

OSSERVATORIO COSTITUZIONALE

Codice ISSN: 2283-7515

Fasc. 6/2022

Data: 6 dicembre 2022

La valutazione delle politiche delle Regioni a partire dal sistema di normazione: il caso dell'integrazione socio-sanitaria*

di **Camilla Buzzacchi** – *Professoressa ordinaria di Istituzioni di diritto pubblico nell'Università Milano Bicocca*

TITLE: The evaluation of the regional policies in the perspective of the rules: the case of social-healthcare integration

ABSTRACT: Le Regioni intervengono con modalità assai differenziate nella disciplina degli interventi di politica pubblica. L'analisi dei loro apparati normativi e della sollecitudine degli amministratori regionali nel produrre apparati di regole adeguate ed aggiornate può fornire elementi per un'operazione di valutazione. L'ambito delle politiche di integrazione socio-sanitaria costituisce il terreno dell'analisi dell'Osservatorio Diritto & Innovazione Pubblica Amministrazione dell'Università Milano Bicocca del 2022: il relativo Rapporto *L'integrazione socio-sanitaria. Il diritto delle Regioni* dà evidenza alle diverse modalità che ciascuna Regione adotta per provvedere ai bisogni di cura.

The Regions intervene in very different ways in the regulation of public policy interventions. The analysis of their regulatory systems and of the readiness of the regional administrators in producing systems of adequate and update rules can provide elements for an evaluation operation. The sphere of social-healthcare integration policies constitutes the terrain of the analysis of the Osservatorio Diritto & Innovazione Pubblica Amministrazione of Università Milano Bicocca in

* Lavoro sottoposto a referaggio secondo le linee guida della Rivista.

2022: the related Report highlights the different methods that each Region adopts to provide for care needs.

KEYWORDS: Regioni; integrazione socio-sanitaria; valutazione della normazione; Regions; policy evaluation; social-healthcare integration; regulatory systems.

SOMMARIO: 1. Il parametro e la finalità della valutazione delle policies regionali. – 2. La politica dell'integrazione socio-sanitaria. – 3. L'adeguamento alla legislazione di principio dello Stato. – 4. L'attenzione normativa per le componenti del sistema di policy. – 5. Quale valutazione nei confronti delle amministrazioni regionali? – 6. Il ruolo della normazione secondaria e degli atti programmatori. – 7. La differenziazione nelle policies. – 8. Conclusioni.

1. Il parametro e la finalità della valutazione delle policies regionali

L'efficacia delle politiche delle Regioni è costantemente oggetto di valutazioni di natura prevalentemente economica, e più in generale di taglio tecnico/quantitativo¹: ovvero valutazioni effettuate con riferimento a parametri ed indicatori capaci di “misurare” le azioni promosse dalle amministrazioni regionali in termini di risultati numerici. Tante se ne possono richiamare, a partire da quelle relative alla politica regionale più rilevante – quella sanitaria – ma concernenti anche altri interventi di *policy*, e invariabilmente il risultato a cui approdano è quello di stilare delle graduatorie. Sulla base degli esiti quantitativi messi in evidenza dalle misurazioni è infatti possibile assegnare dei riconoscimenti – vere e proprie medaglie – alle varie Regioni, così come individuare quelle istituzioni che non brillano in termini di “performance”, ritrovandosi piuttosto agli ultimi posti delle classifiche. Cominciando dal *Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, il meccanismo di rilevamento Sistema di Valutazione delle*

¹ Sull'ampio tema della valutazione delle politiche pubbliche si veda A. LIPPI, *La valutazione delle politiche pubbliche*, Bologna, 2007; sia consentito rinviare anche a C. BUZZACCHI, *I nuovi controlli sugli apparati amministrativi: la valutazione delle politiche pubbliche*, in G. Cocco (a cura di), *L'economia e la legge*, Milano, 2007, e *La valutazione delle manovre di bilancio e la verifica degli andamenti di finanza pubblica. Il contributo della Corte dei conti e dell'Ufficio parlamentare di bilancio*, in C. Bergonzini (a cura di), *Costituzione e bilancio*, Milano, 2019.

Performance è sostenuto dal c.d. *Network* delle Regioni, anche se non della loro totalità²: si tratta di una rete che dal 2008 si presta ad un'analisi sistematica delle rispettive *performances* sul terreno del bisogno di salute in senso ampio, e che sottopone a giudizio sia l'apparato regionale che le strutture aziendali. L'intento è quello di condividere un paniere di indicatori che possano rendere possibile un sistema di confronto della *performance*.

Vi è poi il *rapporto annuale del* Centro per la ricerca economica applicata in sanità (*Crea Sanità*) *sulle performances dei sistemi sanitari regionali dell'Università Tor Vergata*³: il suo Rapporto Sanità, che nel 2019 è giunto alla 15a ed ultima edizione, è dal 2003 il frutto della ricerca in ambito dell'economia, della politica e del *management* sanitario.

Ancora in tema di sanità, il Ministero alla Salute redige annualmente una graduatoria con riferimento alla capacità delle Regioni di garantire i livelli essenziali di assistenza – la c.d. *Griglia LEA*⁴ – ma tale classifica finisce per rappresentare un più generale ordine di merito dei sistemi sanitari dei territori.

Allargando la visuale dalla sanità al *welfare*, Unipol Group e *The European House-Ambrosetti* producono il rapporto *Welfare Italia*⁵ che effettua il monitoraggio – nei diversi scenari regionali – del sistema previdenziale, di quello sanitario, della previdenza complementare, dei livelli di sanità integrativa.

Va poi menzionato il progetto CAPIRe, avviato nel 2003 e dal 2006 effettuato in collaborazione diretta con la Conferenza dei Presidenti delle Assemblee Legislative delle Regioni e delle Province Autonome. L'attività di misurazione – che ambisce al *Controllo delle Assemblee sulle politiche e gli interventi regionali* – è funzionale ad alimentare analisi di politiche regionali, attività di formazione del personale amministrativo e, in ultima analisi, a rafforzare la cultura della valutazione.

Passando poi ad un'area di *policy* completamente diversa, il documento *La corsa delle Regioni verso la neutralità climatica: il primo ranking delle Regioni italiane sul clima 2021* costituisce un Rapporto di misurazione delle *performances* delle Regioni italiane in termini di impatto sul clima:

² Vi aderiscono attualmente Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Puglia, Toscana, Umbria e Veneto.

³ Tale rapporto offre analisi statistiche, dati relativi a spesa, finanziamento ed equità, un focus, monitoraggi dei profili industriali del processo di produzione delle prestazioni, nonché focus su patologie.

