

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1267

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ROGNONI, FOSCHI, CRISTOFORI, GITTI, CABRAS, ABETE, AZZOLINI, BIANCHI, BIANCHINI, BONALUMI, CARLOTTO, DEGENNARO, GAROCCHIO, LOMBARDO, MANCINI VINCENZO, PERUGINI, RICCIUTI, ROSSATTINI, TEDESCHI

Presentata il 3 febbraio 1984

Legge quadro per la riforma dell'assistenza e dei servizi sociali

ONOREVOLI COLLEGHI! — L'urgenza di una riforma dei servizi sociali, più volte posta all'attenzione del Parlamento, ma mai giunta a positiva conclusione, è ancora più evidente oggi per una serie di motivi che rischiano di compromettere profondamente l'attuale assetto organizzativo dei servizi e di impedirne ogni evoluzione.

Verso un nuovo Stato sociale.

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, in quanto

tali, 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 fiscali 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, come 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 può schematicamente essere presentato come scontro di due tendenze fondamentali. La prima sostiene la necessità di un allargamento dei 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 neo-liberali 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 questa linea 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 della spesa sociale, riteniamo che sia fondamentale battere 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 stac-

cato 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 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 ecc.

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 particolare modo la legge n. 362 e 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 dissociati ».

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 dell'ordinamento locale, 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, prevista in forma anche obbligatoria dal decreto del Presidente della Repubblica n. 615 e largamente applicata nelle normative regionali, ha subito un notevole ridimensionamento nella proposta governativa.

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, rimane la più idonea per consentire una

unitarietà di direzione tecnico-politica ai servizi sociali e sanitari, una possibilità di integrazione, ed una programmazione equilibrata dei servizi sul territorio. Si tratterà di chiarire il rapporto tra comuni e associazione dei comuni, di riconsiderare gli organi di questa associazione di indicare i criteri in base ai quali la gestione dei servizi avrà carattere comunale o associato; si tratterà di rendere più intenso il rapporto tra i comuni e le loro associazioni, ma tale indirizzo, tra l'altro operante in diverse regioni, non può essere disatteso o minato nelle sue possibilità concrete di attuazione.

L'impegno deve essere quello di meglio determinarlo, di studiare modalità di funzionamento e di rapporti che lasciano 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, revisione degli assetti istituzionali della riforma sanitaria. Si vuole qui 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 so-

ziale, 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; 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. L'affermazione che « ai cittadini è assicurata la libera scelta dei servizi » è contenuta nel testo unificato del disegno di legge sulla riforma nazionale dell'assistenza. 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 previsto 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 della riforma sanitaria nazionale e le leggi di molte regioni riconoscono la funzione degli organismi e delle associazioni di volontariato a concorrere al conseguimento dei fini istituzionali dei servizi. Su questo punto il problema consiste nel coinvolgere questa 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 ed al fine di un corretto rapporto ente pubblico-volontariato sono state individuate anche norme per il finanziamento, totale o parziale che dovrà riguardare tutti quegli strumenti che si rendono necessari al fine di un efficace intervento sul tessuto sociale da parte degli operatori volontari.

Per arrivare ad un sistema di servizi non burocratizzato, in sintonia con le aspettative di una utenza critica e responsabile, risulta decisivo il modulo organizzativo degli interventi. 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 una unica struttura di gestione (unità sanitaria locale), 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, saranno gestiti a livello di zona. 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 regionali. L'unità locale deve comunque essere intesa come uno strumento dell'associazione dei 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 per la sicurezza sociale è passata dal 1970 al 1976 dal 30,1 per cento al 26,6 per cento del reddito nazionale netto trovandosi in un posizione intermedia in Europa.

Nel 1977 di fronte ad un PIL di 173 mila miliardi la spesa complessiva per la spesa sociale è stata di 40.912 miliardi, contro gli 11.000 miliardi del 1970.

