, da enti e organizzazioni appositamente istituiti;

*g)* i rapporti in materia di assistenza con organismi stranieri ed internazionali, la distribuzione tra le regioni di prodotti destinati a finalità assistenziali in attuazione di regolamenti della Comunità economica europea, nonché l'adempimento di accordi internazionali in materia di assistenza;



h) le pensioni e gli assegni di carattere continuativo disposti dalla legge in attuazione dell'articolo 38, primo comma, della Costituzione;

i) gli interventi fuori del territorio nazionale a favore degli italiani all'estero;

l) la certificazione, da esercitarsi mediante delega alle regioni, delle condizioni di bisogno di cui all'articolo 3.

2. Al fine di garantire la corretta e necessaria integrazione tra i servizi sanitari e i servizi sociali, con particolare riferimento ai settori dell'handicap, degli anziani, dei tossicodipendenti, dei servizi materno-infantili e della salute mentale è istituita presso il Ministero della sanità la Direzione generale dei servizi socio-sanitari. Ad essa sono attribuite le seguenti competenze:

a) realizzare un osservatorio dinamico atto ad accertare l'evoluzione dei bisogni, le loro cause, il livello di efficienza dei servizi, la spesa e le sue previsioni;

b) proporre all'approvazione del Consiglio sanitario nazionale gli indirizzi programmatici e gli *standard* minimi ai quali devono essere adeguati i servizi;

c) garantire, anche attraverso opportuni accordi, i servizi socio-sanitari per gli italiani all'estero in situazione di bisogno e per gli stranieri in Italia;

d) emettere i provvedimenti relativi al riconoscimento giuridico delle istituzioni e associazioni di utilità sociale che esercitano, a livello interregionale e nazionale, attività in materia di assistenza socio-sanitaria;

e) proporre al CIPE il piano di riparto del Fondo nazionale per i servizi socio-sanitari.

#### ART. 7.

(*Compiti delle regioni*).

1. La potestà delle regioni in materia di servizi sociali e di prestazioni econo-

niche, di cui al comma 4 dell'articolo 5, è svolta nel rispetto delle norme fondamentali e dei principi stabiliti dalla presente legge.

2. Le regioni attuano le finalità della presente legge mediante la programmazione degli interventi socio-assistenziali coordinati con gli obiettivi definiti in sede di programmazione nazionale, e con gli obiettivi generali dello sviluppo regionale, secondo le procedure previste nei rispettivi statuti, assicurando comunque il concorso dei comuni e delle province e tenendo conto delle indicazioni e proposte emerse dalla consultazione delle associazioni regionali, delle formazioni sociali e degli organismi pubblici e privati e del volontariato operanti nel settore.

3. Le regioni in particolare provvedono a:

a) stabilire le norme generali per la istituzione, l'organizzazione e la gestione dei servizi sociali pubblici, nonché i livelli qualitativi e le forme delle prestazioni;

b) approvare il piano di sviluppo dei servizi sociali, coordinandolo con il piano sanitario regionale;

c) determinare i criteri generali per l'accertamento delle condizioni di bisogno e per il concorso degli utenti e delle persone tenute al mantenimento e alla corresponsione degli alimenti al costo delle prestazioni;

d) determinare le aree territoriali più idonee per una funzionale organizzazione dei servizi, secondo quanto stabilito al secondo e terzo comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616; e all'ultimo comma dell'articolo 15 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

e) predisporre e finanziare piani per la formazione e l'aggiornamento professionale del personale addetto ai servizi sociali;

f) determinare gli indirizzi di carattere generale per la erogazione delle prestazioni economiche straordinarie per i

cittadini che si trovino in particolari situazioni di difficoltà personali o familiari;

g) provvedere alla ripartizione fra i comuni singoli e associati, comprese le comunità montane, dei fondi comunque disponibili per l'impianto e la gestione dei servizi sociali sulla base delle priorità prospettate dagli organismi preposti alla gestione dei servizi e definite in sede di programmazione regionale;

h) determinare le condizioni e i requisiti per l'iscrizione delle istituzioni private nell'apposito registro regionale nel rispetto dei principi fissati nella presente legge;

i) disciplinare le modalità e i criteri della vigilanza sulle attività socio-assistenziali svolte nell'ambito regionale, anche ai fini della revoca dell'iscrizione nel registro di cui all'articolo 13;

l) svolgere e promuovere un'azione di assistenza tecnica diretta alla istituzione e al miglioramento dei servizi sociali e favorire la sperimentazione di nuovi servizi anche mediante istituzioni specializzate pubbliche o private.