⁴ L'ultima redatta si riferisce all'anno 2019.

⁵ L'ultimo rapporto è stato pubblicato nel 2020.

promossa dalla Fondazione per lo Sviluppo Sostenibile, l’iniziativa si avvale dell’appoggio di Ispra e dell’apporto di vari partners, e mira ad evidenziare il livello di *compliance* rispetto agli obiettivi dell’Accordo di Parigi.

Non mancano dunque studi impegnativi volti a restituire immagini oggettive del “lavoro” compiuto dalle Regioni nell’esercizio delle loro competenze: immagini fondate su grandezze quantitative – dati numerici principalmente – a partire dalle quali vengono poi invariabilmente predisposte classifiche. Il merito ed il demerito delle Regioni è dunque l’esito ricercato, per stabilire quali amministrazioni sono “campioni” di *policies* e quali invece non riescono a fornire soddisfacenti risposte ai bisogni.

Tale esito ha evidentemente un senso specifico, sia nella prospettiva di stimolare le Regioni a migliorare i propri interventi, sia in una logica di comprensione dell’impiego delle risorse, delle carenze da colmare, dei bisogni ulteriormente generati da politiche insufficienti: dunque è del tutto comprensibile questa tendenza a misurare e ad effettuare liste di merito, che possono stimolare una sana competizione tra territori e sono idonee a comporre un quadro cognitivo⁶ anche più ampio di quello delle singole politiche analizzate.

Più in generale l’operazione della “valutazione” è da tempo funzionale e strutturata per “governare”⁷ e per “decidere”⁸, rivolgendosi a programmi politici, a politiche, ai livelli dei servizi: come è stato osservato “la diffusione del ‘valutare’ risponde all’idea che esso, come strumento di conoscenza in vista di risultati, sia funzionale al governare, all’amministrare e al ‘regolare’ meglio, e che tanto più lo sia, in quanto la conoscenza stessa consegua all’applicazione di metodiche di indagine e di analisi da parte di competenti nei diversi saperi coinvolti”⁹.

Ma questa funzionalità della valutazione approda a diverse metodologie se si rivolge a norme e non a politiche ed azione pubbliche. Può darsi, dunque, una diversa modalità di valutazione che si

⁶ In relazione all’apporto che la valutazione fornisce alla costruzione della conoscenza si rinvia a E. DI CARPEGNA BRIVIO, *Rappresentanza nazionale e valutazione delle politiche pubbliche*, Milano, 2021: l’A. esplora il tema della valutazione delle politiche con l’intento di valorizzare le funzioni connesse alla rappresentanza in seno al Parlamento nazionale.

⁷ Si veda G. AZZONE, B. DENTE (a cura di), *Valutare per governare. Il nuovo sistema dei controlli pubblici nelle Pubbliche Amministrazioni*, Milano, 1999; e G. MORO, *La valutazione delle politiche pubbliche*, Roma, 2005.

⁸ Cfr. M. PALUMBO, *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, Milano 2001.

⁹ M. RAVERAIRA (a cura di), *“Buone” regole e democrazia*, Soveria Mannelli, 2007, 45.

focalizza sullo strumento normativo e sui processi decisionali¹⁰. Va dato conto che esistono metodiche di analisi tecnico-normative che fin dagli anni Novanta¹¹ si sono poste come l'approccio valutativo della normazione, sia sul lato della tecnica redazionale della stessa che sul versante delle sue conseguenze in termini di risultati prodotti, sia infine con l'intento di deflazionare la produzione di regole. A livello nazionale la l. 8 marzo 1999, n. 50, recante *Delegificazione e testi unici di norme concernenti procedimenti amministrativi - legge di semplificazione 1998* ha istituito l'analisi di impatto della regolamentazione – la c.d. AIR – poi portata ad attuazione in un momento successivo, con la l. 28 novembre 2005, n. 246 intitolata a *Semplificazione e riassetto normativo per l'anno 2005*. Molteplici tecniche sono state configurate, dall'analisi dell'impatto della regolazione (AIR) all'analisi tecnico-normativa (ATN), alla valutazione d'impatto della regolazione (VIR)¹², e le funzionalità sono state ravvisate nella semplificazione¹³ dell'imponente apparato normativo esistente e in un incremento della produttività economica¹⁴. Buona parte della dottrina ha infatti evidenziato la correlazione tra buona normazione e competitività del sistema della produzione economica¹⁵, evidenziando che “il fatto che ormai da tempo si consideri il grado di qualità della produzione normativa di un Paese come uno dei fattori capaci di favorire la crescita del suo sistema economico e di determinarne il livello di competitività (o, se si preferisce, il basso tasso di qualità come una delle cause del declino e della crisi di competitività) prova meglio di ogni altra considerazione (che pure potrebbe farsi) lo stretto legame che unisce il tema della produzione delle

¹⁰ Tra le primoeopere in questa direzione v. G. BERTIN (a cura di), *Valutazione e sapere sociologico. Metodi e tecniche di gestione dei processi decisionali*, Milano, 1996, e N. STAME, *Valutazione delle leggi e valutazione dei programmi: lezioni da alcune esperienze straniere*, in *Scienza dell'Amministrazione*, n. 1, 1999.

¹¹ Cfr. N. PETTINARI, *La qualità della legislazione nelle Regioni: il caso umbro*, in *Osservatorio delle fonti*, 2, 2015, 2 ss.

¹² Si rinvia a M. PICCHI, *La qualità della normazione in Italia secondo l'OCSE*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 2, 2012, che illustra queste metodologie e dà evidenza al caso della Regione Umbria, che ha rappresentato un esempio virtuoso. L'A. spazia in realtà tra molte altre esperienze regionali, evidenziando i limiti e le criticità. Si veda altresì l'imponente contributo di M. CARLI (a cura di), *Il ruolo delle assemblee elettive*, Torino, 2001 e, dello stesso A., *La qualità della normazione in Italia: un problema di cultura*, in M. RAVERAIRA (a cura di), “Buone” regole e democrazia, cit.

¹³ F. BASSANINI, S. PAPARO, G. TIBERI, *Qualità della regolazione: una risorsa per competere. Metodologie, tecniche e strumenti per la semplificazione burocratica e la qualità della regolazione*, in L. Torchia, F. Bassanini (a cura di), *Sviluppo e declino. Il ruolo delle istituzioni per la competitività del paese*, Firenze, 2005; A. NATALINI, G. TIBERI (a cura di), *La tela di Penelope. Primo Rapporto Astrid sulla semplificazione legislativa e burocratica*, Bologna, 2010. Con riferimento alle autonomie si veda il saggio di S. CERILLI, *L'AIR nelle Regioni*, 153 ss.

