

## FONDAZIONE GIANDOMENICO ROMAGNOSI

SCUOLA DI GOVERNO LOCALE

Quaderni della Fondazione Giandomenico Romagnosi

Quaderno 2/2022

# I servizi residenziali per anziani in Valle D'Aosta

Ipotesi di riforma

Prefazione di Eugenio Salvati

**Autore:** 

**Fulvio Centoz** 

Fondazione Scuola di Governo Locale Giandomenico Romagnosi
Presidente: Paolo Graziano.

Responsabile Scientifico dei Quaderni: Paolo Graziano.

Comitato di Redazione: Tiziana Alti, Franco Osculati, Gianluca Pietra, Raffaella Procaccini, Andrea Zatti, Sabrina Spaghi.

Immagine di copertina: Andrea Vaccari, A7design.

I servizi residenziali per anziani in Valle D'Aosta. Ipotesi di riforma.

Quaderno Romagnosi 2/2022, settembre 2022.

Prefazione di Eugenio Salvati.

Autore: Fulvio Centoz.

## I servizi residenziali per anziani in Valle D'Aosta. Ipotesi di riforma

Prefazione di Eugenio Salvati

Autore: Fulvio Centoz.

### **INDICE**

Prefazione	4
di Eugenio Salvati	
I servizi residenziali per anziani in Valle D'Aosta.	
<b>Ipotesi di riforma</b> di Fulvio Centoz	7
Introduzione	7
Capitolo 1. Contesto normativo	8
Capitolo 2. Contesto istituzionale	14
Capitolo 3. Analisi dei dati: la popolazione, gli anziani, le strutti	ıre 17
Capitolo 4. Le criticità	23
Capitolo 5. Il Piano di Zona e la necessità di una sua revisione	26
Capitolo 6. Le possibili soluzioni	28
6.1. Un Ente unico strumentale dei Comuni nella forma dell'azienda speciale consortile	28
6.2. Mantenimento dei servizi agli anziani in capo alle <i>Unit</i> maggiore integrazione nei Distretti sociosanitari	
6.3. Trasformazione delle microcomunità in "Mini RSA", pie "hub sociali" grazie alla programmazione del PNRR	
Conclusioni	38

#### **Prefazione**

### di Eugenio Salvati<sup>1</sup>

La riorganizzazione dei servizi territoriali e la spinta verso una maggiore integrazione tra dimensione sociale e sociosanitaria sono due aspetti cardine su cui si concentra la riflessione concernente il welfare, specialmente all'indomani della pandemia. In particolare l'area dei servizi dedicati agli anziani - siano essi di natura residenziale, semiresidenziale o domiciliare - è stata sottoposta ad una forte pressione nel corso delle fasi più complesse della pandemia Covid-19, evidenziando i limiti e gli aspetti di maggiore sofferenza di un modello che necessita di essere ripensato, sia da un punto di vista organizzativo sia riguardo alla natura dei servizi erogati. La concretizzazione di una diversa funzione di questi servizi nel quadro articolato del welfare locale, e quindi la definizione di una differente relazione con gli altri servizi territoriali e con il mondo sociosanitario, rappresentano una sfida ineludibile per il policy maker – nazionale e regionale –, anche in virtù di una evoluzione nei bisogni di una fascia demografica in costante aumento. Un cambiamento demografico che proiettato nel lungo periodo richiede un welfare maggiormente proattivo, non impegnato a rincorrere i cambiamenti e ad operare in un'ottica essenzialmente riparativa.

Le stesse missioni e obiettivi inseriti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, con i collegati interventi sulla domiciliarità e la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, testimoniano il bisogno di interventi strutturali e di sistema, con lo Stato centrale in carico di definire alcuni aspetti qualificanti e obbligatori – i livelli essenziali – in grado di evitare un eccesso di segmentazione (territoriale, categoriale, sociale) e le Regioni e gli Enti locali chiamati a modernizzare e potenziare gli interventi, anche in considerazione delle peculiarità territoriali.

L'importanza di una riforma complessiva dei servizi agli anziani chiama perciò in causa alcuni elementi qualificati che pertengono ad alcune specifiche dimensioni quali la già richiamata integrazione effettiva con i servizi sociosanitari, in grado di garantire i processi di valutazione multidimensionale

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali. Tutor universitario del Dott. Fulvio Centoz per il progetto di tirocinio formativo svolto nell'ambito del Master di II livello dell'Università degli Studi di Pavia in "Amministrazione territoriale e politiche di sviluppo locale".

e la presa in carico complessiva dell'utente (ossia in termini di risposta strutturata ai diversi bisogni individuali e con garanzia della continuità temporale), una maggiore aderenza ad un approccio di long term care per accompagnare percorsi di invecchiamento attivo (dove possibile) e/o di supporto alla fragilità, una maggiore integrazione che coinvolga la fase di programmazione, progettazione ed erogazione di servizi di tipo domiciliare come l'Assistenza Domiciliare Integrata delle ASL/ASST e i Servizi di Assistenza Domiciliare erogati dai Comuni, assicurando un migliore mix di prestazioni e definendo standard qualitativi più elevati. Infine, per i cittadini per i quali non è possibile evitare l'istituzionalizzazione, pensare ad una residenzialità in cui maggiore sia l'integrazione con il territorio (la costruzione della famosa filiera dei servizi) e che assicuri la presenza di un mix di professionalità in grado di rispondere a bisogni sempre più complessi e di natura diversa. Insomma, una serie di sfide complesse e innovative che richiedono sforzi di riflessione e innovazione articolati su tutti i livelli della governance multilivello in cui si struttura il welfare.

In questo quadro e precisamente con l'obiettivo di fornire al policy maker regionale uno strumento di analisi e di proposta per orientarsi nel percorso di cambiamento si inserisce il lavoro di Fulvio Centoz che, partendo da una accurata analisi territoriale del peculiare caso della Regione Valle d'Aosta, presenta alcuni possibili percorsi di riforma del sistema dei servizi residenziali per gli anziani in Valle d'Aosta. In questo Quaderno l'autore affronta alcuni dei temi precedentemente toccati, declinandoli attraverso una riflessione sistematica sugli aspetti che rendono necessario il processo di riforma e che possiamo organizzare, per ragioni di sintesi, in tre grossi cluster: garantire la sostenibilità economica delle strutture e dei servizi erogati, assicurare un soddisfacente livello di copertura territoriale e di prossimità del servizio, potenziare l'integrazione con gli altri servizi territoriali. Gli interventi pensati in risposta a queste sfide devono produrre un equilibrio avanzato tra queste diverse esigenze in un modello che ha come impegno prioritario la garanzia dell'erogazione del miglior servizio alla platea più ampia possibile, tramite l'attivazione di processi innovativi che consentano ai servizi di prendere in carico e fornire risposte appropriate ai nuovi bisogni (nuovi bisogni su cui ha evidentemente inciso la stessa pandemia Covid-19).

Nella parte di analisi critica e in quella propositiva, Centoz connette queste tre dimensioni mostrando in modo attento come una revisione degli interventi concernenti uno specifico settore delle politiche di welfare, di fatto, non possa essere sganciato da una riflessione di grado sistemico e da uno sforzo volto a sostenere processi di integrazione più ampi ed armoniosi, in grado di coinvolgere altre aree delle politiche socioassistenziali e la pluralità degli attori che operano sul territorio. Potremmo dire che la riforma dei servizi residenziali per anziani "chiama" in causa altri processi di cambiamento e di revisione che riguardano, ad esempio, il ruolo del Piano di Zona e quindi dei Comuni (il ruolo della programmazione sociale di zona e di una ampia partecipazione degli attori sociali, richiamando così un aspetto spesso troppo tralasciato della L.N. 328/2000), il modello di intervento congiunto con la dimensione sociosanitaria e, non da ultimo, il ruolo del PNRR e delle nuove strutture sanitarie – ma con forte venature socioassistenziali – delineate dal piano nazionale. Qui preme evidenziare, per l'appunto, il ruolo di potenziale catalizzatore del cambiamento e dell'integrazione che potrebbero svolgere le nuove Case della Comunità.

Per questi ed altri motivi il Quaderno della Fondazione Romagnosi curato da Fulvio Centoz rappresenta un interessante caso studio dal quale si possono trarre numerosi spunti che interessano diversi aspetti concernenti l'organizzazione e il funzionamento del welfare locale. Territorializzazione, prossimità e innovazione non vengono presentate come semplici parole chiave ma veri paradigmi su cui tutto il sistema è chiamato a riflettere in un momento storico segnato da cambiamenti, rischi e incertezze che rimettono prepotentemente al centro del discorso pubblico e dell'agenda politica le istituzioni del welfare proprio in virtù della loro capacità di stabilizzare i percorsi di inclusione e coesione sociale, e contestualmente ridurre i rischi sociali e il grado di incertezza.

## I servizi residenziali per anziani in Valle D'Aosta. Ipotesi di riforma<sup>2</sup>

di Fulvio Centoz<sup>3</sup>

#### Introduzione.

Tra il 2010 ed il 2020 ho avuto l'onore di svolgere l'incarico di Sindaco in due Comuni diversi e, dopo neppure una settimana dall'avvio del mio primo mandato è stato adottato il Decreto-legge recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica (D.L. n. 78 del 31 maggio 2010, convertito dalla L.N. 122/2010) che rappresenta la prima delle numerose manovre finanziarie del secondo decennio degli anni duemila.

Nel decennio successivo, infatti, sono state molte le norme dettate per risanare i conti pubblici dello Stato che hanno inciso pesantemente sui bilanci degli Enti locali.

Nella mia esperienza, l'impatto maggiore della riduzione dei trasferimenti si è avuto soprattutto nei servizi sociali.

Tali servizi hanno un forte impatto sociale, non solo perché incidono sulle fasce più deboli della popolazione (generalmente infanzia, anziani e disabili), ma anche perché hanno un peso importante nei bilanci comunali e in periodi di contrazione delle risorse gli amministratori pubblici hanno dovuto misurarsi con la necessità di pareggiare i bilanci a fronte di minori trasferimenti mantenendo, al contempo, gli elevati standard qualitativi ottenuti nei decenni precedenti. A ciò si aggiunga che i servizi sociali hanno una quota preponderante di costo rappresentato dalla manodopera, motivo per cui eventuali azioni di riduzione delle risorse pubbliche possono incidere sulla qualità del servizio ma anche sull'occupazione degli Enti del terzo settore che rivestono un ruolo centrale e ormai insostituibile nel welfare locale.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Il presente contributo è frutto del progetto di tirocinio formativo svolto dall'Autore presso la Regione Autonoma Valle D'Aosta nell'ambito della prima edizione a.a. 2020-2021 del Master di II livello dell'Università degli Studi di Pavia in "Amministrazione territoriale e politiche di sviluppo locale".

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Dirigente presso la Regione Autonoma Valle D'Aosta, Assessorato Istruzione, Università, Politiche giovanili, Affari europei e Partecipate, Dipartimento Sovraintendenza agli Studi, Struttura personale scolastico.

Nel percorso decennale da Sindaco ho quindi potuto appurare come i servizi sociali e, in particolare quelli rivolti agli anziani, abbiano la necessità di una revisione complessiva nella loro gestione.