4. La legge regionale stabilisce le norme per la gestione amministrativa dei servizi sociali svolti dai comuni singoli o associati, assicura il coordinamento e l'integrazione con i servizi sanitari gestiti dalle unità sanitarie locali e ne prevede il collegamento con gli altri servizi finalizzati allo sviluppo sociale.

5. La legge regionale stabilisce i modi e i tempi per l'unificazione, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, degli organi di governo e di amministrazione dei servizi sociali e di quelli sanitari, da attuarsi comunque entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Le unità sanitarie locali assumono la denominazione di unità socio-sanitarie locali. La legge regionale stabilisce i compiti e le funzioni attribuite alle unità socio-sanitarie locali e quelle, attinenti ai servizi di base, che verranno esercitate dai singoli comuni o da organismi di decentramento

comunale, ove istituiti. La legge regionale assicura comunque l'autonomia tecnico-funzionale dei servizi sociali, nonché la distinzione contabile della gestione dei servizi sociali, secondo quanto previsto dall'ultimo comma dell'articolo 25 del predetto decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977.

ART. 8.

*(Compiti delle province).*

1. Le province concorrono alla elaborazione del piano regionale di sviluppo dei servizi sociali.

2. Approvano, nell'ambito di tale piano, il programma provinciale di localizzazione dei presidi socio-assistenziali ed esprimono il parere sulla rispondenza alla gestione dei servizi stessi delle delimitazioni territoriali determinate dalla regione.

3. Le funzioni in materia di assistenza e servizi sociali svolte dalle province sono trasferite ai comuni; il personale e il patrimonio delle province destinati alle funzioni predette sono trasferiti ai comuni nei tempi e con le modalità stabilite dalla legge regionale.

4. Le somme stanziare nell'esercizio 1987 dalle amministrazioni provinciali per le funzioni di cui al comma precedente sono destinate alle regioni per essere interamente ripartite tra i comuni, secondo quanto previsto dalla lettera g) del comma 3 dell'articolo 7.

ART. 9.

*(Ruolo e compiti dei comuni).*

1. I comuni sono titolari di tutte le funzioni amministrative concernenti l'assistenza sociale, salvo quando diversamente disposto dalla presente legge.

2. I comuni singoli o associati:

a) partecipano alla elaborazione, realizzazione e controllo del programma regionale di sviluppo dei servizi sociali e

stabiliscono le modalità per assicurare ai cittadini il diritto di partecipare alla programmazione dei servizi stessi, anche mediante l'intervento dei rappresentanti degli utenti e delle formazioni sociali organizzate nel territorio, ivi compresi gli organismi rappresentativi delle associazioni e delle istituzioni di cui al successivo articolo;

*b)* provvedono all'organizzazione del complesso dei servizi sociali pubblici localizzati nel loro territorio qualificando e potenziando i servizi sociali esistenti, anche attraverso la trasformazione delle strutture già funzionanti e l'istituzione di nuovi servizi;

*c)* stipulano convenzioni con le istituzioni private iscritte nel registro di cui al successivo articolo 11. I corrispettivi delle convenzioni di cui alla lettera *a)* sono riferiti ai costi del servizio in relazione ai livelli qualitativi del servizio stesso;

*d)* garantiscono il diritto dei cittadini di partecipare alla gestione ed al controllo dei servizi sociali pubblici stabilendo anche le modalità di intervento degli utenti, delle famiglie e delle formazioni sociali organizzate nel territorio;

*e)* erogano le prestazioni economiche straordinarie e temporanee secondo gli indirizzi generali determinati dalla regione;

*f)* assicurano informazioni e consulenza per la corretta funzione dei servizi di assistenza sociale.