Si è avuto un progressivo aumento della spesa per la sicurezza sociale sia in termini assoluti che relativi, aumento che deve far riflettere se non si vuole pagare in termini di disoccupazione e di permanente stasi degli investimenti l'illusione di dare qualcosa di più in termini di prestazione sociale. È quindi 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, ecc.); dall'esame sommario dei primi piani regionali di servizi si possono però dedurre alcune caratteristiche di questa spesa e del sistema complessivo:

1) la residualità dell'intervento assistenziale all'interno delle politiche sociali complessive. Tale residualità è resa evi-

dente dal divario profondo tra la spesa sanitaria e spesa sociale che provoca una sanitarizzazione di interventi sociali con ulteriore aggravio per la spesa sanitaria stessa;

2) la residualità e l'insufficienza della spesa socio-assistenziale è causa di un forte squilibrio nell'intervento assistenziale. Squilibrio in relazione alle funzioni di prevenzione, riparazione e promozione. Appare infatti ancora preminente l'intervento di tipo riparatorio (il 41 per cento della spesa assistenziale è dovuta all'assistenza generica).

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 significative 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 bisogni sanitari.

Infine la scarsità delle risorse induce uno squilibrio dell'intervento assistenziale nelle diverse regioni e all'interno delle stesse regioni in zone di 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 delle opportunità di servizio per tutte le aree di una stessa regione e tra le diverse regioni.

È sempre la scarsità delle risorse e l'impossibilità di far fronte ai bisogni primari nonché, forse, un malinteso concetto di politica dei servizi 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, ecc).

I servizi più scoperti sono drammaticamente oltre ai nuovi bisogni (droga, di-

sadattamento) i 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 di assistenza e della mancata divisione tra spesa sanitaria (che dovrebbe essere a carico del fondo sanitario) e spesa assistenziale (a carico dell'utente o del comune). La delega 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 dirottare altrove soprattutto quando si tratta di utilizzare risorse patrimoniali e personale trasferito dagli enti soppressi (enti nazionali, ente comunale assistenza, istituzioni benefiche, assistenziali e pubbliche) 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.

Impegno politico.

La Democrazia Cristiana riconferma, 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.

Consapevole delle difficoltà che, nelle scorse legislature, si sono frapposte alla traduzione in concreta realtà legislativa delle iniziative riformatrici, articola 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 passata 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 Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

I primi quattordici articoli riproducono, in modo fedele, il testo della proposta unificata elaborato nella menzionata sede dalla scorsa legislatura.

A tale testo la Democrazia Cristiana ritiene di poter confermare l'adesione, non solo per ragioni di opportunità ai fini della celerità 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.

È questo il significato della scelta di confermare la sorta di legge che già deve l'approvazione delle Commissioni, senza che però questa scelta ostacoli possibili ulteriori modificazioni.

In tale contesto, nelle disposizioni introduttive, ricevono particolare assenso le disposizioni volte a definire una certa sorta di statuto dei diritti della persona e della sua collocazione centrale nel sistema, sia pure in un quadro di ragionevoli compatibilità tecniche ed economiche.

I contenuti dell'articolato.

L'articolo 1 rinnova, precettivamente, 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 sociali: 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, oltretutto 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 si-

stema, 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 e la protezione 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 diritto soggettivo alla fruizione ed a scelte e superando (col riferimento al solo stato della cittadinanza) antecedenti settorializzazioni ed articolazioni di 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 colla 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.

Per quanto concerne le funzioni centrali, in attesa della riforma della Presidenza del Consiglio dei ministri e dei singoli Ministeri, pare opportuno demandare le attribuzioni assistenziali al Ministero della sanità; rispetto ad altre ipotizzabili soluzioni (che furono oggetto di approfondita analisi ed anche di incertezze e di dibattiti nella passata legislatura) l'individuazione del Ministero della sanità ha il pregio di fare ricorso ad una competenza di maggiore specificità tecnica e di favorire la gestione coordinata della materia sanitaria e della materia assistenziale; la creazione di un'autonoma direzione in seno al Ministero della sanità e la riforma del Consiglio superiore della sanità e dei Servizi sociali (con equilibrata presenza delle espressioni delle varie competenze) evitano, nel contempo, il pericolo di una attenuazione dei caratteri propri ed autonomi dell'azione strettamente sociale.