Il paradigma della riduzione dei costi che ha attraversato la politica nazionale e regionale nel corso dell'ultimo decennio sta così lentamente lasciando spazio ad un nuovo paradigma economico. La necessità di accompagnare la ripresa economica dopo il blocco causato dalla pandemia e le conseguenze che questa ha avuto sul nostro tessuto sociale (con evidenti limiti di una sanità ospedale-centrica e poco presente sul territorio) stanno facendo maturare una nuova consapevolezza.

Da qui nasce questo lavoro, che vorrebbe affrontare un tema centrale per la Valle d'Aosta e per altre Regioni italiane afflitte da problemi simili: il necessario ripensamento della gestione del welfare rivolto agli anziani non più in una mera logica di tagli ma ipotizzando un nuovo modello gestionale che possa mantenere gli standard di qualità raggiunti, garantire una presenza forte sui territori di montagna, dare un nuovo ruolo di impulso agli Enti locali e uniformare il livello delle prestazioni su tutto il territorio regionale garantendo i livelli essenziali di assistenza.

Cercherò quindi, dopo un veloce inquadramento giuridico e istituzionale, di presentare la gestione delle strutture residenziali e dei servizi domiciliari in Valle d'Aosta oggi, di tratteggiarne le criticità ma anche le potenzialità, per passare poi all'esposizione di alcune ipotesi di riforma e di come esse potrebbero essere attuate. Tutto ciò senza alcuna pretesa di suggerire facili soluzioni a problemi anche molto complessi ma con la speranza che, affrontando un tema a me caro e che ho toccato con mano negli anni passati, le riflessioni qui presentate possano offrire ai decisori politici di oggi elementi concreti sui quali decidere.

#### Capitolo 1. Contesto normativo.

Com'è noto, la Regione Valle d'Aosta è una Regione a Statuto speciale, dotando l'autorità regionale di competenze aggiuntive nell'assistenza e nella beneficenza pubblica, all'interno di un quadro normativo in cui lo Stato detta norme di principio generali e la Regione ha la facoltà di intervenire con disposizioni legislative di integrazione e di attuazione della disciplina statale, entro limiti precisi.

A livello nazionale, attraverso successivi passaggi normativi, si approda all'inizio degli anni 2000 con la Legge 8 novembre 2000, n. 328 ad una legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali che pone, quale principio fondante, l'universalità del diritto alle prestazioni sociali.

La successiva modifica costituzionale del 2001, che riforma il Titolo V della Costituzione, assesta però un duro colpo alle volontà riformatrici del legislatore dell'anno precedente perché la materia di cui si discute viene allocata tra le competenze residuali – e quindi esclusive – delle Regioni.

A livello regionale, la scelta del legislatore costituzionale è destinata a produrre i suoi effetti anche sulla previsione statutaria che, con l'art. 3, attribuisce la materia dell'assistenza e beneficenza pubblica alla potestà integrativa e attuativa ma che, tuttavia, soggiace alla "clausola di maggior favore" dettata dall'art. 10 della Legge Costituzionale 18 ottobre 2003, n. 1. Ciò non toglie che ai sensi del nuovo art. 117, comma 2, lettera m) della Costituzione rimanga ferma la competenza statale nella individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni e dei diritti sociali, e che conservi quindi piena validità la L. 328/2000, laddove la stessa attribuisce al governo centrale il compito di individuare i livelli essenziali dei servizi sociali quali declinati dall'art. 22 della legge stessa<sup>4</sup>.

Il primo intervento strutturato ad opera della Regione avviene con la Legge Regionale n. 47 del 20 giugno 1978 recante Promozione di Servizi a favore delle persone anziane e inabili che si poneva l'obiettivo di promuove qualificanti interventi in materia di assistenza socio-sanitaria a favore degli anziani e delle persone che, indipendentemente dall'età, versino in obiettive condizioni di disagio sociale, sanitario ed economico; le attività promosse debbono essere finalizzate al loro mantenimento o reinserimento nell'ambito della famiglia e della comunità di appartenenza. I servizi previsti dalla presente legge debbono essere coordinati ed integrati con la rete dei servizi generali e con i programmi regionali di sviluppo. Al cittadino deve essere assicurata la libertà di scelta nell'accesso ai servizi (articolo 1).

Vengono individuati i servizi supportati e finanziati dalla Regione distinti in servizi aperti, servizi residenziali e servizi per l'integrazione sociale e i soggetti destinatari degli interventi regionali, quali i Comuni, i consorzi di Comuni, le Comunità Montane ai quali vengono erogati

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> D. Tarello, *La salute e il sistema di* welfare *regionale*, in *Lineamenti di Diritto costituzionale della Regione Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste*, a cura di P. Costanzo, R. Louvin, L. Trucco, Giappichelli, Torino, 2020 p. 422.

contributi per l'istituzione, il potenziamento e la gestione dei servizi sopra elencati.

Il successivo Titolo II definisce nel dettaglio i vari servizi (assistenza domiciliare, soggiorni climatici marini, montani e termali, centri d'incontro per le attività culturali e il tempo libero, centri diurni e notturni di assistenza, microcomunità, servizio alloggio e interventi diretti della Regione), mentre il Titolo III detta norme per l'ottenimento dei contributi per la gestione di questi servizi e il Titolo IV definisce la misura dei contributi e dei criteri per la loro concessione.

Dopo alcuni interventi correttivi la Regione approva il Testo unico delle norme regionali in materia di promozione di servizi a favore delle persone anziani ed inabili con la Legge Regionale n. 93 del 15 dicembre 1982 che risistemando la materia riprende, con alcune modifiche, il testo del 1978 dando una connotazione più coordinata della disciplina in oggetto.

Nel 2000 interviene una prima importante modifica nelle modalità di erogazione dei contributi in favore degli Enti locali. L'articolo 38 della Legge Regionale n. 1 del 3 gennaio 2000 modifica l'articolo 18 della Legge Regionale n. 93/1982 in merito alle "spese di gestione dei servizi a favore delle persone anziane". Fino a quella data infatti gli importi erogati dalla Regione agli Enti locali avvenivano con un piano annuale di riparto dei contributi così definito: entro il trentun ottobre di ogni anno, previo parere della Commissione consiliare permanente per la Sicurezza Sociale, il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, approva il piano di riparto dei contributi per l'anno successivo, sentita la Consulta permanente della Organizzazioni Sindacali dei pensionati, costituita dalla Giunta regionale d'intesa con le predette Organizzazioni Sindacali. I piani annuali di riparto sono approvati in conformità ai piani sociosanitari regionali triennali e alla programmazione regionale nel settore (si veda l'articolo 20, formulazione originaria della L.R. 93/1982).

Con la nuova modalità di riparto la Regione contribuisce alle spese di gestione sostenute dagli Enti pubblici per i servizi a favore delle persone anziane sulla base di quote capitarie per i singoli servizi, stabilite dalla Giunta regionale in relazione a parametri oggettivi di valutazione dei costi di esercizio dei servizi, nonché agli stanziamenti previsti dal bilancio pluriennale della Regione. La Regione, nei limiti degli stanziamenti del bilancio pluriennale, può prevedere finanziamenti aggiuntivi agli Enti gestori di servizi a favore delle persone anziane per integrare le quote di partecipazione riscosse dagli utenti e dai loro familiari, qualora esse fossero

inferiori alla quota minima stabilita annualmente dalla Giunta regionale. I finanziamenti regionali di cui al presente articolo sono erogati agli Enti pubblici gestori di servizi a favore delle persone anziane con vincolo di destinazione per la gestione dei servizi di cui alla presente legge. L'intervento cerca dunque di superare un criterio di trasferimento della spesa sulla base di costi storici per indirizzarsi verso un sistema di "quota capitaria" dei singoli servizi.

Oltre alla normativa regionale è necessario dar conto dell'evoluzione della normativa nazionale sui servizi sociali che incide in maniera importante anche nella Regione Autonoma. La Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (L.N. 328 dell'8 novembre 2000) interviene per introdurre nel sistema il principio dell'universalismo selettivo cioè la servizio necessità che il socioassistenziale sia universale in quanto ai beneficiari e selettivo in quanto erogabile a coloro che si trovano realmente in stato di bisogno. Viene inoltre introdotta la necessità che il beneficio venga erogato facendo riferimento alla componente familiare così da tener conto delle situazioni concrete e della rete familiare che - sovente - interviene a sostegno del soggetto più fragile (generalmente l'anziano e il disabile). Viene rafforzato il principio della compartecipazione dell'utente alle prestazioni, mentre i criteri stessi di definizione della situazione economica dei soggetti dovrebbero (nelle intenzioni del legislatore) essere uniformi per tutto il Paese. In un'ottica di innovazione con l'obiettivo di superare, almeno in parte, la storica frammentazione del finanziamento delle politiche socioassistenziali e per garantire continuità nel flusso delle risorse (benché l'entità del fondo oscillerà negli anni, specialmente nel contesto drammatico della crisi economica), viene istituito il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS).

La competenza della Regione in materia di politiche sociali e di welfare muta però radicalmente a seguito della riforma del Titolo V del 2001. Con l'approvazione della riforma costituzionale vengono attribuiti maggiori poteri alle Regioni e le politiche sociali vengono inserite nelle materie residuali di cui all'articolo 117, comma 4, della Costituzione mentre le funzioni vengono attribuite ai Comuni. L'intento riformatore e di disegno complessivo del legislatore viene compromesso, si rafforzano i poteri locali e, al pari del sistema sanitario, si diffondono 20 sistemi di welfare e si assiste in questi vent'anni ad una costante tensione tra i vari livelli di governo: da un lato una richiesta di territorializzazione e dall'altra spinte

verso una nuova centralizzazione al fine di uniformare gli interventi e garantire livelli di qualità uniformi sul territorio. Tale ultimo elemento si è progressivamente aggravato anche per la mancata definizione dei LIVEAS<sup>5</sup> e dell'esplosione delle disuguaglianze territoriali.

A parziale correzione di questo vulnus è intervenuto il nuovo Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, nel quale sono indicati (alcuni) Livelli Essenziali delle Prestazioni sociali (LEP) da garantire sul territorio nazionale e che esplicita la volontà di definirli con successivi atti normativi. Il Piano individua diritti e livelli essenziali e indica le risorse necessarie, puntando al rafforzamento strutturale dei servizi e delle équipe multiprofessionali, della supervisione professionale specifica, del pronto intervento sociale, del sostegno ai *care leavers* e degli interventi per la prevenzione dell'allontanamento dei minorenni. Questo quadro si associa alla stabilizzazione del Piano per gli interventi e ai servizi sociali di contrasto alla povertà (con corredato Fondo Povertà), all'individuazione di un parametro stabile che definisce il rapporto tra assistenti sociali e il numero di abitanti e il prossimo piano sulla Non Autosufficienza.

L'insieme di questi interventi va a delineare, nei fatti, la definizione dei tanto attesi LEP sociali.

In relazione alle strutture socioassistenziali residenziali per anziani, la Regione nel quadro dei propri poteri e del contesto di policy delineato dalle norme nazionali approva una serie di norme volte a classificare le strutture pubbliche e private presenti sul territorio prevedendo degli standard strutturali che ogni struttura deve possedere.