¹⁴ A. NATALINI, G. TIBERI (a cura di), *La tela di Penelope. Primo Rapporto Astrid sulla semplificazione legislativa e burocratica*, Bologna, 2010. Con riferimento alle autonomie si veda il saggio di S. CERILLI, *L'AIR nelle Regioni*, 153 ss.

¹⁵ G. NICOLETTI, S. SCARPETTA, *Regulation, Productivity and Growth: OECD Evidence*, in OECD Economics Department Working Papers, n. 347, 2003.

regole giuridiche a quello della produzione dei beni e servizi e, quindi, l'universo giuridico in quello che ne rappresenta uno degli aspetti essenziali e il mondo economico-produttivo"¹⁶.

La dottrina si è dunque interrogata sulla differenza tra l'oggetto di una valutazione che si indirizza ai programmi e alle politiche e quello di una valutazione che si occupa della normazione¹⁷, a partire da quelle diverse tecniche che si sono richiamate e che solo parzialmente hanno dimostrato una buona riuscita. Per quanto qui interessa, l'approccio valutativo ha interessato anche le Regioni¹⁸, che hanno sviluppato proprie modalità di analisi della produzione normativa. La loro legislazione può essere monitorata, dall'esterno, andando a costruire una sorta di quadro sinottico che non crea comparazioni, ma permette di comprendere come le diverse istituzioni territoriali forniscano differenti risposte ai medesimi bisogni attraverso l'impiego di strumenti normativi. Tale è l'intento di un'analisi effettuata sulla legislazione regionale, che ha esaminato per ciascuna Regione l'impianto normativo a fondamento di una specifica politica: quella dell'integrazione socio-sanitaria. Il Rapporto 2022 dell'Osservatorio Diritto & Innovazione Pubblica Amministrazione dell'Università di Milano Bicocca è integralmente dedicato alla struttura normativa relativa al settore integrato delle politiche sanitarie e sociali delle Regioni italiane: procedendo ad una ricognizione degli interventi regolativi adottati dalle autonomie negli ambiti della sanità e dei servizi sociali questo studio ha inteso dare evidenza alla rilevanza che le medesime autonomie attribuiscono alle proprie fonti come condizioni di buon funzionamento delle politiche. Il traguardo a cui approda non è una sequenza crescente o decrescente di merito su un piano di produzione normativa; né, ancora meno, una sequenza crescente o decrescente di risultati di *policy*.

Se è evidente che tutti gli interventi di *policy* delle Regioni hanno a loro fondamento sistemi di regole di vario grado, l'approccio valutativo può essere volto a compiere la ricognizione dell'impianto giuridico di cui le amministrazioni si dotano. L'obiettivo di un'analisi di questa tipologia è quello di evidenziare l'attitudine delle Regioni a fondare le proprie azioni su fonti normative più o meno aggiornate; di rango primario o secondario; di mero recepimento della

¹⁶ P. CARNEVALE, *Qualità della legge e politiche di semplificazione normativa fra istanze del mondo economico e risposte del legislatore*, in *Federalismi*, 2007,

¹⁷ M. RAVERAIRA (a cura di), *"Buone" regole e democrazia*, cit., 50 ss.

¹⁸ Tra i primi a studiare questo approccio di valutazione a livello regionale si richiamano T. E. GIUPPONI, C. CARUSO, *Qualità della legislazione e valutazione delle politiche pubbliche: le clausole valutative in alcune esperienze regionali*, in *Istituzioni del federalismo*, 1, 2011.

legislazione di principio dello Stato o di esplorazione di istituti e soluzioni innovativi. La propensione delle autonomie a rinnovare la propria legislazione, ed a provvedere con fonti primarie che coinvolgono i Consigli dà evidentemente la misura della consapevolezza dell'importanza di sostenere gli interventi di *policy* con normative ponderate e frutto di dibattiti allargati. La scarsa vivacità delle medesime autonomie nell'effettuare la necessaria manutenzione delle proprie regole dà, a sua volta, la misura di una diversa concezione in relazione all'esercizio delle competenze costituzionalmente fondate. Un esame di questo "attivismo" delle Regioni nel dotarsi di norme adeguate può evidentemente essere fonte di una diversificazione dei giudizi nei confronti delle istituzioni regionali: ma non può in alcun modo generare graduatorie o classifiche, che non possono essere costruite in assenza di grandezze numeriche.

Una valutazione delle politiche regionali elaborata sulla scorta degli apparati di regole non permette di – ma neanche intende – stilare un elenco sulla base di una supposta virtù. Conduce piuttosto ancora una volta a rafforzare la dimensione cognitiva in vista di un apprezzamento della volontà delle Regioni di supportare le proprie azioni con meccanismi regolativi che vengono aggiornati, ripensati, adeguati e migliorati per consentire risposte più efficaci ai bisogni.

Risulta necessario approfondire le coordinate dello studio effettuato.

2. La politica dell'integrazione socio-sanitaria

Oggetto dell'analisi sono le discipline regionali riguardanti quell'ambito assai ampio di servizi e prestazioni che sono «atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale»: quella richiamata è la previsione dell'art. 3 *septies*, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dal d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, e la disposizione delinea una politica pubblica di nevralgica rilevanza, perché indirizzata a soggetti estremamente vulnerabili, il cui benessere può essere il risultato di interventi capaci di coniugare, come è stato osservato, *cure* e *care*. Grazie ai servizi

dell'uno e dell'altro tipo, tra loro integrati, si «mira ad evitare che un problema di salute si trasformi in un problema sociale, così come il processo contrario»¹⁹.

L'azione pubblica in esame è dunque il portato di un complesso di politiche, che sono funzionali a rendere effettivi diritti sociali dei singoli costituzionalmente fondati, e che si dispiegano secondo direttive e in virtù di assegnazioni di prerogative piuttosto variegate. La cornice costituzionale degli artt. 32 e 38 rappresenta il primo e più immediato riferimento, elevando il diritto alla tutela della salute ed il sistema della sicurezza sociale – declinato sul versante della previdenza e dell'assistenza – a elementi cardine della forma di Stato sociale delineata dalla Norma fondamentale. Ma sono parte primaria della cornice costituzionale dell'integrazione socio-sanitaria anche il sistema educativo e le azioni volte a creare condizioni di occupazione per ciascuno: dunque gli artt. 33 e 34 in riferimento all'istruzione, e gli artt. 35-37 in materia di lavoro costituiscono ulteriori tasselli irrinunciabili di una *policy* che, con speciale efficacia, aspiri a dare attuazione all'imperativo dell'eguaglianza sostanziale dell'art. 3 Cost.