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 della generica affermazione della libertà dell'assistenza privata di cui all'articolo 38 della Costituzione, si propongono 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) nella 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 suddetti privati operanti senza scopo di lucro: le relative strutture, nell'ambito di logiche compatibilità, definite dagli strumenti della programmazione, sono elevate a componenti sostitutive del sistema complessivo dei servizi pubblici, col diritto loro garantito, e seguito di iscrizione nel registro regionale, di ottenere, a domanda, sia l'inclusione nei programmi regionali e locali dei servizi, sia l'ammissi-

sione alla stipula di convenzione 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.

È noto che l'azione parlamentare in materia si è, nella passata legislatura, arrestata sul nodo della sorte delle Istituzioni pubbliche, assistenziali e benefiche: 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 possono 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 istituzioni pubbliche, assistenziali e benefiche 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 operativo 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 ideologica — non poteva essere riconosciuta che con natura e veste di istituzione pubblica, assistenziale e benefica.

La generalizzata soppressione delle istituzioni pubbliche, assistenziali e benefiche, 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 delle istituzioni pubbliche, benefiche ed assistenziali, in termini di generale accettabilità.

L'aspetto formale più significativo e positivo al riguardo è certamente dato dai famosi decreti Andreotti (decreti-legge n. 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 — l'improprietà e l'erroneità delle soluzioni portate dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616, del 1977, 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 istituzioni pubbliche, benefiche ed assistenziali, 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 essenziali.

Sotto un primo aspetto, pertanto, la proposta della Democrazia Cristiana 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 istituzioni pubbliche, assistenziali e benefiche 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, rappresentano 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, viceversa, che noi auspichiamo attiene esclusivamente alla natura oggettiva ed intrinseca — pubblica o privata — delle singole istituzioni, e totalmente prescindente 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 delle Istituzioni pubbliche, assistenziali e benefiche, 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 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 tempo, 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 istituzioni pubbliche, assistenziali e benefiche. Sull'intero problema come su alcune particolari specificazioni (in ordine, ad esempi, all'istruzione pre-scolare) siamo peraltro disponibili per un sereno, obiettivo confronto nella fondata certezza che solo col metodo del continuo dialogo e dell'approfondimento delle questioni si possano raggiungere gli ambiziosi obiet-

tivi 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, ecc.), con 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).

In attuazione delle norme costituzionali e nel quadro della sicurezza sociale, la presente legge determina i principi fondamentali relativi agli interventi di assistenza diretti a garantire al cittadino il pieno e libero sviluppo della personalità e la sua partecipazione alla vita del Paese.

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.

A norma dell'articolo 38 della Costituzione l'assistenza privata è libera.

ART. 2.

(Finalità).

Per rendere effettivo, con un'organica politica di sicurezza sociale, il diritto di tutti i cittadini alla promozione, mantenimento e recupero dello stato di benessere fisico e psichico, al pieno sviluppo della personalità nell'ambito dei rapporti familiari e sociali, al soddisfacimento delle esigenze di vita, l'attività del sistema dei servizi sociali e di quelli preposti allo sviluppo sociale perseguono le seguenti finalità:

a) prevenire e rimuovere le cause di ordine economico-sociale e psicologico che possono provocare situazioni di biso-

gno 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 coinvolgono direttamente, congrue possibilità di scelta 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 famiglia o nuclei familiari liberamente scelti o in ambienti parafamiliari o comunitari sostitutivi;

d) intervenire per il reinserimento di quanti sono assistiti in strutture o istituzioni segreganti;

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.