Attualmente le Delibere di Giunta di riferimento sono le Delibere di Giunta Regionale n. 492/2014 e n. 1885/2017: la prima disciplina i requisiti minimi strutturali e organizzativi dei servizi socioassistenziali residenziali e semiresidenziali per anziani resi da soggetti pubblici e privati in Valle d'Aosta, ai sensi della Legge Regionale 15 dicembre 1982, n. 93 e la seconda modifica in parte i detti criteri<sup>6</sup>.

\_\_\_

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Livelli Essenziali di Assistenza socioassistenziale (LIVEAS): la legislazione sociosanitaria recente (D. Lgs. 229/99 e L. 328/00) e la modifica al Titolo V della Costituzione hanno introdotto un compito nuovo ed impegnativo allo stato: la definizione dei livelli essenziali di assistenza in campo sanitario (LEA) e socioassistenziale (LIVEAS), ovvero quali sono le prestazioni (sociali e sanitarie) che devono essere garantite a tutti i cittadini in tutte le Regioni italiane sulla base di standard comuni. L'art. 22 della L. 328/2000 prevede che il sistema integrato di interventi e servizi sociali garantisca al cittadino, nell'ambito del Distretto sociosanitario, l'erogazione di alcune prestazioni essenziali che rappresentano i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale, i cosiddetti LIVEAS. Questi livelli essenziali garantiscono un sistema di prestazioni e servizi sociali idonei a garantire, alle persone, ed alle famiglie, qualità della vita e cittadinanza sociale, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli. I livelli devono soddisfare gli obiettivi di salute indicati nel Piano Sanitario Nazionale.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Si vedano le Delibere di Giunta Regionale n. 492/2014 e 1885/2017.

I requisiti strutturali contemplano la classificazione delle strutture residenziali in:

- a) Comunità di tipo familiare. Edifici di tipo familiare con funzione di accoglienza a bassa intensità assistenziale, che accolgono fino ad un massimo di 6 utenti anziani autosufficienti, per le quali la permanenza del nucleo familiare sia temporaneamente o permanentemente impossibile o contrastante con il progetto individuale;
- b) Strutture a prevalente accoglienza alberghiera. Edifici di accoglienza a bassa intensità assistenziale e bassa complessità organizzativa, destinate ad accogliere da un minimo di 7 fino ad un massimo di 23 persone anziane autosufficienti o con una limitata autonomia personale, prive del necessario supporto familiare o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente contrastante con il piano individualizzato di assistenza;
- c) Strutture protette: sono strutture socioassistenziali con funzioni di accoglienza di media intensità assistenziale e ad elevata complessità organizzativa, destinate ad accogliere minimo 24 utenti anziani non autosufficienti e un massimo di 120 utenti;
- d) Strutture protette plus: sono strutture socioassistenziali con funzioni di accoglienza ad elevata intensità assistenziale ed elevata complessità organizzativa, destinate ad accogliere nuclei di minimo 24 ed un massimo di 120 utenti anziani non autosufficienti.

Per ogni tipo di struttura vengono definiti i servizi obbligatori di assistenza e la tipologia di anziano che può essere inserito sulla base di schede apposite<sup>7</sup>.

Oltre ai requisiti strutturali, la Regione, sempre con Delibera di Giunta, approva i criteri di autorizzazione e accreditamento delle strutture in ambito sanitario e sociale svolte da soggetti pubblici o privati e la relativa classificazione<sup>8</sup>.

Infine, ci sono i criteri di finanziamento, deliberati ogni anno, basati sul costo unitario ottimale, definito con DGR 655/2014, e stabilito in 115 euro giornalieri per le strutture protette e di euro 125 per le strutture protette plus con una integrazione di euro 18 paziente/die per gli Enti che provvedono autonomamente all'erogazione dell'assistenza infermieristica<sup>9</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Schede SVAMA, *Tabella profili* approvata con provvedimento dirigenziale 5191 in data 02.12.2009.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Si vedano le DGR n. 1671/2017, n. 1677/2018, n. 167/2019 e n. 1082/2019.

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Per l'anno 2021 si veda la DGR n. 1686/2021.

#### Capitolo 2. Contesto istituzionale.

Lo Statuto Speciale approvato con Legge Costituzionale n. 4 del 26 febbraio 1948 attribuisce alla Regione la competenza primaria, in armonia con la Costituzione e i principi dell'ordinamento della Repubblica e con il rispetto degli obblighi internazionali e degli interessi nazionali, nonché delle norme fondamentali delle riforme economiche-sociali della Repubblica, l'ordinamento degli uffici e degli Enti dipendenti della Regione e stato giuridico ed economico del personale, oltre all'ordinamento degli Enti locali e delle relative circoscrizioni<sup>10</sup>.

Con l'avvento della Costituzione il 1° Gennaio 1948 trovano attuazione istanze autonomistiche, fino a quel momento poco riconosciute. In particolare, nell'art. 5, norma che caratterizza il nostro ordinamento come sistema fondato sulle autonomie locali, viene affermato il principio del decentramento dei poteri, dunque la promozione ed il riconoscimento delle autonomie locali. La Legge 8 giugno 1990 n. 142 è stata la prima Legge generale che ha dettato i principi informatori dell'ordinamento delle autonomie locali e ha attribuito una nuova fisionomia a Comuni e Province. Nella Regione Autonoma Valle d'Aosta si è proceduto all'adeguamento della nuova disciplina con apposita norma di attuazione, il D. Lgs. 27 aprile 1992, n. 282. Attraverso tale norma è stata disposta l'armonizzazione delle disposizioni della Legge n. 142/1990 con l'ordinamento della Regione Valle d'Aosta stabilendo che le funzioni e i compiti che le disposizioni nazionali attribuiscono alla Provincia<sup>11</sup> sono attribuite alla Regione medesima; inoltre vengono adattate alla realtà locale alcune altre norme come il numero minimo di abitanti per costituire un nuovo Comune (due mila), il numero minimo di abitanti per costituire una Comunità Montana, alcune condizioni particolari per la disciplina del Segretario comunale e per la parte della finanza locale (oggi in gran parte superata a seguito dell'entrata in vigore dell'armonizzazione dei bilanci).

Invero, a caratterizzare il sistema istituzionale valdostano e, in particolare, gli Enti locali (che sono poi i principali promotori delle politiche sociali) è la "specialità" della Val d'Aosta che si traduce, per gli aspetti che qui interessano, nella possibilità di adottare proprie leggi sull'intera materia dell'Amministrazione Regionale, dal sistema elettorale alle funzioni degli

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Cfr. articolo 2, comma 1, lettere a) e b) dello Statuto speciale della Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste.

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> La Provincia della Valle d'Aosta è stata soppressa dall'art. 1, comma secondo, del Decreto Luogotenenziale 7 settembre 1945 n. 545.

Enti locali, dagli organi allo status degli amministratori, nelle forme di controllo e di raccordo tra la Regione e gli Enti locali alla finanza locale, all'istituzione di nuovi Comuni alla soppressione di Enti locali non necessari.

A ciò si aggiungono le attribuzioni prefettizie in capo al Presidente della Regione e si comprende dunque come il conferimento dell'intera disciplina delle autonomie locali a livello regionale rifletta uno schema tipico degli Stati federali dove il rapporto tra autonomia locale e Stato centrale non è (quasi) mai diretto ma mediato dall'Ente territoriale (a differenza di ciò che accade nelle Regioni a Statuto ordinario ove il rapporto "Comune" – "Stato" ha una sua rilevanza e crea una "triangolazione" che invece nelle Regioni a Statuto speciale non esiste, o appare molto più sfumato).

Altra specificità attiene alla titolarità della funzione amministrativa. Le Regioni speciali, infatti, sono accomunate dal fatto che, diversamente da quelle ordinarie – nelle quali, a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, in forza del principio di sussidiarietà, le funzioni amministrative sono attribuite "di regola" ai Comuni (ai sensi dell'art. 118 della Cost.) – in esse vige ancora il principio del parallelismo tra potestà legislativa e amministrativa. Pertanto, per le materie per le quali la Regione dispone, da sempre, di potestà legislativa, alla stessa sono riconosciute le corrispondenti funzioni amministrative (art. 4, comma 1, Statuto speciale)<sup>12</sup>.

Va precisato peraltro che nello Statuto originario mancava una attribuzione generalizzata di competenza riguardante gli Enti locali. La limitazione della competenza legislativa regionale esclusivamente a puntuali profili e non all'ordinamento degli Enti locali in sé considerato fa sì che quest'ultimo, per quasi mezzo secolo, rimanga sostanzialmente improntato alla disciplina dettata a livello statale, in linea con l'originaria previsione di cui all'art. 128 della Cost. e ne segua le relative evoluzioni.

Si dovrà attendere la Legge Costituzionale 23 settembre 1993, n. 2, di modifica dello Statuto (ivi compresi gli statuti delle altre Regioni autonome) tramite la quale viene attribuita potestà legislativa in materia di ordinamento degli Enti locali<sup>13</sup>. Tale modifica costituisce il punto di partenza per la ridefinizione, ad opera della Legge Regionale 7 dicembre 1998, n. 54 di un "Testo unico" valdostano.

15

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> C. Faval, *Il sistema delle autonomie locali*, in *Lineamenti di Diritto costituzionale della Regione Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste*, a cura di P. Costanzo, R. Louvin, L. Trucco, Giappichelli, Torino, 2020 p. 327.

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Ibidem, p. 325.

La citata legge regionale, nell'individuare i livelli di governo del sistema valdostano delle autonomie locali, identifica da un lato la Regione (art. 3), dall'altro le comunità locali (art. 4), vale a dire il Comune, soggetto cardine dell'ordinamento locale, e le relative forme associative<sup>14</sup>. È infatti noto che nella Regione Autonoma Valle d'Aosta non esista la Provincia essendo le relative funzioni attribuite direttamente all'Ente regionale.

Tra le forme associative merita una menzione a parte la Comunità Montana. Essa entra nell'ordinamento valdostano quale Ente di diritto pubblico, organo intermedio di decentramento amministrativo, organizzativo ed operativo, nonché minima unità territoriale di programmazione socioeconomica e di pianificazione urbanistica (cfr. art. 3, della Legge Regionale n. 13 del 5 aprile 1973 recante Norme sulla istituzione e sul funzionamento delle Comunità Montane).

In anni più recenti, a seguito dell'adozione della Legge n. 56 del 7 aprile 2014 (c.d. Legge Delrio) il legislatore regionale è intervenuto in tema di associazionismo. Con la Legge Regionale 5 agosto 2014, n. 6 (poi seguita dalla L.R. 6/2017), ha soppresso le Comunità Montane, istituendo le *Unités des Communes Valdôtaines*, che sono definiti come Enti locali, dotati di personalità giuridica di diritto pubblico e di potestà statutaria e regolamentare, istituiti per l'esercizio associato di funzioni e servizi comunali (art. 8).

Si tratta di un passaggio che, sotto il profilo soggettivo, rileva una continuità rispetto alle precedenti Comunità Montane, mentre sotto il profilo sostanziale, dettando una nuova disciplina organica in tema di esercizio associato di funzioni e servizi comunali, ha reso normativamente definitivo quell'assetto che, in un'ottica di economia di scala, aveva già valorizzato, nell'ambito delle Comunità Montane, la cooperazione tra Enti per lasciare, solo quale soluzione residuale, l'esercizio di funzioni da parte del singolo Comune.