Al tempo stesso la scelta costituzionale è a favore di un ampio – se non totalizzante – impegno delle amministrazioni del territorio verso questi obiettivi di *welfare*: è a Regioni ed a Comuni, nonché a enti pubblici ad essi collegati ed a soggetti privati coinvolti nella progettazione e nell'erogazione, che l'ordinamento repubblicano affida le politiche della salute e quelle dell'assistenza.

Questo comporta una multiformità di scelte regionali in merito ai sistemi di governo ed ai modelli di intervento, che da oltre due decenni – anche quattro, ragionando sul comparto sanitario – le istituzioni territoriali hanno predisposto, attuato, corretto, ridefinito, in funzione dello sviluppo di una capacità di risposta ai bisogni, che deve tenere conto delle specificità delle diverse realtà, dei contesti demografici e anche delle opzioni politico-amministrativo dei governanti. Tale definizione dei sistemi di governo e di intervento, nonché le correzioni e le riforme dei meccanismi di soddisfacimento dei bisogni, sono avvenuti attraverso una strumentazione normativa, che può essere oggetto di monitoraggio e di analisi.

¹⁹ Si veda il contributo di V. Molaschi, *Integrazione socio-sanitaria e COVID-19: alcuni spunti di riflessione*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, 2, 2020.

Ci si richiama alla letteratura di riferimento, che l'A. richiama in nota (2): A. Albanese, *L'integrazione socio-sanitaria*, in R. Morzenti Pellegrini, V. Molaschi (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2020; L. Degani, R. Mozzanica, *L'integrazione socio-sanitaria*, in E. Codini, A. Fossati, S.A. Frego Luppi (a cura di), *Manuale di Diritto dei servizi sociali*, Torino, 2019; A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2017.

L'analisi a cui si fa riferimento²⁰ presenta una panoramica delle architetture legislative, regolamentari e di atti programmatori, che stanno a fondamento delle politiche socio-sanitarie delle diciannove Regioni e delle due Province autonome. Tali architetture sono necessarie «per coordinare competenze e attività dei diversi soggetti che collaborano nella considerazione dei bisogni e nell'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, vale a dire, dal lato del Servizio sanitario nazionale, principalmente Asl e loro sub-articolazioni, e, sul fronte socio-assistenziale, i Comuni, le aziende per i servizi alla persona e i soggetti *non profit*»²¹. Esse sono oggetto di ricostruzione: rileva la loro collocazione cronologica e il tipo di fonti utilizzate; ed emergono evoluzioni normative, che danno la misura e rappresentano la portata della volontà politica di cui sono espressione.

Per tutte le Regioni e le Province autonome vengono individuate le fonti sulle quali si fonda il sistema sanitario regionale²² e quello socio-assistenziale²³, con l'obiettivo di dare evidenza ai passaggi di valorizzazione dell'integrazione tra le due politiche.

3. L'adeguamento alla legislazione di principio dello Stato

Un primo passaggio interessante è quello di ricostruzione della disciplina dei diversi sistemi dei servizi della salute e sociali delle ventuno amministrazioni che hanno recepito le leggi quadro della sanità del 1992 e del *welfare* del 2000: viene data evidenza a discipline che hanno recepito previsioni nazionali volte ad affidare a Regioni e Comuni molteplici competenze, che vanno dalla programmazione fino alla produzione delle prestazioni; e che hanno in più individuato soluzioni

²⁰ Osservatorio Diritto & Innovazione Pubblica Amministrazione Bicocca, Rapporto 2022 *L'integrazione socio-sanitaria e il diritto delle Regioni*.

²¹ Cfr. ancora V. Molaschi, *Integrazione socio-sanitaria*, cit.

²² La letteratura di commento delle discipline riguardanti il Servizio sanitario nazionale è imponente e non potrebbe essere integralmente richiamata: pare particolarmente utile fare riferimento al saggio di B. Pezzini, *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2018, che oltre a esprimere un'interessante lettura delle evoluzioni normative dal 1978 al 1999, e della tenuta dell'obiettivo solidaristico del sistema di risposta al bisogno della salute e della garanzia del diritto costituzionale, ripercorre l'autorevole dottrina che ha accompagnato lo sviluppo del quadro legislativo.

²³ Per il passaggio della riforma epocale del 2000 rimane un riferimento fondamentale il commento curato da E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni, G. Pastori (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, 2007, nonché – più recentemente – S. Nicodemo, *Diritto dei servizi sociali*, Milano, 2021.

Sul sistema precedente ci si limita a rinviare a E. Ferrari, *I servizi sociali*, Milano, 1986, per la sua autorevolezza, pur non mancando ulteriore letteratura.

peculiari, idonee a rispondere a bisogni specifici del territorio. A questo proposito un'osservazione che può essere effettuata è che il panorama che si presenta dimostra tanto scelte di ambiziosa differenziazione, quanto opzioni che rappresentano occasioni mancate. Se alcune Regioni hanno colto al meglio – magari talvolta anche quasi con forzature – l'opportunità di individuare modelli e soluzioni originali e unici, altre hanno perso l'opportunità di calare un quadro normativo nazionale nel proprio contesto specifico, evitando di immaginare percorsi ed interventi che potevano meglio rispondere alle esigenze dei rispettivi territori. Rispetto a questa considerazione, non si può del resto omettere la particolare – e spiacevole – circostanza del dissesto della spesa sanitaria di un certo numero di questi enti: è evidente che questo passaggio talvolta molto lungo – per certe amministrazioni dal 2007 ad oggi – ha influito anche sulle decisioni dei legislatori e delle Giunte regionali relative alla produzione normativa.

Ma cominciando proprio dal riferimento ai sistemi di competenze delineati dal legislatore nazionale, le determinazioni normative effettuate dalle Regioni dimostrano una replica generalizzata di quelli. A titolo di esempio si possono prendere la disciplina di una Regione ordinaria e quella di una Regione ad autonomia differenziata, e da entrambe emergono funzioni di indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e verifica in capo all'amministrazione regionale: si vedano l'art. 14 della l. r. Liguria n. 12 del 2006 e l'art. 36 della l. r. Sardegna n. 24 del 2020. Così come, per il comparto sociale, al Comune sono attribuiti «funzioni amministrative e compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, dell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, nonché delle altre funzioni e compiti loro conferiti dalla legislazione statale e regionale» mentre alle Regioni spetta definire «politiche integrate tra i diversi settori della vita sociale ed in particolare in materia di politiche sociali, sanitarie, educative e formative, del lavoro» secondo quanto dispone la l. r. Emilia-Romagna n. 2 del 2003 e la l. r. Friuli Venezia Giulia n. 6 del 2006. Dunque, nel complesso, pressoché tutte le normative regionali recepiscono gli artt. n. 1 e 2 del d. lgs. n. 502 del 1992 in materia sanitaria, e gli artt. n. 6, 7 e 8 della l. n. 328 del 2000 per l'ambito dei servizi sociali.