3. Ai fini di cui alla lettera *b)* del comma 2, i comuni si avvalgono anche della collaborazione del volontariato e favoriscono le iniziative di tipo innovatore e sperimentale.

4. I comuni esercitano le funzioni amministrative in materia di assistenza direttamente o attraverso le unità socio-sanitarie locali, ovvero, per quanto attiene alla gestione dei servizi di base, attraverso gli organismi di decentramento comunale, ove istituiti.

5. Nei comuni superiori ai 10.000 abitanti deve essere assicurato con priorità l'intervento del Servizio sociale di base per lo svolgimento di prestazioni di aiuto sociale, per la valutazione periodica dei bisogni della popolazione e per l'eventuale promozione di azioni di tipo preventivo.

ART. 10.

*(Libertà dell'assistenza privata).*

1. In conformità all'ultimo comma dell'articolo 38 della Costituzione è garantita la libertà di costituzione e di attività alle associazioni, fondazioni, cooperative e altre istituzioni — dotate o meno di personalità giuridica — che perseguono finalità assistenziali.

ART. 11.

*(Registro regionale  
delle istituzioni private).*

1. In ogni regione è istituito un registro per la iscrizione delle associazioni, fondazioni e istituzioni private anche a carattere cooperativo, dotate o meno di personalità giuridica, che intendono essere consultate, nella fase preparatoria della programmazione dei servizi sociali e concorrere alla stipulazione delle convenzioni di cui al comma 2, lettera c) dell'articolo 9.

2. L'iscrizione nel registro delle istituzioni private, fermo restando il rispettivo regime giuridico-amministrativo, è disposta dalla regione, sentiti i comuni singoli o associati nei cui territori l'istituzione opera, previo accertamento dei seguenti requisiti:

a) assenza di fini di lucro;

b) idonei livelli di prestazioni, di qualificazione del personale e di efficienza organizzativa ed operativa, secondo gli *standards* dei servizi sociali fissati, ai sensi dell'articolo 7, comma 3, lettera a);

c) rispetto per i dipendenti delle norme contrattuali in materia, fatta eccezione per i casi in cui si tratti di prestazioni volontarie o rese in forza di convenzioni fra le associazioni, le istituzioni e le fondazioni di cui al primo comma con congregazioni della Chiesa cattolica o con organi rappresentativi delle altre confessioni religiose;

d) corrispondenza ai principi stabiliti dalla presente legge e dalla legge regionale.

3. Per le istituzioni operanti in più regioni l'iscrizione è effettuata nel registro tenuto presso la regione in cui l'istituzione ha sede legale, sentite le altre regioni interessate.

4. Nel rispetto di tali requisiti i servizi gestiti dai privati sono inclusi, a domanda, nel piano dei servizi sociali formulato dalle regioni convenzionati ai sensi dell'articolo 9 comma 2, lettera c).

#### ART. 12.

##### *(Volontariato e istituzioni private di utilità sociale).*

1. Fanno parte delle istituzioni indicate all'articolo 10:

a) istituzioni di volontariato. Sono fondate in prevalenza su prestazioni volontarie e personali dei soci. Svolgono attività intraprese e condotte spontaneamente, non in esecuzione di obblighi e doveri giuridici, senza fini individuali e collettivi di lucro anche indiretto, ed esclusivamente per finalità di solidarietà sociale;

b) cooperative di solidarietà sociale. Hanno per scopo la promozione e l'integrazione di cittadini, soci e non, che versano in condizioni di bisogno e di disagio. I soci prendono parte all'attività sociale quali fornitori di lavoro, di servizi, di prestazioni volontarie o di beni, ovvero in qualità di destinatari non esclusivi dell'attività.

2. Nell'ambito della programmazione e della legislazione regionale i comuni singoli o associati stipulano con gli organismi di cui al comma 1 convenzioni per la loro utilizzazione nell'ambito delle strutture pubbliche o in ambiti esterni, e prevedono incentivi finalizzati all'espletamento di attività promozionali e di servizi innovativi e sperimentali.

ART. 13.

(IPAB).

1. Le IPAB operanti nell'ambito regionale sono soppresse entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, salvo quanto previsto dai successivi commi.