La L.R. n. 6/2014 ha individuato 4 ambiti territoriali, per l'esercizio in forma associata di funzioni e servizi.

Il primo ambito è quello regionale: è riferito all'intero territorio regionale e implica tre soggetti chiamati a svolgere funzioni di tipo organizzativo o di carattere trasversale:

- 1. Il Consorzio degli Enti locali della Valle d'Aosta;
- 2. Il Comune di Aosta;
- 3. L'Amministrazione Regionale.

-

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> Ibidem, p. 328.

Il secondo ed il terzo ambito sono di livello sovracomunale: si tratta delle *Unités* e di Comuni riuniti in convenzione.

Infine, l'ultimo ambito è quello comunale.

Per quanto qui interessa, alle *Unités* (e al Comune di Aosta che è considerata una *Unité* a sé stante quanto a competenze) sono affidati lo sportello unico degli Enti locali (SUEL), i servizi alla persona, i servizi connessi al ciclo dell'acqua e a quello dei rifiuti e il servizio di accertamento e riscossione volontaria delle entrate tributarie (art. 16)<sup>15</sup>.

Questo veloce excursus normativo ci permette di inquadrare giuridicamente il tema, sia in termini di normativa applicabile ai servizi sociali e residenziali in particolare, sia alla conformazione istituzionale della Regione Autonoma Valle d'Aosta, che risultano indispensabili per illustrare le proposte di riforma che si vorrebbero avanzare con questo lavoro.

### Capitolo 3. Analisi dei dati: la popolazione, gli anziani, le strutture.

La popolazione valdostana, come e forse anche di più di quella italiana, sta progressivamente invecchiando. Nell'ultimo decennio si nota un andamento molto chiaro: la popolazione giovanile (macro-classe di età 0-14 anni) è rimasta abbastanza costante fino al 2017 per calare sensibilmente negli ultimi anni, mentre la popolazione attiva e potenzialmente occupabile (macro-classe 15-64 anni, indicativamente) è progressivamente scesa dalle oltre 82 mila unità alle circa 78 mila dello scorso anno.

Tale contrazione emerge chiaramente anche analizzando la popolazione totale che passa da 127 mila abitanti a 124 mila in un decennio, perdendo circa 3 mila abitanti, che corrisponde, per le dimensioni della Valle d'Aosta, ad un comune di medie dimensioni.

L'unica macro-classe che invece aumenta costantemente (tranne nell'ultimo anno) è quella degli ultrasessantacinquenni, che aumenta di quasi 4 mila unità. Se consideriamo l'incidenza della popolazione al di sopra di 65 anni, la percentuale sul totale passa dal 21% del 2011 ad oltre il 24% nel 2021 (Tabella 1).

Se passiamo ad analizzare in maniera più puntuale la popolazione ultrasessantacinquenne, sempre nell'arco dell'ultimo decennio, si evidenzia un generale aumento della popolazione anziana, parte della quale sarà

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> C. Faval, *Il sistema delle autonomie locali*, in *Lineamenti di Diritto costituzionale della Regione Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste*, a cura di P. Costanzo, R. Louvin, L. Trucco, Giappichelli, Torino, 2020 pp. 330 e 331.

seguita dai servizi sociali tramite servizi domiciliari o residenziali. In particolare, si nota un aumento consistente degli ultra-ottantacinquenni che oggi rappresentano il 3,7% della popolazione e il 15,2% della popolazione ultrasessantacinquenne. Si veda in proposito la successiva Tabella 2.

Tabella 1. Andamento macro-classi di età dal 2011 al 2021.

Età	Popolazione residente al 1/1										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
0-14	17.786	17.868	18.006	17.928	17.822	17.438	17.160	16.865	16.475	16.084	15.743
15-64	82.614	82.225	82.220	81.993	81.288	80.509	80.114	79.690	79.247	78.641	78.077
> 65	26.753	27.212	27.725	28.324	28.862	29.083	29.403	29.658	29.931	30.309	30.269
Tot	127.153	127.305	127.951	128.245	127.972	127.030	126.677	126.213	125.653	125.034	124.089

Fonte: Osservatorio economico e sociale della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

Tabella 2. Andamento classi quinquennali di età dal 2011 al 2021.

Classi	Popolazione										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
60-64	8.275	8.244	8.153	8.006	7.967	7.994	8.068	8.171	8.196	8.404	8.464
65-69	6.861	6.892	7.011	7.310	7.594	7.909	7.889	7.788	7.698	7.656	7.655
70-74	6.752	6.919	7.009	6.891	6.715	6.347	6.428	6.586	6.829	7.148	7.429
75-79	5.307	5.322	5.415	5.619	5.855	6.066	6.191	6.258	6.105	5.941	5.611
80-84	4.316	4.362	4.404	4.415	4.425	4.341	4.363	4.445	4.631	4.822	4.969
> 84	3.517	3.717	3.886	4.089	4.273	4.420	4.532	4.581	4.668	4.742	4.605
Tot	127.153	127.305	127.951	128.245	127.972	127.030	126.677	126.213	125.653	125.034	124.089

Fonte: Osservatorio economico e sociale della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

L'analisi del 2021 "Struttura e dinamica demografica della Regione Autonoma della Valle d'Aosta e delle sue aggregazioni infraregionali", elaborato dall'Università Cattolica e LSA (Laboratorio di statistica applicata alle decisioni economico-aziendali)<sup>16</sup>, restituisce una fotografia accurata del contesto divisa per *Unités*, consentendo così di incrociare il dato sulla

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Reperibile al seguente indirizzo: <a href="https://www.regione.vda.it/statistica/pubblicazioni/report\_relaz\_i.asp.ultimoaccesso: 18/06/2022">https://www.regione.vda.it/statistica/pubblicazioni/report\_relaz\_i.asp.ultimoaccesso: 18/06/2022</a>.

struttura anagrafica della Valle d'Aosta con quello istituzionale relativo al livello di governo.

Lo studio è stato commissionato dalla Regione Autonoma della Valle d'Aosta con l'obiettivo predominante di fornire indicazioni quantitative su come evolverà nel futuro più prossimo (entro il 2036) la popolazione della regione, con particolare attenzione a quella in età scolastica (0-16 anni), lavorativa (20-64 anni) e anziana (over 65).

Nell'analisi della struttura della popolazione per classi di età, in modo non dissimile da come avviene per il resto del territorio nazionale, si nota un processo di invecchiamento che è ben evidenziato dagli indicatori della struttura per età osservati per l'Italia, la Valle d'Aosta e le sue *Unités*. In Valle d'Aosta l'indice di vecchiaia è pari a 188,4 nel 2020, in crescita rispetto a 181,7 misurato al 01.01.2019. Ciò significa che per 100 ragazzi ci sono circa 188 anziani e lo squilibrio a favore della componente anziana è ancora più evidente dal confronto con il dato del 2011, quando l'indice era ancor più basso e pari a 150,4.

Tra le *Unités des Communes*, è Aosta (pur se Comune è considerato, come già evidenziato, una *Unité* a parte, ivi comprese le funzioni ad esse attribuite) a presentare, per tutto l'arco temporale di analisi, gli indici di vecchiaia più elevati, raggiungendo al 1.1.2020 un picco di 227,6 ultrasessantacinquenni ogni 100 ragazzi. Appaiono elevati anche gli indici dell'*Unité Mont-Rose*, i cui valori si avvicinano molto a quelli di Aosta a partire dal 2016, per raggiungere un massimo di 221,7 anziani ogni 100 ragazzi al 1° gennaio 2020. All'estremo opposto si trovano le *Unités Grand-Combin* e *Mont-Émilius* che presentano gli indici di vecchiaia più bassi: rispettivamente, al 1° gennaio 2020 risultano 161,6 anziani ogni 100 ragazzi per *Grand-Combin* e 143,2 per *Mont-Émilius*. Tuttavia, è proprio nell'*Unité Grand-Combin* che si registra l'incremento in termini relativi più elevato dell'indice di vecchiaia, che passa da 118,9 a 161,6.

Ciò che accomuna tutte le *Unités* è la crescita dello squilibrio tra anziani e ragazzi che si osserva ovunque, su tutto il territorio regionale<sup>17</sup>.

Il tema dell'invecchiamento demografico chiama in gioco l'attività di cura e assistenza alle persone e l'offerta di servizi sociosanitari. Dalle analisi condotte sugli indicatori contestuali per *Unités*, è emerso che garantiscono un'offerta di servizi socioassistenziali più ampia in risposta alle problematiche relative alla assistenza sociosanitaria delle persone proprio

19

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Cfr. lo studio *Struttura e dinamica demografica della Regione Autonoma della Valle d'Aosta e delle sue aggregazioni infra-regionali*, dicembre 2021, p. 14 e relativa figura 1.7, ultimo accesso: 18/06/2022.

quelle *Unités* caratterizzate da più alti tassi di vecchiaia; le *Unités* di Aosta e *Mont-Cervin* che presentano indici di vecchiaia tra i più elevati sono infatti contraddistinte da un più elevato numero di strutture sociosanitarie nel territorio e di posti letto disponibili rispetto alle altre *Unités*. In tal caso il territorio sembra quindi recepire i cambiamenti demografici in atto<sup>18</sup>.

Venendo ora all'analisi delle strutture pubbliche presenti sul territorio regionale, queste sono evidenziate nella Tabella 3 che segue. Sono indicati i posti letto, il tipo di struttura in base alla classificazione regionale, il soggetto titolare della gestione della struttura e la modalità di gestione della struttura residenziale stessa.

Tabella 3. Quadro delle strutture residenziali pubbliche.

Struttura	Numero di	Tipo di	Soggetto titolare	Modalità di	
	posti letto	struttura		gestione	
Morgex	30	Protetta	U. Valdigne	Diretta	
Casa Famiglia	19	Alberghiera	C. Aosta	Esternalizzata	
Polivalente	15	Alberghiera	C. Aosta	Esternalizzata	
Bellevue	22	Protetta	C. Aosta	Esternalizzata	
Doues	20	Protetta	U. Grand-Combin	Diretta	
Roisan	24	Protetta	U. Grand-Combin	Diretta	
Fenis	24	Protetta	U. Mont-Émilius	Diretta	
Gressan	43	Protetta	U. Mont-Émilius	Diretta	
Cogne	14	Alberghiera	U. Grand-Paradis	Esternalizzata	
Introd	23	Alberghiera	U. Grand-Paradis	Diretta	
Sarre	19	Protetta	U. Grand-Paradis	Diretta	
Saint-Pierre	25	Protetta	U. Grand-Paradis	Diretta	
Pontey	42	Protetta	U. Mont-Cervin	Diretta	
Valtournanche	19	Protetta	U. Mont-Cervin	Diretta	
Brusson	24	Protetta	U. Évançon	Diretta	
Challand-Saint-Anselme	17	Protetta	U. Évançon	Diretta	
Verres	25	Protetta	U. Évançon	Diretta	
Hone	36	Protetta Plus	U. Mont-Rose	Diretta	
Perloz	27	Protetta	U. Mont-Rose	Diretta	
Gaby	16	Protetta	U. Walser	Diretta	
Gressoney alberghiera (Walser)	14	Alberghiera	U. Walser	Diretta	
GB Festaz	10	Protetta	Azienda pubblica	Diretta	
		(seminterrato)	_		
GB Festaz Protetta	32	Protetta (2° e	Azienda pubblica	Diretta	
		3° piano)			
GB Festaz Protetta	27	Protetta Plus	Azienda pubblica	Diretta	
		(1° piano)			
Totale n. 23 strutture	567				

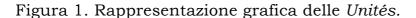
Fonte: Dati Regione Autonoma Valle d'Aosta.