L'attenzione per le previsioni «standard», che possono ricorrere indistintamente in tutte le normative e non presentano elementi di distinzione da territorio a territorio, è di limitato interesse. Il rapporto parte dal presupposto di dare per conosciuti questi inquadramenti di competenze, da considerare quasi per sottintesi per ciascuna realtà autonoma, per privilegiare l'intento di attribuire piuttosto risalto a scelte caratterizzate da quella «unicità», che dà ragione e giustifica la

«differenziazione» del modello regionalistico italiano. Su queste specificità si dà maggior evidenza nel prosieguo.

4 L'attenzione normativa per le componenti del sistema di policy

L'analisi può essere rivolta inoltre al quadro giuridico che concerne altri aspetti, quali la collocazione funzionale ed il regime di riconoscimento degli attori non istituzionali, prevalentemente l'associazionismo ed il Terzo settore²⁴; nonché le aziende pubbliche dei servizi alla persona, frutto della transizione che il legislatore nazionale ha imposto alle Ipab²⁵. Ancora, le norme regionali possono essere interrogate in merito alla regolamentazione dell'accesso alle prestazioni, per cogliere l'esplicitazione di percorsi e procedure di fruizione dei servizi. Un ultimo profilo che può meritare attenzione è quello dell'utilizzo di risorse straordinarie – ovvero quelle europee della programmazione ordinaria e quelle del *Next Generation* – per il finanziamento di progetti, possibilmente innovativi, volti ad offrire modalità di cura sanitaria o assistenziale o, nel migliore dei casi, di natura integrata. Su questo ultimo profilo la documentazione è ancora incompleta e in continuo aggiornamento, e tuttavia l'attenzione va tenuta alta anche in considerazione di alcune probabili evoluzioni non del tutto auspicabili, come è stato recentemente segnalato²⁶: il rischio, infatti, è che i progetti che si finanzieranno con la mole straordinaria di risorse non siano così innovativi come si immaginava, e che non determinino quel cambiamento che unanimemente è apparso necessario per gli interventi di cura del futuro.

²⁴ Lavori di riferimento sulla riforma del Terzo settore in generale sono quelli di A. Fici (a cura di), *La riforma del Terzo settore e dell'impresa sociale*, Napoli, 2018; M. Gorgoni, *Il Codice del Terzo settore*, Pisa, 2017; P. Consorti, L. Gori, E. Rossi, *Diritto del Terzo settore*, Bologna, 2018. In particolare, sulla normativa regionale che concerne il non profit, si rinvia a L. Gori, *Il sistema delle fonti nel diritto del Terzo settore*, in *Osservatorio sulle fonti*, 1, 2018.

²⁵ Studi significativi a riguardo sono quelli effettuati da S. De Gotzen, *La legislazione regionale sulle IPAB dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2, 2008, e da G. M. Napolitano, *Il riordino delle istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza: lo stato dell'arte in alcune regioni*, in *Italian Papers on Federalism*, 1-2, 2015.

S. Milazzo, *Il "caso" peculiare delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) in Sicilia: ricostruzione storica giuridica, ruoli, funzioni, criticità, anche alla luce della recente giurisprudenza costituzionale*, in *Federalismi*, 34, 2020, offre poi una panoramica della normativa regionale.

Tra gli studi precedenti relativi al ruolo delle Ipab nell'ordinamento giuridico italiano fin dalle origini si rinvia, tra i molteplici contributi esistenti, a U. De Siervo, *La tormentata fine delle IPAB*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1, 1988; E. Ferrari, *La Corte e la legge Crispi: il nome e la «effettiva natura» delle istituzioni (e della libertà) di assistenza*, in *Le Regioni*, 1988; P. Cavaleri, *La legge Crispi dal 1980 ad oggi*, in AA.VV., *L'autonomia delle IPAB: storia, problemi, prospettive*, Rimini, 1996.

²⁶ S. Pasquinelli, *Integrazione socio-sanitaria bye bye?*, in *Welforum.it*, 3 maggio 2022.

Anche con riferimento a tutte queste componenti dei sistemi di *policy* emerge una significativa – anche se non generalizzata – ricchezza di previsioni legislative, che accolgono le indicazioni del legislatore nazionale e poi sviluppano percorsi originali: in tante Regioni si riscontrano infatti leggi di recepimento delle leggi dello Stato sulla trasformazione delle Ipab e sul Terzo settore, mentre altre amministrazioni territoriali applicano direttamente le previsioni delle normative nazionali. In più molteplici istituzioni regionali sono intervenute con norme su specifici settori di bisogno, quali la disabilità, l'invecchiamento, l'immigrazione: facendo emergere un panorama decisamente variegato, che vede alcuni enti particolarmente operosi nell'attività di creazione normativa, mentre altri molto meno attivi, ed evidentemente «paghi» di limitarsi ad applicare regolamentazioni del centro.

5. Quale valutazione nei confronti delle amministrazioni regionali?

Come si è già chiarito, ma ulteriormente si può segnalare con specifico riferimento alla politica presa in analisi, l'intento perseguito non può essere quello di una valutazione dei risultati delle politiche messe in atto dalle Regioni. L'approccio adottato nella ricognizione è di analisi dei sistemi di normazione, per contribuire alla comprensione delle scelte dei legislatori regionali nel governo del comparto delle prestazioni socio-sanitarie. La presenza, l'assenza, la completezza e, dunque, la qualità della normazione non sono in alcun modo indicatori di politiche efficaci – se le norme esistono – o di assenza di intervento – se le norme mancano. Il perimetro di osservazione collegato alla dimensione regolativa delle politiche conduce a rappresentare l'intensità dell'impegno delle amministrazioni a fondare le loro azioni in ambito socio-sanitario su sistemi normativi coerenti, completi, dettagliati ed aggiornati; andando ad evidenziare opzioni per fonti del diritto di una tipologia piuttosto che per altre. Dalla molteplicità delle situazioni che ricorrono nelle varie Regioni emerge, infatti, in certi casi l'uso preponderante di norme primarie, che invece in altri contesti sono minoritarie, lasciando più spazio a delibere di Giunta o anche del Consiglio, che non hanno però natura legislativa. Gli indirizzi più recenti si colgono frequentemente da atti di carattere programmatico – Piani sanitari e sociali variamente denominati – dai quali si comprendono linee di intervento innovative e determinazioni politiche originali; mentre, in alcune situazioni, scelte di cura anche dotate di apprezzabile originalità emergono da norme e provvedimenti non

rigorosamente dedicati alla materia socio-sanitaria dei singoli territori. E infine non mancano casi di norme formalmente esistenti, ma che non hanno mai trovato effettiva applicazione: anche questo è un aspetto che merita di essere evidenziato, posto che denota un rapporto tra sistema di governo e strumentario normativo non del tutto fisiologico.