2. Sono escluse dal trasferimento ai comuni le IPAB comprese in una delle seguenti categorie:

a) che si tratti di istituzioni aventi struttura associativa. Tale struttura sussiste allorché ricorrono congiuntamente le seguenti condizioni:

1) che la costituzione dell'ente sia avvenuta per iniziativa volontaria dei soci o promotori privati;

2) che l'amministrazione ed il governo dell'istituzione siano, per disposizioni statutarie, determinati dai soci, nel senso che gli stessi eleggano almeno la metà dei componenti l'organo collegiale deliberante;

3) che l'attività dell'ente si esplichi prevalentemente, a norma di statuto, sulla base di prestazioni volontarie e personali dei soci. Le prestazioni volontarie e personali dei soci non possono consistere in mere erogazioni pecuniarie;

4) che il patrimonio risulti prevalentemente formato da beni derivanti da atti di liberalità o da apporti dei soci;

b) che si tratti di istituzione promossa ed amministrata da privati ed operante prevalentemente con mezzi di pro-



venienza privata. Tale circostanza sussiste allorché ricorrono congiuntamente i seguenti elementi:

1) che l'atto costitutivo o la tavola di fondazione dell'istituzione siano stati posti in essere da privati;

2) che almeno la metà dei componenti l'organo collegiale deliberante sia sempre, per disposizione statutaria, designata da privati;

3) che il patrimonio risulti prevalentemente costituito da beni provenienti da atti di liberalità privata o dalla trasformazione dei beni stessi, e che il funzionamento sia avvenuto, nell'ultimo quinquennio antecedente la data di entrata in vigore della presente legge, in prevalenza con contributi, redditi, rendite e altri mezzi patrimoniali o finanziari di provenienza privata, e che comunque l'istituzione non abbia beneficiato di finanziamenti pubblici a qualsiasi titolo in misura superiore ad un terzo delle entrate complessive dell'ente nel quinquennio, con esclusione dei finanziamenti pubblici finalizzati alla conservazione di beni artistici e culturali e delle rette;

c) che si tratti di istituzione di ispirazione religiosa. Tale circostanza sussiste quando ricorrono congiuntamente i seguenti elementi:

1) che l'attività istituzionale attualmente svolta si ispiri a motivazioni religiose;

2) che risulti collegata a una confessione religiosa mediante la designazione negli organi collegiali deliberanti, in forza di disposizioni statutarie, di ministri di culto o di appartenenti a istituti religiosi o di rappresentanti di autorità religiose, e mediante la collaborazione di personale religioso come modo qualificante di gestione del servizio.

3. Sono in ogni caso soppresse:

a) le IPAB il cui organo collegiale deliberante sia composto, a norma di statuto, in maggioranza da membri desi-

gnati da comuni, province, regioni o altri enti pubblici, salvo che il presidente non sia, per disposizione statutaria, un'autorità religiosa o un suo rappresentante, o sia, comunque scelto tra i componenti di designazione privata;

b) le IPAB già concentrate o amministrate dagli ECA;

c) le IPAB che non esercitano le attività previste dallo statuto o altre attività assistenziali.

4. Sono altresì escluse dal trasferimento ai comuni le IPAB che svolgono prevalentemente attività di istruzione, ivi compresa quella prescolare, i seminari, le case di riposo per religiosi, le cappelle, e le istituzioni di culto.

5. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il legale rappresentante, o altro componente dell'organo collegiale deliberante delle IPAB interessate alla esclusione dal trasferimento, presenta alla regione e ai comuni interessati domanda per l'applicazione del presente articolo, fornendo gli elementi utili ai fini della esclusione.

6. Entro i successivi tre mesi i comuni interessati fanno pervenire le proprie osservazioni alla regione.

7. Trascorso tale termine, la regione, anche in assenza delle comunicazioni dei comuni di cui al precedente comma, decide sulla domanda di esclusione ai sensi del presente articolo.