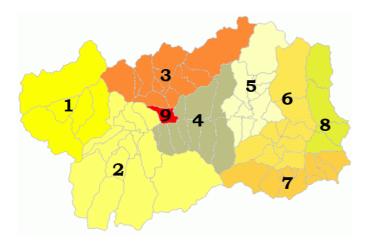
Allo stato attuale ben 17 strutture pubbliche sono gestite direttamente dagli Enti pubblici *Unités des Communes Valdotaines* (8 Enti che

\_

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> Ibidem, pagina 15.

sostanzialmente sono Unioni di Comuni). Quattro strutture sono invece state esternalizzate con gestione affidata dagli Enti locali (*Unités* o Comune di Aosta) mediante contratti di appalto. Infine, due strutture sono gestite direttamente da una Azienda pubblica servizi alla persona, Ente strumentale della Regione (Casa di Riposo G. B. Festaz).





Si riporta, nella figura sopra, una rappresentazione grafica delle *Unités*, la composizione dei comuni inseriti nelle stesse e la popolazione residente. La figura rappresenta la suddivisione territoriale delle 9 *Unités* (compresa Aosta):

- 1) Unité des Communes Valdôtaines Valdigne-Mont Blanc comprendente i comuni di Courmayeur, La Salle, La Thuile, Morgex, Pré-Saint-Didier, per un totale di 8.809 abitanti;
- 2) Unité des Communes Valdôtaines Grand-Paradis comprendente i comuni di Arvier, Avise, Aymavilles, Cogne, Introd, Rhêmes-Notre-Dame, Rhêmes-Saint-Georges, Saint-Nicolas, Saint-Pierre, Sarre, Valgrisenche, Valsavarenche, Villeneuve, per un totale di 15.671 abitanti;
- 3) Unité des Communes Valdôtaines Grand-Combin comprendente i comuni di Allein, Bionaz, Doues, Étroubles, Gignod, Ollomont, Oyace, Roisan, Saint-Oyen, Saint-Rhémy-en-Bosses, Valpelline, per un totale di 5.796 abitanti;
- 4) Unité des Communes Valdôtaines Mont-Émilius comprendente i comuni di Brissogne, Charvensod, Fénis, Gressan, Jovençan, Nus, Pollein, Quart, Saint-Christophe, Saint-Marcel, per un totale di 22.798 abitanti;
- 5) Unité des Communes Valdôtaines Mont-Cervin comprendente i comuni di Antey-Saint-André, Chambave, Chamois, Châtillon, La Magdeleine,

- Pontey, Saint-Denis, Saint-Vincent, Torgnon, Valtournenche, Verrayes, per un totale di 16.503 abitanti;
- 6) Unité des Communes Valdôtaines Évançon comprendente i comuni di Arnad, Ayas, Brusson, Challand-Saint-Anselme, Challand-Saint-Victor, Champdepraz, Emarèse, Issogne, Montjovet, Verrès, per un totale di 11.721 abitanti;
- 7) Unité des Communes Valdôtaines Mont-Rose comprendente i comuni di Bard, Champorcher, Donnas, Fontainemore, Hône, Lillianes, Perloz, Pontboset, Pont-Saint-Martin, per un totale di 9.640 abitanti;
- 8) Unité des Communes Valdôtaines Walser comprendente i comuni di Gaby, Gressoney-La-Trinité, Gressoney-Saint-Jean, Issime, per un totale di 2.001 abitanti;
- 9) Comune di Aosta, attribuite le funzioni sui servizi sociali facendo ambito territoriale a sé, con 34.390 abitanti.

Come accennato in precedenza, l'attenzione di questo studio si concentra sulle strutture a diretta gestione pubblica ma, al fine di offrire un quadro chiaro del sistema valdostano, occorre dar conto della presenza di alcune strutture private accreditate che entrano ufficialmente a far parte del circuito dei servizi agli anziani erogati dalla Regione con un finanziamento pubblico.

Tabella 4. Strutture private accreditate.

Struttura	Numero di posti letto	Tipo di struttura	Soggetto titolare	Modalità di gestione
Antey-Saint-André	18	Protetta	Anteo Cooperativa Sociale Onlus	Accreditamento
San Giuseppe (Aosta)	90	Protetta	Congregazione delle suore di San Giuseppe in Aosta	Accreditamento
Domus Pacis (Donnas)	29	Protetta	Edos Srl	Accreditamento
Réfuge Père Laurent (Aosta)	141	Protetta	Opera Pia delle Missioni	Accreditamento
Cottolengo (Saint-Vincent)	22	Protetta	Piccola Casa della Divina Provvidenza - Saint Vincent	Accreditamento
Totale n. 5 strutture	300			

Fonte: Dati Regione Autonoma Valle d'Aosta.

#### Capitolo 4. Le criticità.

La necessità di intervenire sulla gestione delle strutture pubbliche discende da una serie di problematiche che determinano una difficoltà gestionale non facilmente superabile.

Intanto si evidenzia una notevole frammentazione territoriale. La presenza di 23 strutture pubbliche, che hanno una dimensione media di 24 posti letto, pone la necessità del costo rilevante di gestione di queste strutture. Nonostante negli anni si sia cercato di intervenire sui costi di gestione delle strutture al fine di ridurre gli sprechi ed efficientare la gestione, anche attraverso l'introduzione di costi standard sulla base dei quali effettuare i trasferimenti finanziari agli Enti gestori, le difficoltà per gli Enti locali nell'offrire servizi entro i costi standard appaiono decisamente evidenti.

Ciò comporta una differenza in negativo tra il costo standard riconosciuto dalla Regione che, sommato alla quota utente pagata dall'anziano (sulla base dell'ISEE), non copre gli effettivi costi delle strutture; gli Enti locali si trovano a dover sopperire alle differenze, in un periodo in cui i tagli dei trasferimenti degli Enti locali comportano sacrifici economici non sempre sostenibili da parte delle *Unités* e del Comune di Aosta.

Per contro, la frammentazione consente di avere strutture sparse sul territorio che possono offrire un servizio di prossimità che può essere un elemento positivo. La necessità, infatti, di mantenere il più possibile l'anziano nel suo contesto di vita familiare appare elemento di pregio nell'erogazione del servizio. Oggi, però, tale elemento positivo si scontra con la centralizzazione della valutazione degli accessi nelle strutture. L'UVMDi (l'unità di valutazione multidimensionale) unica consente una gestione degli accessi centralizzata ma la destinazione dell'anziano che chiede l'inserimento in struttura segue logiche di posti disponibili su tutte le strutture regionali. Non è dunque infrequente che un anziano "dell'Alta Valle" possa essere collocato in una struttura della "Bassa Valle".

La dimensione particolarmente contenuta delle strutture (come ricordato con capienza media di circa 24 utenti) non consente economie di scala. Perlomeno non consente di ottenere quelle economie di scala che, invece, sarebbe possibile ottenere con strutture decisamente più capienti. Se dunque le dimensioni contenute consentono un rapporto più agevole tra

personale della struttura e ospite, evidentemente ciò si ripercuote sui costi di gestione.

Gli stessi costi amministrativi (gestione del personale, buste paga, predisposizione del bilancio, ecc.) sono replicati in ogni *Unité des Communes Valdôtaines*. Ogni Ente locale che gestisce un numero variabile di edifici ha una struttura amministrativa propria che si occupa della gestione delle microcomunità.

Un ulteriore elemento di fragilità del sistema attiene alla non uniforme erogazione del servizio sul territorio. La Regione, nella sua attività di regolamentazione e monitoraggio, dovrebbe impartire modalità di gestione del servizio uniforme su tutto il territorio, ma non sempre ciò avviene. Infatti, la pluralità di gestori e le difficoltà di gestione del personale, acuite in questo momento storico dalla carenza di personale adeguatamente qualificato, determinano il fatto che sovente i servizi erogati non siano del tutto uniformi sull'intero territorio regionale, soprattutto in relazione al servizio domiciliare.

Tali criticità si traducono nella difficoltà nel garantire i LEP, anche a causa di servizi che vengono erogati in maniera standard, poco personalizzati e poco innovativi.

Inoltre, uno dei problemi più gravi che si è manifestato durante la pandemia è stato la mancanza del responsabile sanitario di struttura. Le microcomunità, infatti, pur avendo classificazioni diverse (si vedano le tabelle) sono ormai tutte strutture protette e protette/plus, tanto che la distinzione appare oggi superata. Queste strutture però sono diventate a tutti gli effetti delle piccole RSA perché erogano anche servizi assistenziali molto vicini a veri e propri servizi sanitari.

Se tale situazione poteva essere gestita in un periodo normale con la presenza infermieristica in struttura (sebbene in misura non sufficiente a coprire le reali necessità dell'utenza) e con le visite dei medici di base nelle strutture, lo scoppio della pandemia ha evidenziato la carenza più importante delle microcomunità e cioè la mancanza di personale medico della struttura, in particolare del responsabile sanitario della struttura, così come previsto nelle RSA.

Tale figura, nel periodo pandemico, è risultata di fondamentale importanza nella stesura e nell'adattamento dei protocolli sanitari alle singole strutture. La mancanza di tale figura nelle microcomunità ha evidenziato i limiti di un tale modello perché ovviamente le dimensioni così

ridotte non consentono l'istituzione di un responsabile medico per ogni struttura.

Sempre legato alla problematica sociosanitaria si evidenzia la carenza strutturale di personale infermieristico. Ad oggi, infatti, il personale infermieristico presente nelle strutture protette (che, di fatto, ormai hanno un livello di complessità e una utenza paragonabile alle protette plus) copre solo alcune ore della giornata (generalmente al mattino) che comporta la necessità per le operatrici sociosanitarie (OSS) di effettuare spesso operazioni al limite delle loro mansioni, con ripercussioni negative sul benessere organizzativo interno e, in ultima analisi, sul servizio erogato.

Inoltre, ad eccezione del G.B. Festaz (Azienda pubblica di servizi alla persona che gestisce al proprio interno una RSA e ha quindi una organizzazione più strutturata) che assume in autonomia e ha nella sua pianta organica personale infermieristico, nelle strutture pubbliche gestite dalle Unités il personale infermieristico è garantito dall'AUSL valdostana. Oggi, tuttavia, l'Azienda sanitaria si trova nella difficoltà di reperire personale qualificato per gli effetti della pandemia e della riduzione di personale che, in ultima analisi, si traduce in servizi meno puntuali sulle microcomunità. Probabilmente i due anni di pandemia hanno particolarmente inciso sul funzionamento del sistema sociosanitario italiano - e valdostano in particolare. La presenza di un unico presidio ospedaliero, di poche strutture private e di una serie di piccole strutture sociosanitarie sparse sul territorio non aiuta. Un incentivo economico, come si sta cercando di introdurre<sup>19</sup>, stante la collocazione marginale della Regione, potrebbe aiutare.