Se dunque l'interesse di una ricerca di questa natura è prevalentemente quello di dare evidenza alla funzione che le amministrazioni affidano allo strumento normativo, si possono ora sinteticamente individuare alcune evidenze.

Una prima osservazione riguarda l'iniziativa, assunta da alcune Regioni, di aggiornare o modificare radicalmente l'impianto normativo dedicato alla sanità: i territori del Friuli, del Lazio, della Lombardia, della Sardegna, della Sicilia e della Provincia di Trento hanno recentemente proceduto a incisivi riordini dei loro sistemi sanitari, affidati quasi sempre ad approvazioni consiliari in forma di legge. In particolare, alcune amministrazioni, come la Sicilia, hanno approfittato della (tragica) occasione della pandemia per rivedere il proprio sistema sanitario. Solo la Provincia di Trento ha riesumato una soluzione organizzativa già compatibile con la legge istitutiva del proprio sistema sanitario, e ha dunque provveduto al cambiamento con una deliberazione di Giunta. In tutti i casi richiamati la rivisitazione dell'impianto del sistema della salute è stata giustificata da valutazioni di scarsa efficacia della relativa politica, attribuita al modello organizzativo e di governo precedentemente applicato. È evidentemente immaginabile che anche opzioni di carattere politico stiano alla base di tali cambiamenti: l'avvento di nuove compagini di governo ha condotto, in tanti dei casi richiamati, alla svolta che si è descritta, cosicché si può ritenere che le nuove amministrazioni abbiano voluto lasciare un'impronta anche attraverso la revisione della gestione della politica che, in fondo, più connota l'identità regionale.

Emerge poi con forza il condizionamento che è giunto dalla situazione di emergenza sanitaria, che ha avuto consistenti conseguenze anche sul piano delle prestazioni sociali. La normativa più recente delle Regioni – e ci si riferisce soprattutto ai piani sanitari e sociali adottati durante la pandemia – spesso dimostra di essere stata prodotta per reagire ad un contesto profondamente modificato, a cui occorreva dare risposte e soluzioni in discontinuità rispetto al passato. E qui si collocano frequentemente indirizzi aperti alla digitalizzazione dei servizi e delle prestazioni, ad uno spostamento verso il territorio e ad una più marcata integrazione degli interventi di cura.

Una novità che ha interessato varie Regioni è stata poi l'istituzione di una sorta di agenzia sanitaria, che quasi tutte le normative hanno denominato «Azienda.0». Si tratta, come è stato

osservato, di una soluzione organizzativa particolare, che innesta nel modello dell'azienda sanitaria funzioni diverse da quelle dell'erogazione; e a cavallo fra i compiti di programmazione e indirizzo riservati al governo regionale e il coordinamento fra le aziende erogatrici delle prestazioni di salute²⁷. In questa direzione si sono mosse il Friuli, la Liguria, il Veneto, il Lazio, il Piemonte, la Puglia, la Sardegna e da ultimo la Calabria: non sempre la denominazione è stata di «Azienda.0», ma la funzionalità dell'organo appare quella in tutti i casi richiamati. Evidentemente è stata avvertita l'esigenza della creazione di una struttura più spiccatamente tecnica a garantire il coordinamento tra le strutture sanitarie – nel caso della Puglia l'*Agenzia regionale strategica per la salute e il sociale* introdotta nel 2017 esercita i suoi compiti già in una prospettiva di integrazione – e anche a fronte della vicenda pandemica questa tendenza è probabile che si presenti anche in altre realtà.

Sul lato delle politiche sociali alcune Regioni presentano leggi recenti e moderne quanto all'impostazione: spicca il Friuli Venezia Giulia, mentre la situazione dominante e prevalente è quella di normative che risalgono agli anni successivi all'adozione della legge n. 328. Con la legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 recante *Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria* la Regione Friuli Venezia Giulia rappresenta un esempio di particolare attenzione non solo all'aggiornamento della normazione, ma anche all'accoglimento di un approccio aperto all'integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie; si possono inoltre evidenziare i casi del Lazio e della Liguria, le cui discipline sono del 2016; infine delle Marche, che ha una legge del 2014 relativa ai servizi alla persona. Sta a sé il caso della Lombardia, che con anticipo su tutte le altre amministrazioni – ovvero fin dal 1997 – si è dotata di norme impostate all'integrazione delle politiche: ma – ancor di più – ad un indirizzo del tutto singolare, quello dell'equiparazione dei soggetti pubblici e privati nelle politiche di cura dei bisogni. Si tratta di un modello con proprie peculiari caratteristiche, che le discipline successive – è del 2009 la predisposizione di un testo unico, seguito poi da nuove revisioni nel 2015 e nel 2021 – non hanno mai abbandonato.

Le restanti Regioni – evidentemente la maggioranza – hanno dunque impianti un po' risalenti per quanto concerne la normativa generale sui servizi alla persona fragile: mentre poi in molte Regioni

²⁷ Una trattazione generale di questo sviluppo è offerta da A. Pioggia, *Il modello "Azienda Zero" nell'attuazione piemontese. Una soluzione che presenta alcune criticità*, in *Piemonte delle Autonomie*, 1, 2022.

sono presenti leggi per singole situazioni di bisogno e fragilità. Verranno dunque evidenziate apposite discipline che hanno come destinatari gli anziani, i disabili, i minori, gli immigrati: in tutte le Regioni operano infatti sistemi di regole che dimostrano l'attenzione delle amministrazioni per molteplici condizioni di disagio, che sono oggetto di interventi normativi mirati.