ART. 3.

(Destinatari).

Tutti i cittadini hanno diritto a fruire dei servizi sociali senza distinzione di carattere giuridico, economico, sociale, ideologico o religioso.

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 risultano 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.

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.

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.

I servizi socio-assistenziali provvedono altresì a:

a) promuovere direttamente l'utilizzo dei servizi da parte dei cittadini, compresi quelli con *handicaps* fisico-psichico-sensoriali. Detta attività comprende anche la segnalazione ai competenti uffici dei bisogni assistenziali risolvibili mediante la predisposizione di servizi sia sociali sia preposti allo sviluppo sociale;

b) fornire ai cittadini l'informazione necessaria per quanto concerne le disposizioni legislative, regolamentari e d'altro genere sui servizi socio-assistenziali;

c) fornire l'informazione sulle prestazioni e sui servizi socio-assistenziali esistenti nel territorio e, occorrendo, la consulenza per la loro fruizione.

I servizi socio-assistenziali devono assicurare comunque le prestazioni previste dagli articoli 22 e 23 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.

I servizi socio-assistenziali sono prevalentemente organizzati in forme aperte con carattere domiciliare o di centri diur-

ni che sono adeguatamente distribuiti nel territorio.

Sono di competenza dello Stato:

1) 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;

2) 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;

3) 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;

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

5) 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 fino alla concessione del permesso di soggiorno;

6) interventi socio-assistenziali prestatati 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;

7) 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;

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

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

10) la certificazione della qualifica di orfano, vedova, inabile e degli altri titoli di legittimazione al godimento dei benefici previsti dalle leggi vigenti, da esercitarsi mediante delega alle regioni.

ART. 5.

(Prestazioni economiche).

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

Hanno diritto alle prestazioni ordinarie:

a) sotto forma di pensione sociale o di assegni di inabilità, tutti i cittadini che, per età o inabilità, indipendentemente dalla loro volontà, 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.

Le prestazioni economiche ordinarie e le relative misure e modalità sono definite con leggi dello Stato.

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*).

Sono di competenza dello Stato:

1) 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;

2) la fissazione dei requisiti per la determinazione di 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;

3) 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 ed altri eventi eccezionali ed urgenti che trascendono nell'ambito regionale o per i quali l'ente locale non possa provvedere ovvero resisi necessari per assolvere un dovere sul piano di solidarietà nazionale;

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

5) gli interventi in favore di 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 fino alla concessione del permesso di soggiorno;

6) 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 di vigili del fuoco e ai loro familiari, da enti e organizzazioni appositamente istituiti;

7) i rapporti in materia assistenziale 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;

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

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

10) la certificazione della qualifica di orfano, vedova, inabile e degli altri titoli di legittimazione al godimento del benessere previsti dalle leggi vigenti, da esercitarsi mediante delega alle regioni.

ART. 7.

(Riassetto degli uffici statali).

Fino all'attuazione della riforma della Presidenza del Consiglio dei ministri e alla riorganizzazione dei Ministeri, le funzioni statali di cui alla presente legge sono esercitate dal Ministero della sanità.

Gli interventi previsti dai numeri 3), 6), 7) e 9) del precedente articolo 6 restano assegnati ai Ministri rispettivamente competenti.

La Direzione generale dei servizi civili del Ministero dell'interno e le relative funzioni previste dall'articolo 2, terzo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 617, sono trasferite al Ministero della sanità.

In sede di riordinamento del Ministero della sanità ai sensi dell'articolo 59 della

legge 23 dicembre 1978, n. 833, si dovrà tener conto delle esigenze connesse all'attuazione dei compiti di cui alla presente legge.

ART. 8.

*(Consiglio nazionale della sanità
e dei servizi sociali).*

L'articolo 8 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

« È istituito il Consiglio nazionale della sanità e dei servizi sociali con funzioni di consulenza e di proposta nei confronti del Governo per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria e assistenziale e per l'elaborazione e l'attuazione del piano sanitario nazionale.