Accanto a queste problematiche di tipo più gestionale, ne sussistono almeno altre due che hanno invece una valenza di tipo istituzionale e di attribuzioni di competenze.

Da un lato oggi in Valle d'Aosta l'erogazione e la gestione dei servizi sociali è suddivisa tra le *Unités des Communes* e il Comune di Aosta da un lato e la Regione dall'altra. I primi gestiscono i servizi della prima infanzia e degli anziani (i servizi residenziali e semiresidenziali, oltre al servizio di assistenza domiciliare) mentre la seconda gestisce i servizi per le famiglie, per i disabili, per i minori, e altro. Tale suddivisione non sempre consente

<sup>&</sup>lt;sup>19</sup> Si veda l'art. 18 della Legge regionale 22 dicembre 2021, n. 35 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste (Legge di stabilità regionale per il triennio 2022/2024). Modificazioni di leggi regionali" che introduce in via sperimentale, per il triennio 2022/2024, una indennità di attrattiva per far fronte alla carenza di personale medico e infermieristico. Il trattamento economico è previsto nella misura mensile determinata, rispettivamente, in euro 800 per il personale medico ed euro 350 per quello infermieristico lordo busta.

di elaborare un welfare integrato, nonostante il fatto che il Piano di Zona dovrebbe avere proprio la funzione di programmare interventi coordinati ed integrati. Peraltro, l'attribuzione di funzioni gestionali ad un Ente come la Regione che, al contrario, per sua natura dovrebbe occuparsi di gestione della sanità e di programmazione, appesantisce il ruolo di quest'ultima e contrasta con il fatto che la funzione sociale è in capo ai Comuni.

L'altro elemento sul quale occorre porre l'accento è la necessità di una sempre maggior integrazione tra il sociale e il sanitario, come evidenzia già la legislazione nazionale, al fine di erogare servizi alla cittadinanza molto più mirati alle esigenze della popolazione.

#### Capitolo 5. Il Piano di Zona e la necessità di una sua revisione.

A monte di ogni ipotesi di riforma relativa ai servizi sociali dovrebbe esserci un ragionamento in capo al Piano di Zona. L'art 19 della L. 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) assegna ai Comuni associati il compito di tutelare i diritti della popolazione attraverso la definizione, d'intesa con l'azienda USL, di un Piano di Zona degli interventi sociali e sociosanitari e contestualmente garantire una più ampia partecipazione dei cittadini e delle associazioni ai processi di policy nel campo sociale.

La pianificazione di zona ha la finalità di favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di autoaiuto, nonché di responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi. Inoltre, si qualifica la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione, definendo criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun Ente locale, dell'USL e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi. Infine, il Piano di Zona prevede iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

Originariamente, anche in Valle d'Aosta il Piano di Zona era stato incardinato sugli Enti locali e il Comune di Aosta, per struttura e dimensione, era stato individuato "Ente capofila" del Piano di Zona. Infatti, l'articolo 5, comma 1, lettera a) della Legge Regionale n. 6/2014 (Nuova

disciplina dell'esercizio associato di funzioni e servizi comunali e soppressione delle Comunità Montane) espressamente prevedeva: I Comuni esercitano in forma associata, per il tramite del Comune di Aosta, le funzioni e i servizi comunali relativi ai seguenti ambiti di attività: a) Piano di Zona e sportello sociale, ai sensi dell'articolo 19 della Legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), e dell'articolo 2 della Legge Regionale 25 gennaio 2000, n. 5 (Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio sociosanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione).

Successivamente, appurate le difficoltà evidenziate dallo stesso Comune di Aosta nel garantire il funzionamento del servizio stante la mancanza di personale e il blocco delle assunzioni allora vigente, la Legge Regionale n. 21/2017 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste - Legge di stabilità regionale per il triennio 2018/2020. Modificazioni di leggi regionali) aveva provveduto a recepire tale richiesta modificando la L.R. 6/2014 e portando in capo all'Amministrazione Regionale la gestione del Piano di Zona.

La legge vigente stabilisce che i Comuni esercitano in forma associata, per il tramite dell'Amministrazione Regionale, le funzioni e i servizi comunali relativi ai seguenti ambiti di attività o ai seguenti organismi:

[...] Piano di Zona e sportello sociale, ai sensi dell'art. 19 della Legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e dell'art. 2 della Legge Regionale 25 gennaio 2000, n. 5 (Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio sociosanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali prodotte ed erogate nella regione)<sup>20</sup>.

Poiché il Piano di Zona diventa lo strumento di pianificazione dei servizi sociali e socioassistenziali, una revisione delle forme di gestione di questi servizi non può che partire da qui prevedendo la sua riattribuzione in capo agli Enti locali che devono tornare ad essere i pieni titolari del Piano di Zona, unico strumento che consenta una reale programmazione partecipata che parta dagli Enti locali. Questa revisione garantirebbe inoltre una

27

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup> L.R. 6/2014, modificata dalla L.R. 21/2017, art 6, comma 1, lettera e-bis.

programmazione maggiormente calata nelle diverse realtà territoriali, fornendo un utile strumento di governance nel processo di revisione delle diverse politiche socioassistenziali tra cui, ovviamente, quelle dedicate agli anziani. La riattribuzione del Piano di Zona servirebbe poi per avere un livello di programmazione in grado di stimolare maggiore innovazione nel campo sociale e migliorare i livelli di integrazione con la parte sanitaria, che spesso rischia di essere predominante nei processi di integrazione sociosanitaria.

### Capitolo 6. Le possibili soluzioni.

Sula base delle premesse di cui ai capitoli precedenti, questo lavoro cercherà di illustrare alcune possibili soluzioni che, partendo da casi già sperimentati in altre regioni e tenendo conto delle peculiarità del territorio valdostano, possa adattarsi bene al contesto locale.

# 6.1. Un Ente unico strumentale dei Comuni nella forma dell'azienda speciale consortile.

La prima ipotesi che si illustra è l'istituzione di una azienda consortile per la gestione delle microcomunità oggi gestite dalle singole *Unités des Communes*. Tale soluzione, già evocata nelle discussioni pubbliche degli anni scorsi, è stata inserita nel nuovo Piano per la Salute ed il benessere sociale in Valle d'Aosta 2022/2025, attualmente in discussione in Consiglio regionale<sup>21</sup>. Il capitolo 2 della Macro Area 4 del Piano per la Salute, intitolato "La creazione di un Ente strumentale per la gestione dei servizi sociali", prevede espressamente l'istituzione di un Ente strumentale della Regione per la gestione dei servizi e degli interventi socioassistenziali e socioeducativi, ispirata ai principi di efficacia, solidarietà, sussidiarietà e adeguatezza<sup>22</sup>.

Una prima valutazione s'impone.

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup> Il piano può essere reperito al seguente indirizzo internet: <a href="https://wdd.consiglio.vda.it/consiglio/ilaweb20.nsf/Atto.xsp/pub/XVI/2022/16845?lang=it&sc=1">https://wdd.consiglio.vda.it/consiglio/ilaweb20.nsf/Atto.xsp/pub/XVI/2022/16845?lang=it&sc=1</a>, ultimo accesso 18/06/2022

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> Cfr. pagina 128 del Piano per la Salute ed il benessere sociale in Valle d'Aosta 2022/2025.

Rispetto alle indicazioni del Piano della salute e del benessere sociale, alla luce di questa analisi, si propende per un Ente strumentale degli Enti locali e non un Ente strumentale della Regione. Tale soluzione, secondo chi scrive da preferire, parte dalla considerazione che la gestione dei servizi agli anziani dovrebbe rimanere in capo agli Enti locali e non essere trasferito in capo alla Regione, enfatizzando il protagonismo degli Enti locali nella programmazione delle politiche sociali integrate e quindi nel favorire la partecipazione dei diversi stakeholder del territorio.

La creazione di un Ente strumentale degli Enti locali consentirebbe di mantenere in capo ai Comuni la governance dei servizi agli anziani costruendo uno strumento, un contenitore che in futuro potrebbe essere riempito anche di altri servizi. L'Azienda Speciale si configura, dunque, come Ente strumentale dei Comuni. Ai sensi dell'art. 114 del D.Lgs. 267/2000 (TUEL), l'azienda speciale è Ente strumentale dell'Ente locale dotato di personalità giuridica, di autonomia imprenditoriale e di proprio Statuto, approvato dal Consiglio comunale o provinciale.

Analoga disposizione è prevista dall'articolo 114 della Legge Regionale 54/1998 recante Sistema delle autonomie in Valle d'Aosta<sup>23</sup>. La disposizione nazionale statuisce che l'azienda conforma la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e ha l'obbligo dell'equilibrio economico (comma 3); l'Ente locale conferisce il capitale di dotazione, determina le finalità e gli indirizzi, approva gli atti fondamentali, esercita la

<sup>&</sup>lt;sup>23</sup> L. R. n. 54/1998, art. 114 - (Aziende speciali):

<sup>1.</sup> L'azienda speciale è Ente strumentale dell'Ente locale o delle Associazioni dei Comuni, dotato di personalità giuridica, di autonomia imprenditoriale e di proprio statuto approvato dall'organo rappresentativo dell'Ente locale o dell'Associazione dei Comuni. Nel rispetto di quanto previsto dalla legge, l'organizzazione e l'attività sono disciplinate dallo statuto e dai regolamenti interni dell'azienda.

<sup>2.</sup> Sono organi dell'azienda speciale il consiglio di amministrazione, il presidente e il direttore, al quale compete la responsabilità gestionale. Lo statuto dell'azienda prevede un organo di revisione e forme autonome di verifica della gestione. Le modalità di nomina e di revoca degli amministratori sono stabilite dallo statuto dell'Ente locale o dell'Associazione dei Comuni.

<sup>3.</sup> L'azienda speciale conforma la sua attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e ha l'obbligo di perseguire l'equilibrio dei costi e dei ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.

<sup>4.</sup> L'Ente locale o l'Associazione dei Comuni:

a) approva il piano-programma, inteso come strumento programmatorio generale che fissa le scelte e individua gli obiettivi assunti dall'azienda, comprendente un contratto di servizio che disciplini i rapporti tra l'Ente locale o l'Associazione dei Comuni e l'azienda;

b) approva i documenti contabili previsti dalla normativa vigente;

c) conferisce il capitale di dotazione;

d) determina le finalità e gli indirizzi;

e) nomina e revoca gli amministratori;

f) verifica i risultati della gestione;

g) provvede alla copertura degli eventuali costi sociali preventivamente determinati.

<sup>5.</sup> Lo statuto può prevedere che l'azienda estenda la propria attività al territorio di altri Enti locali, previa intesa con i medesimi.

<sup>6.</sup> I contratti del personale delle aziende speciali sono stipulati dall'Agenzia regionale per le relazioni sindacali di cui all'articolo 46 della L.R. n. 45/1995.

vigilanza, verifica i risultati della gestione, provvede alla copertura degli eventuali costi sociali (comma 4).

Dunque, l'azienda speciale costituita ai sensi dell'art. 114 del TUEL (e della L.R. n. 54/1998), come centro di imputazione di rapporti giuridici distinto dall'Ente locale e con autonomia imprenditoriale, è un Ente strumentale dell'amministrazione, legata a quest'ultima da stretti vincoli relativi alla formazione degli organi, all'indirizzo, al controllo e alla vigilanza; attraverso l'azienda speciale, infatti, il predetto Ente (o l'associazione degli Enti locali) persegue i propri fini istituzionali, insiti nell'erogazione di un servizio pubblico, secondo principi di economicità, efficacia ed efficienza gestionale.