Si è detto che alcune Regioni hanno elaborato apparati di norme che già coniugano le due politiche della salute e dell'assistenza: è il caso del Friuli Venezia Giulia, della Liguria e della Lombardia, ma in maniera del tutto singolare è il caso dell'Umbria, che nel 2015, con la legge regionale n. 11, ha addirittura predisposto un *Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali*, con soluzione che non è riscontrabile in nessun altro contesto autonomistico. Esse hanno elaborato recenti testi normativi che già prevedono un approccio integrato, anche se va evidenziato che l'attenzione per l'integrazione emerge comunque anche in quei territori che hanno discipline separate: la presenza di una legge istitutiva del servizio sanitario regionale e di una istitutiva del sistema dei servizi sociali non impedisce che siano declinati obiettivi di integrazione tanto nell'una quanto nell'altra. Però il fatto che in alcuni casi vi sia una normativa che intende non disgiungere i due interventi di *policy* appare di particolare interesse.

In alcune realtà la logica integrata è stata espressa in leggi che sono precedenti alla riforma della materia sociale del 2000: il riferimento è alla Toscana con la sua disciplina del 1997 intitolata a *Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati*; tale indirizzo è stato poi consolidato nel 2005, con le leggi n. 40 e 41, con le quali l'integrazione socio-sanitaria diventa un modello che si realizza attraverso la particolare innovazione delle «Società della salute». Il riferimento è anche alla Valle d'Aosta, la cui normativa del 2000 è già proiettata nella direzione di «interventi per il raggiungimento degli obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi in relazione ai bisogni assistenziali e di salute della popolazione».

6. Il ruolo della normazione secondaria e degli atti programmatori

Vi è poi da segnalare il robusto impiego di delibere di Giunta e del Presidente per introdurre regole di governo di singoli aspetti di materia sanitaria e di materia sociale: la tendenza è evidentemente semplice da comprendere, e se da un lato segnala una sorta di inattività dei Consigli

– e di esautoramento delle loro funzioni – d’altro canto attesta una prontezza dell’esecutivo nel provvedere ai bisogni.

Sono stati poi richiamati i Piani sanitari e sociali, che nella maggior parte dei casi sono atti dai quali emerge una quantità di informazioni, di valutazioni e di intenti, che rappresentano efficacemente la portata dei sistemi di intervento. Non tutte le Regioni si sono dotate di questi atti programmatici con tempestività, ed in alcuni casi mancano da diversi anni: tale circostanza segnala una pratica che non si fonda su un solido impianto di progettazione fondato su previsioni normative, che evidentemente non viene ritenuto di così forte rilevanza e utilità.

Va però evidenziato che tutte le Regioni hanno dato seguito all’intesa raggiunta con lo Stato nel 2020 e hanno adottato i Piani di prevenzione: questo adempimento già si fondava l’Intesa Stato - Regioni del 10 luglio 2014 concernente il Patto per la salute 2014 -201, nonché sull’Intesa Stato - Regioni del 18 dicembre 2019 concernente il Patto per la salute per gli anni 2019 -2021. L’emergenza pandemica ha reso ancora più urgente tale passaggio programmatico, e l’Accordo Stato – Regioni che è intervenuto il 31 marzo 2020, concernente la proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l’utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2020, ha aperto la strada a tutti i Piani di prevenzione delle Regioni. Essi coprono in alcuni casi l’arco temporale 2020-2025, in altri casi il periodo 2021-2025. Rappresentano pertanto una significativa risposta delle amministrazioni del territorio.

Nei Piani vigenti – talvolta rappresentati dai Piani sanitari o socio-sanitari, talaltra dai Piani di prevenzione – il riferimento all’obiettivo dell’integrazione socio-sanitaria ricorre abbondantemente. Valga il caso del *Piano per la salute del Trentino 2015-2025* che si impegna a riconoscere centrali «i bisogni e le attese dei cittadini, vero punto di partenza per costruire modalità e servizi che assicurino una effettiva integrazione socio-sanitaria superando la frammentazione degli interventi e garantendo la continuità nell’erogazione dei servizi»; e il caso del *Piano regionale dei servizi alla persona 2021-2023* della Sardegna, dove si evidenzia che la separazione dell’assistenza sanitaria da quella sociale – «la prima erogata in Italia da un sistema universalistico, orientato alla gratuità ed equità dell’accesso ai servizi ed alle prestazioni; la seconda frammentata fra istituzioni ed enti assistenziali centrali (Ministero, INPS), intermedi (Regioni ed enti) e locali (Province, Comuni, Unioni dei Comuni, Comunità montane, etc.)» – non assicurano né l’universalità degli interventi né l’equità di accesso; e si auspica che il Piano locale unitario dei servizi (PLUS) possa meglio

declinare in futuro gli interventi sanitari e quelli sociali garantendo «l'unitarietà di gestione e l'integrazione dei servizi sociali e sanitari entro territori omogenei». Valga ancora l'esempio del Lazio, che presenta un Piano del 2019 intitolato *Prendersi cura, un bene comune*: in esso le *Linee guida per l'integrazione socio-sanitaria* segnalano come sia sempre più difficile tracciare confini precisi tra competenza sanitaria e sociale, e come sia invece necessario un approccio che accompagni le persone nell'accesso alle diverse opportunità, sulla base di una riunificazione delle azioni promosse da tutti gli attori del *welfare*. E ancora, va richiamato il *Piano sociale e sanitario 2017-2019* della Regione Emilia-Romagna – non più attuale ed in attesa di aggiornamento – dove l'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie viene qualificata una scommessa che «diventa ancora più forte e ancora più operativa» e che «smetterà di essere solo uno slogan o una enunciazione di principio se effettivamente cominciamo a ragionare non più per compartimenti stagni ma in maniera trasversale sia sul piano degli operatori pubblici che mettono in atto gli interventi, sia sui bisogni che provengono dai nostri cittadini». Con una valenza diversa, il *Piano sociale regionale 2020-2022* del Molise si caratterizza per il riconoscimento che effettua della «difficoltà nella implementazione delle attività ad integrazione socio-sanitaria». Nonché, per finire, il Piano di una Regione commissariata: nel Piano Sociale 2020-2022 della Calabria si riconosce che «molti fattori hanno reso difficile la pratica dell'integrazione tra sanità e sociale. Fra questi la netta separazione tra la spesa sociale e quella sanitaria e della mancanza di un reale obiettivo di salute che possa comprendere un progetto di intervento per e con la persona, privilegiando un limitato e temporaneo obiettivo di cura». Ne è derivato un «enorme divario nelle risorse disponibili, la frammentazione delle competenze, le difficoltà legate al reciproco riconoscimento delle professionalità, la scarsa considerazione di un lavoro di cura anche familiare che non consiste nella somministrazione di farmaci o di azioni mediche, ma nella tutela della persona»: rispetto a tali sfavorevoli dinamiche si proclama l'impegno «nell'attività di ridefinizione del sistema sanitario e di riorganizzazione e potenziamento del sistema sociale, finalizzata all'integrazione socio-sanitaria».