Il Consiglio è sentito obbligatoriamente in ordine ai programmi globali di prevenzione anche primaria, alla determinazione dei livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3 e alla ripartizione degli stanziamenti di cui all'articolo 51, nonché alle fasi di attuazione del servizio sanitario nazionale e alla programmazione del fabbisogno di personale sanitario necessario alle esigenze del servizio sanitario nazionale. Il Consiglio è, altresì, sentito obbligatoriamente in ordine ai programmi globali di intervento in materia assistenziale, alla determinazione dei livelli minimi dei servizi sociali che debbono essere garantiti a tutti i cittadini, alla determinazione dei profili professionali degli operatori sociali, alle pensioni ed assegni di carattere continuativo di competenza dello Stato.

Esso predispone una relazione annuale sullo stato sanitario e sulla situazione dei servizi sociali del paese sulle quali il ministro della sanità riferisce al Parlamento entro il 31 marzo di ogni anno.

Il Consiglio nazionale della sanità e dei servizi sociali, nominato con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del ministro della sanità, per la

durata di un quinquennio, è presieduto dal ministro della sanità ed è composto:

a) da due rappresentanti per ciascuna regione e, per quanto concerne la regione Trentino-Alto Adige, da due rappresentanti della provincia di Trento e da due rappresentanti della provincia di Bolzano;

b) da tre rappresentanti del Ministero della sanità e da un rappresentante per ciascuno dei seguenti Ministeri: lavoro e previdenza sociale; pubblica istruzione; interno; grazia e giustizia; difesa; tesoro; bilancio e programmazione economica) agricoltura e foreste; industria, commercio e artigianato; marina mercantile; da un rappresentante designato dal ministro per il coordinamento delle iniziative per la ricerca scientifica e tecnologica;

c) dal direttore dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, da un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche, da dieci esperti in materia sanitaria designati dal CNEL, tenendo presente i criteri di rappresentatività e competenze funzionali al servizio sanitario nazionale, e da quindici esperti in materia assistenziale, di cui dieci designati dal CNEL tenendo presenti i criteri di competenza funzionale rispetto ai servizi socio-assistenziali e cinque designati dalle associazioni di rappresentanza delle istituzioni private di assistenza sociale;

d) da cinque rappresentanti dell'ANCI.

Il Consiglio elegge tra i suoi componenti un vice presidente.

L'articolazione in sezioni, le modalità di funzionamento e le funzioni di segreteria del Consiglio sono disciplinate con regolamento emanato dal ministro della sanità, sentito il Consiglio stesso ».

ART. 9.

(Compiti delle regioni).

La potestà delle regioni in materia di servizi sociali e di prestazioni economi-

che, di cui al quarto comma del precedente articolo 5, è svolta nel rispetto delle norme fondamentali e dei principi stabiliti dalla presente legge.

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 e degli organismi pubblici e privati e del volontariato operanti nel settore.

Le regioni in particolare provvedono a:

1) 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;

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

3) determinare i criteri generali per il concorso degli utenti e delle persone tenute al mantenimento e alla corresponsione degli alimenti al costo delle prestazioni secondo i principi indicati nel precedente articolo 5;

4) 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;

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

6) 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;

7) provvedere una ripartizione tra 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;

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

9) 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;

10) svolgere e promuovere una 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.

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 al servizio sociale.

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 un anno 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 istituito. La legge regionale assicura comunque l'autonomia tecnico-funzio-

nale 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 24 luglio 1877, n. 616.

L'unificazione degli organi di governo e di gestione dei servizi sociali e di quelli sanitari deve realizzarsi entro due anni dall'approvazione della presente legge.

ART. 10.

(Compiti delle province).

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

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.

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

Le somme stanziare nell'esercizio 1982 delle amministrazioni provinciali per le funzioni di cui al comma precedente sono destinate alle regioni per essere interamente ripartite tra i comuni, secondo quanto previsto a dal punto g) del terzo comma del precedente articolo 8.