La giurisprudenza amministrativa riconduce le aziende speciali, costituite per la gestione di servizi pubblici locali e con le caratteristiche sopra delineate, nel novero degli Enti pubblici economici<sup>24</sup>, ossia degli Enti (come indicato dalla dottrina) titolari di impresa e che agiscono con gli strumenti di diritto comune. Detti Enti, tuttavia, come ulteriormente chiarito dalla giurisprudenza, restano nell'alveo della Pubblica Amministrazione pur quando eventualmente operino con strumenti privatistici<sup>25</sup>.

Giova però dar conto della successiva pronuncia del Consiglio di Stato secondo la quale, qualora un'azienda speciale, costituita per ragioni di carattere sociale, gestisca un servizio o un'attività senza raggiungere la copertura dei costi, e con un corrispondente contributo finanziario da parte del Comune proprietario, l'azienda medesima deve qualificarsi come un Ente pubblico non economico<sup>26</sup>.

Inoltre, con specifico riferimento alle aziende speciali, è stato osservato che sotto il profilo sostanziale, le aziende speciali, così come le società in house, come affermato dalle stesse Sezioni Unite della Corte di Cassazione (Sentenza 25 novembre 2013, n. 26283, ribadito con Ordinanza 2 dicembre 2013, n. 26936), possono essere considerate come Enti che rappresentano delle vere e proprie articolazioni della Pubblica Amministrazione, atteso che gli organi di queste sono assoggettate a vincoli gerarchici facenti capo alla Pubblica Amministrazione, i cui dirigenti sono dunque legati alla Pubblica Amministrazione da un rapporto di servizio come avviene per i dirigenti preposti ai servizi direttamente erogati dall'Ente pubblico (...). Le aziende

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> ex multis Cons. Stato n. 641/2014, sulla base di precedenti pronunce della Corte di Cassazione nn. 15661/06, 14101/06, 18015/02 e 10968/01.

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup> Corte di Cassazione SS.UU., 2 settembre 2013 n. 20075.

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup> Cons. di Stato, sezione III, n. 1842/2015.

speciali sono Enti che conservano natura pubblica, non possedendo nemmeno uno Statuto privatistico di tipo societario e non relazionandosi con l'Ente istitutivo secondo schemi e modelli privatistici<sup>27</sup>.

L'azienda speciale consortile, quindi, pare il soggetto giuridico più adeguato sotto un duplice obiettivo:

- 1. inserire nella gestione delle microcomunità elementi di efficienza, efficacia ed economicità;
- 2. evitare una soluzione di privatizzazione di strutture piccole e antieconomiche (se singolarmente considerate), e tutelare le lavoratrici ed i lavoratori attualmente impiegati nei servizi agli anziani.

La base assembleare dell'azienda consortile sarebbe composta dai 74 Comuni valdostani. Oltre all'Assemblea sociale verrebbe istituito un Consiglio di Amministrazione più ristretto (8/10 membri) e un Presidente votato con una maggioranza che tenga conto del numero degli Enti locali e della popolazione (mediante, dunque, un voto ponderato).

La ponderazione del sistema di voto consente di coniugare il sistema di voto per singolo Ente locale (ad un Comune corrisponde un voto) con la dimensione del comune sulla base della popolazione. La combinazione di questi due elementi può servire a trovare un giusto punto di equilibrio affinché il voto di molti Comuni piccoli non penalizzi i pochi Comuni di maggiori dimensioni e, viceversa, l'aggregazione di pochi grandi comuni non condizioni tutto il sistema degli Enti locali.

Stanti le dimensioni molto piccole dei comuni valdostani sembra opportuno immaginare una gestione unica a livello regionale (74 Comuni per 125 mila abitanti) con un unico Ente strumentale, che, per le ragioni sopra esposte, non dovrebbe essere incardinato nella Regione ma dovrebbe diventare Ente strumentale degli Enti locali valdostani, anche se, una valutazione più attenta della realtà valdostana e del ruolo centrale della Regione, potrebbe consigliare di inserire la stessa nella compagine sociale, con una quota da definire. Tali valutazioni, avendo anche un rilevante risvolto politico, potranno comunque formare oggetto di dibattito nelle sedi opportune.

Tale soluzione consentirebbe agli Enti locali di riappropriarsi della programmazione attraverso lo strumento del Piano di Zona, come sopra evidenziato, che si porrebbe come organo atto a stabilire le priorità di *policy* 

<sup>&</sup>lt;sup>27</sup> Cons. di Stato del 20 febbraio 2014 n. 820; fattispecie relativa alla selezione comparativa per la scelta del direttore generale di un'Azienda speciale, costituita ai sensi dell'art. 114 Tuel. Si veda il Parere ANAC AG 30/2015/AC.

e a trasmettere gli *input* programmatori all'azienda chiamata a tradurli in *output* e a valutare – insieme al Piano di Zona e agli Enti locali – l'impatto delle *policy* (*outcome*).

L'azienda consortile dovrebbe raccogliere quindi in un'unica Assemblea prevista dallo Statuto i 74 Sindaci, a cui si potrebbe affiancare, ma mantenendone distinta la competenza, un'Assemblea di governo del Piano di Zona, coadiuvata da un tavolo tecnico-politico ristretto dove si istruiscono le pratiche sulle quali si dovrà poi esprimere l'Assemblea del Piano di Zona nella sua interezza.

Il tavolo ristretto può essere composto dai Presidenti delle *Unités* in continuità con la programmazione odierna già effettuata da questi ultimi.

Nella fase di pianificazione del Piano di Zona, che si conclude con l'adozione di un Accordo di programma (che dovrebbe successivamente essere attuato dall'azienda consortile), l'Assemblea potrebbe essere integrata dall'Assessorato regionale alle Politiche sociali e dai rappresentanti dell'Azienda USL Valle d'Aosta e dei distretti sociosanitari oltre che dalle organizzazioni sindacali (questi senza diritto di voto). Infine, potrebbe essere utile istituzionalizzare un tavolo del "Terzo Settore" dove costruire percorsi di co-decisione e una co-programmazione degli indirizzi di governo del sistema sociale integrato (anche in riferimento al nuovo Codice del Terzo Settore).

L'azienda unica consortile potrebbe/dovrebbe prendere in carico la gestione dei servizi residenziali, semi-residenziali e domiciliari per gli anziani, acquisendo la proprietà (o il diritto di superficie) delle attuali microcomunità, creando un'unica struttura amministrativa (che coordina in forma unitaria il personale, centralizza gli acquisti, gestisce un unico bilancio), individuando un unico referente appositamente formato per ogni struttura, istituendo uno o più medici come referente/i sanitario/i, procedendo all'assunzione diretta del personale OSS e infermieristico necessario.

In questo modo potrebbero essere superate le criticità evidenziate prima: con un'unica gestione è possibile operare economie di scala non sul servizio (e quindi sulla qualità offerta all'utente) ma sulla parte di *back office*, omogeneizzare la gestione sul territorio, utilizzare in maniera più flessibile il personale e risolvere il problema attinente al responsabile sanitario (che potrebbe essere assunto dall'azienda consortile e operare su più o su tutte le strutture, abbattendo i costi).

Tale soluzione permetterebbe così di mantenere delle strutture sul territorio, sufficientemente attrezzate anche dal punto di vista socioassistenziale (senza trasformarle in vere e proprie RSA), ma colmando le attuali difficoltà di gestione e garantendo i LEA che comunque vengono richiesti a livello nazionale.

La soluzione indicata si presenta anche molto flessibile: l'azienda subentrerebbe nei rapporti attivi e passivi degli Enti locali, compreso il personale, generando economie. Il personale OSS ovviamente verrebbe trasferito sotto la nuova struttura mentre il personale amministrativo potrebbe essere trasferito solo in parte (dovendo gestire un solo Ente), liberando così risorse per i Comuni.

Inoltre, sarebbe possibile attribuire all'azienda la gestione delle sole strutture riservando in capo alle singole *Unités* (per esempio) la gestione del servizio domiciliare così come, invece, è possibile attribuire all'azienda la gestione delle strutture, del SAD e di tutti i servizi rivolti agli anziani. In prospettiva questa soluzione consentirebbe di trasferire in capo all'unico Ente strumentale la gestione di molti altri servizi sociali:

- 1. infanzia (nidi), sia in forma diretta sia mediante gestione degli appalti per conto dei Comuni;
  - 2. servizi sociali rivolti alle persone disabili;
  - 3. servizi sociali rivolti alle famiglie;
  - 4. altro.

Ciò consentirebbe di sgravare di alcuni compiti sia il personale dei Comuni (come già evidenziato), sia in prospettiva, alcune strutture regionali, senza necessariamente privatizzare i servizi sociali. Nulla impedisce comunque di autorizzare/accreditare anche soggetti privati nella gestione dei servizi sociali.

Un unico soggetto che gestisce i servizi sociali consente economie di scala, gestione uniforme sul territorio, gestione funzionale del personale (sia amministrativo, sia OSS/ADEST o infermieri) tra le varie strutture, per sopperire alle assenze, per far turnare il personale, per il potenziamento dell'integrazione tra aree di intervento spesso organizzate per silos anziché per processi (risposta alla multidimensionalità del bisogno).

A tal fine si illustra anche un'ipotesi di organigramma:

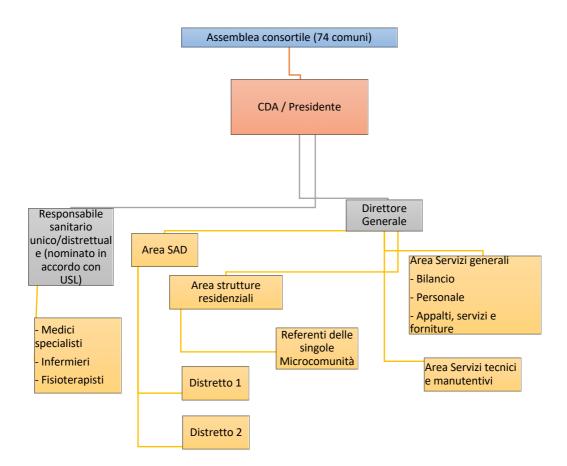
a) un'Assemblea consortile che nomina il Consiglio di Amministrazione e il Presidente; nomina del Direttore e del medico (o i medici) responsabile(i) per tutte le strutture da parte dell'organo esecutivo su proposta del Presidente;

- b) creazione di un'area sanitaria coordinata dal medico (oppure due aree sanitarie corrispondenti ai due distretti), con infermieri, specialisti, fisioterapisti che lavorano sulle varie strutture;
- c) creazione di un'area sociale, a sua volta distinta in:
  - Strutture con un referente per ogni struttura;
  - SAD con una suddivisione territoriale in 2 zone corrispondenti ai 2 Distretti che il nuovo Piano sociosanitario prevede nella riorganizzazione territoriale della sanità;
- d) creazione di un'area amministrativa che gestisce tutte le attività di back office: bilancio unico, personale, appalti;
- e) creazione di un'area tecnica che gestisce la parte tecnica (riscaldamento, manutenzioni).