7. La differenziazione nelle policies

La mappatura delle Regioni conduce poi ad evidenziare delle specificità: ovvero soluzioni originali che sono riscontrabili in singoli contesti e non in altri. Queste peculiarità dimostrano le

ricadute positive della scelta regionalista, ed in particolare dell'emersione di scelte non standardizzate, bensì ispirate alla differenziazione.

A titolo di esempio vale il «distretto dell'economia solidale» della legge provinciale n. 13/2007, *Politiche sociali nella provincia di Trento*: ovvero un «circuito economico, a base locale, capace di valorizzare le risorse territoriali secondo criteri di equità sociale e di sostenibilità socio-economica e ambientale, per la creazione di filiere di finanziamento, produzione, distribuzione e consumo di beni e servizi»; vale il Piano locale unitario dei servizi (PLUS) che i Comuni della Sardegna devono predisporre e che deve essere specificamente dedicato all'integrazione socio-sanitaria, secondo le indicazioni della legge regionale n. 23/2005 recante *Sistema integrato dei servizi alla persona*; vale il modello dell'*hub & spoke* della legge n. 27/2018 della Regione Friuli Venezia Giulia, mutuato dal mondo dell'aviazione americana, che ispira la produzione e la distribuzione dell'assistenza ospedaliera in maniera da concentrare la casistica più complessa in un numero limitato di centri (*hub*), che sono fortemente integrati, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (*spoke*), andando a costituire un panorama di c.d. reti cliniche; vale la legge n. 19/2018 di *Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria* dell'Emilia -Romagna, che ha introdotto la Rete regionale per la promozione della salute e la prevenzione e gli Accordi operativi per la salute di comunità, che appaiono elementi di pregevole innovazione nel sistema di governo delle politiche per la persona.

Per finire valgono i casi virtuosi del *Piano sociale regionale 2020-2022* del Molise, che assume l'ufficio di piano come livello essenziale data la sua importanza nell'area del *welfare* d'accesso; e dell'Abruzzo, che con la n. legge n. 16/2016 di *Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo* ha istituito la «Giornata Regionale per l'Invecchiamento Attivo» nel giorno 22 aprile di ogni anno.

Ancora, possono essere annoverate le esperienze di telemedicina di Valle d'Aosta ed Emilia-Romagna, nonché della Toscana, che ha ricevuto anche un riconoscimento specifico a livello europeo: quest'ultima Regione ha conseguito lo status di *Reference Site* grazie alle buone pratiche relative alla presa in carico della cronicità nell'ambito dell'invecchiamento attivo. Ancora la

Toscana spicca per la sperimentazione delle «Società della salute», che dal 2005 costituiscono elemento distintivo delle politiche di quel territorio²⁸.

Vanno poi evidenziati risultati di pregio quali l'Osservatorio delle politiche di protezione sociale del Friuli Venezia Giulia; il portale delle politiche sociali della Provincia di Trento, che svolge la funzione di accesso ai servizi, con una ricchezza di informazioni e di riferimenti normativi, che potrebbe risultare un modello per gli altri territori; il portale *Toscana Accessibile*, che rappresenta un vero modello per i servizi dedicati alla disabilità; l'istituzione di uno strumento analogo all'indicatore di situazione economica usato a livello nazionale nelle due Province autonome, e una certa diversificazione dell'Isee nel Friuli Venezia Giulia.

8. Conclusioni

Non pare inutile sottolineare ancora che obiettivo di un monitoraggio sulle legislazioni regionali non è una valutazione dei sistemi di *welfare* delle ventuno amministrazioni italiane: nessuna classifica può nascere dai dati raccolti con una metodologia da giurista, né alcun giudizio può essere formulato sulla qualità dei servizi. Le numerose classifiche che vari enti ed istituti di ricerca elaborano annualmente – le si è richiamate in apertura del saggio – indicano i risultati migliori nelle Regioni del Settentrione, con eccellenze nelle due Province autonome ed in Emilia-Romagna: ma se si guarda ai sistemi di normazione di questi territori, emergono tanto casi di Regioni che di recente hanno rinnovato le proprie discipline, quanto casi di Regioni che non procedono a riscritture delle proprie leggi da anni se non addirittura decenni. L'Emilia-Romagna, il Friuli Venezia Giulia e la provincia di Trento sono senz'altro esempi del primo tipo, mentre la Valle d'Aosta, il Veneto e la provincia di Bolzano sono emblematiche del secondo indirizzo. L'intento di un'analisi delle norme non è di formulare autonome stime ma di dare risalto a modelli differenziati di regolamentazione che attestano approcci diversificati nel sostenere le politiche sociali. La produzione di servizi socio-sanitari avviene così in alcuni casi in presenza di apparati di regole, transitati attraverso delibere consiliari, che hanno l'ambizione di formulare principi di grande pregio e di disegnare meccanismi

²⁸ Sulle Società della salute si rinvia a E. Rossi, *La partecipazione degli enti privati all'organizzazione dei servizi socio-sanitari in Toscana*, in *Istituzioni del federalismo*, 3, 2016.

organizzativi, che nel tempo hanno richiesto di essere ridefiniti; in altri casi in assenza di discipline aggiornate, che trovano percorsi di rimodulazione in delibere della Giunta o del Presidente di Regione. Le attitudini dei diversi amministratori territoriali in Italia risultano pertanto le più varie, e assai eterogenee sono le valenze che questi assegnano agli strumenti giuridici di regolamentazione delle politiche sanitarie e sociali: con limitato attivismo in alcuni contesti, con una spiccata propensione ad aggiornare le basi giuridiche degli interventi in altre realtà.

La conclusione a cui si giunge è la ferma convinzione che le «politiche» integrate di sanità e servizi costituiscono oggi uno degli interventi più necessari e complessi che alle istituzioni la comunità richiede: le risposte di queste istituzioni – le ventuno amministrazioni regionali/provinciali, ma anche lo Stato e i Comuni – devono essere di grande efficacia, specialmente in un Paese caratterizzato da uno spostamento demografico a favore della fascia anziana, e da una fase di ripresa dopo una pandemia. Nella maggior parte dei casi tali amministrazioni si presentano virtuosamente impegnate verso questo obiettivo, mettendo in campo mezzi finanziari, organizzativi e tecnici che possono contribuire grandemente. Anche il ricorso al corretto strumentario normativo può risultare un ingrediente prezioso per impostare politiche riuscite.