ART. 11.

(Ruolo e compiti dei comuni).

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

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 13. 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) gestiscono i beni mobili ed immobili e le attrezzature destinate al patrimonio dei comuni e di quello destinato dai comuni stessi a sedi di servizi sociali.

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

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 organismi di decentramento comunale, ove istituiti.

ART. 12.

(Libertà dell'assistenza privata).

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

ART. 13.

(Registro regionale istituzioni private).

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 concorre alla stipulazione delle convenzioni di cui al primo comma dell'articolo 10.

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:

- 1) assenza di fini di lucro;
- 2) 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 9, terzo comma, n. 1;
- 3) 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 ordini religiosi o case generalizie;
- 4) corrispondenza ai principi stabiliti dalla presente legge e dalla legge regionale.

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.

Nel rispetto di tali requisiti i servizi gestiti dai privati sono inclusi, a domanda, nel piano dei servizi sociali formulato dalle regioni, compatibilmente con le previsioni del piano stesso, con il concorso dei comuni e delle province e convenzionati ai sensi dell'articolo 11.

ART. 14.

(Volontariato).

È riconosciuta la funzione di utilità sociale delle associazioni e delle altre istituzioni di volontariato dotate o non di personalità giuridica, liberamente costituite, fondate in prevalenza su prestazioni volontarie e personali dei soci e che concorrano al conseguimento dei fini dell'assistenza sociale.

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

ART. 15.

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

Sono escluse dal trasferimento ai comuni le Istituzioni pubbliche assistenziali e benefiche comprese in una delle seguenti categorie:

1) che si tratti di istituzione avente struttura associativa. Tale struttura sus-

siste allorché ricorrono congiuntamente le seguenti condizioni:

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

b) 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;

c) che l'attività dell'ente si esprima prevalentemente, a norma di statuto, sulla base di prestazioni volontarie e personali dei soci e con mezzi derivanti da atti di liberalità o da contributi dei soci; le prestazioni volontarie e personali dei soci non possono consistere in mere erogazioni pecuniarie;

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

2) che si tratti di istituzione promossa ed amministrata da privati ed operante prevalentemente con mezzi di provenienza privata. Tale circostanza sussiste allorché ricorrono congiuntamente i seguenti elementi:

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

b) che almeno la metà dei componenti l'organo collegiale deliberante debba essere, sempre per disposizione statutaria, designata da privati e che, in tal caso, il presidente non sia per statuto scelto tra i componenti di designazione pubblica;

c) 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 di 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;

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

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

b) che risulti collegata a una confessione religiosa mediante la designazione negli organi collegiali deliberanti, in forza di disposizioni statutarie, di ministri del 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.

Sono in caso soppresse:

a) le Istituzioni pubbliche assistenziali e benefiche il cui organo collegiale deliberante sia composto, a norma di statuto, in maggioranza da membri designati dai comuni, province, regioni o altri enti pubblici, salvo che il presidente non sia, per disposizione statutaria un'autorità religiosa o un suo rappresentante, ma comunque scelto tra i componenti di designazione privata. Sono altresì esclusi i seminari e le case di riposo per religioni, le cappelle e le istituzioni di culto;

b) le Istituzioni pubbliche assistenziali e benefiche già concentrate o amministrare dagli Enti comunali di assistenza;

c) le Istituzioni pubbliche assistenziali e benefiche che esercitano le attività previste dallo statuto o altre attività assistenziali.

Sono altresì escluse dal trasferimento ai comuni le Istituzioni pubbliche assistenziali e benefiche che svolgono prevalentemente attività di istruzione, ivi compresa quella prescolare.

Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il legale rappresentante, o altro componente dell'organo collegiale deliberante delle Istituzioni pubbliche assistenziali e benefiche 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.