8. Ove non sia stata presentata la domanda di esclusione, le IPAB sono soppresse e trasferite ai comuni.

9. Con decreto del presidente della giunta regionale, sentita una commissione tecnica composta da membri designati dalla regione, dall'ANCI, UPI e UMEBA regionali, sono pubblicati gli elenchi delle IPAB esistenti nella regione che accertano la non esistenza o l'esistenza dei requisiti di cui al presente articolo ai fini, rispettivamente, del trasferimento ai comuni o dell'applicazione del successivo comma.

10. Le IPAB escluse dal trasferimento ai comuni continuano a sussistere come

enti morali, assumendo la personalità giuridica di diritto privato e rientrando nella relativa disciplina.

11. La legge regionale stabilisce i modi, le forme e i termini per l'attribuzione in proprietà o in uso ai comuni dei beni trasferiti alle regioni a norma degli articoli 113 e 115 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, nonché il trasferimento dei beni delle IPAB soppresse, ai sensi del presente articolo, e disciplina l'utilizzazione dei beni e del personale da parte degli enti gestori, in relazione alla riorganizzazione ed alla programmazione dei servizi disposte in attuazione della presente legge. Ai fini della assunzione delle funzioni delle IPAB trasferite, i comuni possono procedere sia direttamente che attraverso le unità locali socio-sanitarie o mediante forme di gestione autonoma, ferma restando la destinazione dei beni ad attività di servizio socio-assistenziale.

12. Il personale in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge presso IPAB soggette al trasferimento ai comuni è trasferito ai rispettivi comuni contestualmente al passaggio delle funzioni, conservando la posizione economica conseguita presso l'ente di provenienza, unitamente alla posizione giuridica ed al trattamento previdenziale.

13. I trasferimenti ai comuni dei beni delle istituzioni e tutte le operazioni derivanti dalla applicazione del presente articolo avvengono in esenzione da qualsiasi imposta, tributo o tassa di registrazione.

#### ART. 14.

*(Fondo nazionale per i servizi sociali).*

1. Ad integrazione delle risorse finanziarie comunali e regionali è istituito presso il Ministero del tesoro un fondo nazionale per i servizi sociali costituito:

a) dal fondo per gli asili nido istituito con legge 6 dicembre 1971, n. 1044;

b) dal fondo speciale di cui all'articolo 10 della legge 23 dicembre 1975, n. 698;

c) dal fondo sociale di cui all'articolo 75 della legge 27 luglio 1978, n. 392;

d) dai fondi previsti dall'articolo 1-*duodecies* del decreto-legge 18 agosto 1978, n. 481, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 ottobre 1978, n. 641;

e) dai proventi netti di cui al terzo comma dell'articolo 117 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616;

f) dalle quote degli utili di gestione degli istituti di credito devolute in base ai rispettivi statuti, a finalità assistenziali;

g) dal fondo di cui alla legge 22 dicembre 1975, n. 685;

h) dal fondo di cui alla legge 29 luglio 1975, n. 405;

i) dal fondo di cui alla legge 2 maggio 1978, n. 194;

l) dal fondo di cui alla legge 3 giugno 1971, n. 404;

m) dal fondo di cui alla legge 14 dicembre 1970, n. 1088;

n) da una quota non superiore al 5 per cento dello stanziamento annuale del fondo sanitario nazionale;

o) da una somma aggiuntiva pari a lire 2.300 miliardi per il triennio 1989-1991 iscritta nello stato di previsione del Ministero del tesoro in ragione di lire 300 miliardi nell'anno 1989, di lire 1.000 miliardi nell'anno 1990 e di lire 1.000 miliardi nell'anno 1991.

2. Le somme stanziare a norma del precedente comma vengono ripartite per l'attuazione dei progetti-obiettivo per i servizi socio-sanitari nel campo dell'handicap, degli anziani, delle tossicodipendenze, dei servizi materno-infantili e della salute mentale. Il riparto avverrà su proposta del Ministero della sanità, sentita la commissione interregionale di cui alla legge 19 maggio 1970, n. 281, con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE).

3. Le somme stanziare a norma del precedente comma vengono ripartite tra tutte le regioni, comprese quelle a statuto speciale, tenuto conto delle indicazioni contenute nei piani regionali e sulla base di indici e di *standards* approvati dal Consiglio sanitario nazionale, distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale. Tali indici e *standards* devono tendere a garantire livelli di prestazioni uniformi su tutto il territorio nazionale eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le regioni.