Se, in futuro, venissero attribuite ulteriori competenze all'azienda (per esempio gestione della prima infanzia o dei servizi per persone disabili) sarebbe sufficiente aggiungere l'area specifica di riferimento in una struttura già esistente.

Si veda lo schema qui di seguito come ipotesi di lavoro.

Figura 2. Schema di lavoro.



L'ipotesi di creare un unico Ente strumentale potrebbe anche non prevedere una soluzione "forte" di accentramento di tutti i servizi in capo ad un unico soggetto, ma si potrebbero immaginare delle soluzioni intermedie per non privare del tutto le attuali *Unités des Communes* dei servizi sociali che attualmente gestiscono.

Una proposta potrebbe limitarsi a trasferire in capo all'Ente strumentale solamente i servizi residenziali e semi-residenziali mantenendo in capo agli Enti locali i servizi domiciliari. Tale soluzione consentirebbe di uniformare la gestione delle strutture perseguendo economie di scala (soprattutto dal punto di vista delle funzioni amministrative o di staff, anche se in misura minore rispetto alla soluzione "forte"), mantenendo invece in capo alle *Unités* il contatto con il territorio e la gestione diretta (ovvero esternalizzata) del servizio di assistenza domiciliare (SAD).

Un'altra proposta, sempre in relazione all'utilizzo dello strumento aziendale, potrebbe essere quella di una integrazione tra gli Enti locali minima, ad esempio trasferendo in capo all'Ente strumentale il solo l'ufficio del Piano di Zona e la gestione sanitaria delle strutture residenziali. L'Azienda consortile diventerebbe quindi soggetto poco strutturato, molto snello, che si occupa di coordinare i Comuni e fornire una copertura sanitaria alle microcomunità che oggi non hanno. È del tutto evidente che tale soluzione, così minimale, forse rende del tutto inutile la costituzione di un Ente strumentale ad hoc, potendo quindi mantenere la soluzione attuale per la gestione del Piano di Zona e obbligando le varie *Unités* a forme di gestione associata tra le stesse per la copertura sanitaria delle strutture.

# 6.2. Mantenimento dei servizi agli anziani in capo alle *Unités* e maggiore integrazione nei Distretti sociosanitari.

Una possibile alternativa alla gestione unitaria dei servizi agli anziani e, più in generale, dei servizi sociali, può essere una maggiore integrazione degli stessi servizi nell'ambito dei Distretti sociosanitari. Il nuovo Piano sociosanitario in fase di approvazione prevede la riduzione degli attuali Distretti da 4 a 2.

La gestione quindi delle strutture per anziani e per i servizi domiciliari potrebbe rimanere come oggi in capo alle varie *Unités*, eventualmente obbligate ad una gestione in forma associata mediante convenzione obbligatoria delle *Unités* in un ambito coincidente con il Distretto.

Il Distretto diventerebbe dunque l'elemento integratore, sia dal punto di vista dell'erogazione del servizio con una marcata accentuazione dell'integrazione sociosanitaria, sia in ambito di programmazione anche ipotizzando la creazione di due strutture del Piano di Zona in corrispondenza dei due Distretti.

La stessa UVMDi (unità di valutazione multidimensionale), che è l'organismo unico a livello regionale che effettua una valutazione multidimensionale per indirizzare gli inserimenti degli anziani nelle strutture, potrebbe essere scissa in due "sotto commissioni" in relazione ai due Distretti, creando così due sistemi strettamente legati con il Distretto sociosanitario. Tale soluzione consentirebbe di ovviare, almeno in parte, alla necessità di mantenere un legame più stretto tra il soggetto che chiede l'inserimento in struttura e il paese di provenienza.

All'interno dello stesso Distretto, quindi, va immaginata un'Assemblea dei Sindaci di Distretto che dialoga con l'Azienda USL distrettuale e le associazioni del Terzo Settore di quella zona. La componente sanitaria sarebbe quindi garantita come oggi da USL e Piano di Zona (che anche in questo caso sarebbe auspicabile possa tornare in capo agli Enti locali), potrebbe attivare due distinti tavoli di co-progettazione nei rispettivi Distretti al fine di partire da una programmazione unica regionale e calarla successivamente nello specifico delle due realtà distrettuali.

Si dovrebbe quindi ipotizzare uno strumento di governo "duale":

- a) un livello di governo regionale, sede di definizione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi generali; con funzioni di programmazione di livello macro-territoriale, e di indirizzo e regolazione del sistema di welfare regionale, e in particolare dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari;
- b) un livello distrettuale, individuato come il cuore del sistema, sede ottimale dell'integrazione istituzionale, professionale e gestionale delle attività, e luogo dell'esercizio associato fra Comuni e Direzione distrettuale delle funzioni di governo e di committenza integrate sociosanitarie.

A livello regionale si dovrebbe istituire un tavolo di coordinamento e di regia composto dagli Assessori regionali competenti per sanità, politiche sociali, politiche abitative, politiche del lavoro e di sviluppo economico, i Presidenti delle *Unités*, il Presidente del CPEL/CELVA, il Direttore generale dell'AUSL e i Direttori distrettuali, i rappresentanti del Terzo Settore e delle Organizzazioni sindacali, i quali, supportati da un tavolo tecnico, definiscono gli obiettivi generali, la programmazione (Piano regionale della

salute e del benessere e relativo fondo nel bilancio regionale) e un sistema di controllo e verifica dei servizi erogati.

A livello distrettuale potrebbero essere istituiti dei Comitati di Distretto, composti dai Sindaci appartenetti al Distretto e dal Direttore del Distretto dell'AUSL che a loro volta, prendendo spunto dalla programmazione regionale, provvedono ad adeguarla a livello distrettuale mediante il Piano di Zona distrettuale e individuano linee di gestione dei servizi agli anziani uniformi. Adottando tale cambiamento, si verificherebbe una integrazione effettiva tra programmazione sociale e sociosanitaria attraverso il riconoscimento del Distretto come ambito elettivo della programmazione locale.

# 6.3. Trasformazione delle microcomunità in "Mini RSA", piccoli "hub sociali" grazie alla programmazione del PNRR.

Questa terza soluzione, da studiare e approfondire, potrebbe portare alla trasformazione delle attuali microcomunità (tutte e/o alcune dislocate sul territorio) in centri di erogazione multiservizi sanitari e sociali (in pratica un adattamento alla realtà locale delle "Case della Comunità").

Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e con la bozza di Decreto sui Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale inviato alla Conferenza Stato-Regioni per l'approvazione si sono definite le caratteristiche delle Case della Comunità.

Si tratta di uno strumento nuovo del Servizio Sanitario Nazionale che, con i finanziamenti del PNRR, si svilupperà diffusamente sul nostro territorio. Sarà il luogo fisico pubblico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito potrà accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria. Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali degli Enti locali del bacino di riferimento, proponendo un raccordo intra-settoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza.

Lo stesso concetto, peraltro, è anche esplicitato dalla bozza di Decreto sugli Standard territoriali in discussione in Conferenza Stato-Regioni, laddove si afferma che tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle Case della Comunità e dei servizi

correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere (bozza di Decreto, 2022)<sup>28</sup>.

Sul territorio regionale insistono diverse strutture socioassistenziali che nel corso degli anni sono state ammodernate per venire incontro alle crescenti necessità sanitarie degli utenti (almeno buona parte delle stesse). I fondi del PNRR potrebbero dare un impulso decisivo ad una reale integrazione sociosanitaria e alla nascita di una rete di strutture sul territorio, quali punti di accesso alla sanità territoriale, valorizzando gli investimenti fatti, il collegamento con l'unico presidio ospedaliero sul territorio e la diffusione capillare di un servizio sanitario la cui domanda è in forte crescita.

Questa soluzione garantirebbe agli Enti locali di migliorare il raccordo con la parte sanitaria e magari inserire altri servizi sociali (accessori o meno) nell'orbita di queste strutture tramite i sub-ambiti del Piano di Zona e/o le attuali *Unités*.

#### Conclusioni.

La revisione organizzativa in Valle d'Aosta potrebbe essere favorita dalle disposizioni del PNRR (indipendentemente da quale opzione è preferibile tra quelle sopra proposte). Infatti, la spinta esterna rappresentata dal PNRR può essere l'occasione per superare alcune delle criticità che sono state esposte in premessa, puntando ad un rafforzamento della dimensione territoriale e favorendo l'innovazione e l'integrazione.

La riforma del sistema di welfare per gli anziani della Regione Valle d'Aosta dovrebbe adattarsi alle nuove indicazioni del Piano della salute e del benessere in fase di approvazione, che contempla la riduzione a due Distretti sanitari. Parallelamente si evidenzia la necessità di rivedere la collocazione del Piano di Zona, che dovrebbe tornare in capo agli Enti locali (e la costituzione di un Ente strumentale potrebbe favorire questo processo). Tale soluzione implica un coordinamento unico del Piano di Zona ad opera

<sup>&</sup>lt;sup>28</sup> F. Pesaresi, *Le Case della Comunità*, <a href="https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/03/LE-CASE-DELLA-COMUNITA-2022-1.pdf">https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/03/LE-CASE-DELLA-COMUNITA-2022-1.pdf</a>, ultimo accesso: 18/06/2022.

dei 74 comuni e delle 8 *Unités* e la suddivisione del territorio in due "sotto-ambiti" coincidenti con i nuovi Distretti.

A fronte di questa impostazione preliminare, la successiva riorganizzazione dei servizi agli anziani e/o dei servizi sociali in generale, non può che attestarsi verso la scelta tra due macro-linee direttrici:

- a) creazione di un unico Ente strumentale dei Comuni che possa gestire, per conto degli Enti locali, i servizi agli anziani con la possibilità di incrementare i servizi nel tempo fino a ricomprendere anche i servizi che oggi gestisce la Regione;
- b) mantenimento dei servizi attuali in capo alle *Unités des Communes* e al Comune di Aosta e procedere a una maggiore integrazione socio-sanitaria in ambito distrettuale (in considerazione della riduzione a due Distretti sanitari), in cui i servizi sanitari e i servizi sociali vengano erogati in vario modo e in varie strutture (poliambulatori, microcomunità, ospedali di comunità, e altro) attraverso una cooperazione ed una co-progettazione in ambito di Distretto (tra Sindaci, USL, Terzo Settore, sindacati e Regione).

Pare quasi superfluo sottolineare la preferenza di chi scrive verso la prima soluzione che consente reali economie di scala, una gestione unica e al contempo il mantenimento degli indirizzi politici e strategici in capo ai Comuni. La dimensione piccola degli Enti locali valdostani consiglia una soluzione di aggregazione forte come l'azienda consortile, in grado di garantire al contempo un maggiore protagonismo dei Comuni, favorire processi di innovazione e integrazione e un miglior impegno delle risorse (economiche e professionali).

Inoltre, l'utilizzo di un unico strumento gestionale, agile e snello come l'azienda consortile, può integrarsi anche parzialmente con il modello di cui al punto 6.3. attraverso una gestione unica e centralizzata in coordinamento con l'Azienda USL. I modelli proposti risulterebbero sufficientemente flessibili da poter prevedere anche integrazione tra gli stessi a seconda delle scelte che il decisore politico intenderà adottare.