Entro i successivi sessanta giorni i comuni interessati fanno pervenire le proprie osservazioni alla regione.

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.

Ove non sia stata presentata la domanda di esclusione, le Istituzioni pubbliche assistenziali e benefiche sono soppresse e trasferite ai comuni.

Con decreti del Presidente della Giunta regionale, sentita una Commissione composta da rappresentanti della Regione, delle Province, dei Comuni e dell'UNEBA, sono pubblicati gli elenchi delle Istituzioni pubbliche assistenziali e benefiche 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 dall'applicazione del successivo comma.

Le istituzioni pubbliche assistenziali e benefiche escluse dal trasferimento ai comuni, continuano a sussistere come enti morali, assumendo la personalità giuridica di diritto privato e rientrando nella relativa disciplina.

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 Istituzioni pubbliche assistenziali e benefiche 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 Istituzioni pubbliche assistenziali e benefiche trasferite, i comuni potranno 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.

Il personale delle Istituzioni pubbliche assistenziali e benefiche in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge presso Istituzioni pubbliche assistenziali e benefiche 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.

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. 16.

(Fondo nazionale per i servizi sociali).

Presso il Ministero del tesoro è istituito 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 (ONMI);

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

d) dai fondi previsti dall'articolo 1-*duodeces* della legge 21 ottobre 1978, n. 641 (ENAOLI, ONPI, ANMIL);

e) dai proventi netti di cui al terzo comma dell'articolo 117 del decreto del

Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616 (beni in liquidazione degli enti nazionali, sedi centrali);

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

g) da una somma aggiuntiva pari a lire 200 miliardi per il triennio 1980-1982 iscritto nello stato di previsione del Ministero del tesoro in ragione di lire 10 miliardi nell'anno 1979, di lire 95 miliardi nell'anno 1980 e di lire 95 miliardi nell'anno 1982.

Le somme stanziata a norma del precedente comma vengono ripartite — sentita la Commissione interregionale di cui alla legge 16 maggio 1970, n. 281 — con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) tra tutte le regioni, su proposta del Ministero della sanità, sentito il Consiglio nazionale della sanità e dei servizi sociali.

Le somme stanziata 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* individuati dal consiglio nazionale della sanità e dei servizi sociali, 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. 17.

(Norme transitorie).

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

Fino al riordino della legislazione regionale le somme di cui alle lettere *a)*, *b)*,

c) e d) del primo comma del precedente articolo continuano ad essere destinate agli scopi previsti dalle rispettive leggi e mantengono la suddivisione per regione sulla base dei criteri stabiliti dalle medesime leggi.

Fino al riordino della legislazione regionale le somme di cui alle lettere a) f) e g) del primo comma del precedente articolo sono interamente destinate agli scopi di cui al numero 2) del terzo comma del precedente articolo.

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

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

- 1) la gestione dei servizi esistenti;
- 2) 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;
- 3) le erogazioni economiche straordinarie di cui all'ultimo comma dell'articolo 4 della presente legge.

Alle iniziative di cui al numero 2) del precedente comma deve essere destinato non meno del 30 per cento del complesso del fondo di tale quota e 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 decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1967, n. 152.

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.

I consigli di aiuto sociale di cui agli articoli 74 e seguenti della legge 26 luglio 1975, n. 354, sono soppressi. Le funzioni, i beni e il personale sono trasferiti ai comuni singoli o associati nei modi e nelle forme stabilite dalle leggi regionali.

Sono abrogate le norme previste dall'articolo 154 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza approvato con regio decreto 18 giugno 1971, n. 773, sono altresì abrogate le norme di cui all'articolo 15 del decreto del 23 marzo 1945, n. 173.

ART. 18.

(Regioni a statuto speciale).

Le norme fondamentali della presente legge, in quanto legge di riforma economico-sociale della Repubblica, si estendono alle Regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e Bolzano.

ART. 19.

(Abrogazione di norme incompatibili).

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