ART. 15.

(*Norme transitorie*).

1. Le regioni adeguano la propria legislazione agli obiettivi e ai principi stabiliti dalla presente legge entro un anno dalla sua entrata in vigore.

2. Fino al riordino della legislazione regionale le somme di cui alle lettere *a)*, *b)*, *c)* e *d)* del comma 1 dell'articolo 14 continuano ad essere destinate agli scopi previsti dalle rispettive leggi e mantengono la suddivisione per regione sulla base dei criteri stabiliti dalle medesime leggi.

3. Trascorso un anno dall'entrata in vigore della presente legge, una quota non inferiore al 20 per cento del fondo di cui all'articolo 16 è riservata alle regioni che abbiano ottemperato al disposto del primo comma.

4. La ripartizione avviene sulla base di programmi presentati dalle singole regioni tenendo conto di garantire:

*a)* la gestione dei servizi esistenti;

*b)* lo sviluppo dei servizi sociali territoriali, specie di quelli destinati ai minori, agli anziani e agli inabili, in particolare per le regioni del Mezzogiorno, con riferimento ad esigenze di riequilibrio;

*c)* le erogazioni economiche straordinarie di cui al comma 4 dell'articolo 5 della presente legge.

5. Alle iniziative di cui alla lettera *b*) del comma 4 del presente articolo deve essere destinato non meno del 30 per cento del complesso del fondo di tale quota; non meno del 40 per cento delle somme stanziare per le spese in conto capitale deve essere destinato ai territori di cui all'articolo 1 del testo unico delle leggi sugli interventi nel Mezzogiorno approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1967, n. 1523.

ART. 16.

*(Comitati di assistenza e beneficenza).*

1. I Comitati provinciali di assistenza e beneficenza pubblica sono soppressi e le residue funzioni sono attribuite ai comuni singoli o associati nei modi e nelle forme stabilite dalle leggi regionali.

ART. 17.

*(Delega al Governo in materia di profili professionali e di formazione del personale).*

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti aventi valore di legge attraverso i quali definire criteri e modalità per:

*a*) la regolamentazione delle professioni attinenti al settore dei servizi socio-assistenziali;

*b*) le disposizioni generali per l'ordinamento e la durata delle scuole di formazione nonché i requisiti per accedere ai relativi corsi, tenendo anche conto della legge 21 dicembre 1978, n. 843;

*c*) la determinazione delle norme transitorie per la convalida dei titoli professionali conseguiti prima dell'entrata in vigore dell'ordinamento di cui alla precedente lettera *b*);

*d*) la riqualificazione e l'aggiornamento periodico obbligatorio degli operatori sociali;

e) i rapporti tra regioni, enti locali e sedi formative regionali, universitarie e altre sedi qualificate alla formazione degli operatori sociali.

2. Nell'esercizio della delega il Governo si atterrà ai principi della semplificazione del quadro generale delle figure professionali, della garanzia di una formazione omogenea e di adeguato livello qualitativo su tutto il territorio nazionale e della omogeneizzazione delle posizioni giuridiche ed economiche degli operatori sociali e sanitari.

#### ART. 18.

*(Regioni a statuto speciale).*

1. La presente legge, in quanto legge di riforma economico-sociale della Repubblica, si estende alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e Bolzano.

#### ART. 19.

*(Abrogazione di norme incompatibili).*

1. Sono abrogati:

a) la legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modificazioni e integrazioni e relativi regolamenti di esecuzione;

b) gli articoli 91, lettera h), e 144, lettera g), del testo unico delle leggi comunali e provinciali approvate con regio decreto 3 marzo 1934, n. 383;

c) la legge 3 giugno 1937, n. 847;

d) il regio decreto-legge 14 aprile 1944, n. 125;

e) l'articolo 15 del decreto del Presidente della Repubblica 23 marzo 1945, n. 173;

f) l'articolo 154 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, approvato con regio decreto 18 giugno 1931, n. 773.

g) ogni altra norma che risulti incompatibile ed in contrasto con le disposizioni contenute nella presente legge.