

Il mutamento del quadro normativo

Intervento di Paolo Ferrario al Convegno

LE NUOVE SFIDE DELLE POLITICHE SOCIALI. POLITICHE SOCIALI E SERVIZI ALLE PERSONE TRA FRAMMENTARIETA' E COMPLESSITA'

Università degli studi di Milano

Scuola diretta a fini speciali per assistenti sociali

20 Maggio 1994

In questo intervento mi atterrò al compito di suggerire alcuni spunti di riflessione sulla situazione in cui si trova il sistema dei servizi utilizzando come indicatori di analisi le tendenze della legislazione ed i comportamenti degli attori decisionali.

La precedente relazione di Garancini ha opportunamente limitato il campo di analisi delle politiche sociali a quello della pubblica amministrazione ed in particolare al livello delle autonomie locali. E', infatti, questo un punto di osservazione privilegiato per gli operatori dei servizi in quanto le unità sanitarie ed i comuni costituiscono il settore che direttamente o indirettamente occupa la maggior parte di questi professionisti. Del contributo di Garancini condivido la sua sottolineatura sui processi di "ricentralizzazione" delle organizzazioni di servizio, visibili soprattutto nella recente legislazione sanitaria. Mi sembra, tuttavia, che l'insieme delle normative mettano in evidenza anche un processo di più ampia ristrutturazione del sistema di welfare: in particolare è riscontrabile una nuova frammentazione dei soggetti produttori di servizi ed una ridefinizione delle loro posizioni nel sistema di offerta. C'è un problema di nuovi assetti istituzionali, ma c'è anche la necessità di nuove strategie della pubblica amministrazione.

In tutti i paesi occidentali è in atto una crisi irreversibile del compromesso fra economia e politiche sociali assicurato per decenni dai sistemi di welfare state. Tali sistemi manifestano grandi difficoltà, dovute soprattutto ai mutamenti della struttura occupazionale ed ai fenomeni di invecchiamento e denatalità. Inoltre essi sono fortemente esposti alle fluttuazioni elettorali e ai mutamenti delle coalizioni di governo politico. In Italia, dove c'è stata una variante "particolaristico - clientelare" del sistema di

sicurezza ⁽¹⁾, tale crisi è particolarmente forte e si riflette soprattutto sui livelli locali dell'amministrazione pubblica. Ciò è dovuto al fatto che, in rapporto alle tendenze di aumento della domanda sociale, il nostro sistema dell'offerta si è orientato nella direzione del trasferimento alla periferia dei servizi socio-sanitari di base. Tuttavia questo è avvenuto nel quadro di una legislazione finanziaria che accentra il prelievo fiscale e le politiche di spesa pubblica. E' una situazione tale da generare contraddizioni e tensioni, poichè la riduzione della spesa sociale entra in conflitto con l'aumento e la differenziazione dei bisogni.

La legislazione sociale degli ultimi vent'anni è stata particolarmente innovativa ed ha fortemente contribuito alla modernizzazione della società italiana ⁽²⁾. E' così stato costruito un sistema dei servizi altamente decentrato in un contesto di centralismo delle politiche di spesa. La conseguenza è che sistemi di servizio locali sono i più diffusi, ma anche i più fragili. Ed è per questo che deve preoccupare fortemente il recente mutamento di quadro politico: deve essere chiaro che con gli anni '90 si apre un ciclo sfavorevole alle politiche sociali.

1. Sistema politico e politiche sociali

A partire dal 1992, con i cambiamenti del sistema elettorale degli enti locali e del Parlamento, il nostro paese sta attraversando una convulsa fase di transizione nella quale stanno cambiando le forme storiche della rappresentanza degli interessi e le stesse culture politiche che hanno costruito la prima repubblica. Questi processi tendono necessariamente a riflettersi anche sulle politiche sociali: le azioni pubbliche tendenti ad intervenire sulle problematiche sociali interconnesse allo sviluppo economico risentono fortemente dell'ambiente politico entro cui si collocano. Le elezioni politiche del marzo 1994 hanno portato anche l'Italia, in ritardo rispetto all'Inghilterra ed alla Francia, ad entrare in un ciclo politico-economico che Alain Touraine ⁽³⁾ definisce "shock liberale", nel quale al mercato viene assegnato il fondamentale ruolo di regolatore sociale. In questo contesto le politiche di redistribuzione del reddito, ossia il trasferimento di risorse da un gruppo sociale ad un altro, giocano un ruolo diverso rispetto al passato. Beni che sono stati storicamente inclusi fra i quelli che meritano di essere sottratti dal mercato per essere soddisfatti sulla base di principi pubblici ora rischiano di diventare di nuovo la risultante di responsabilità private.

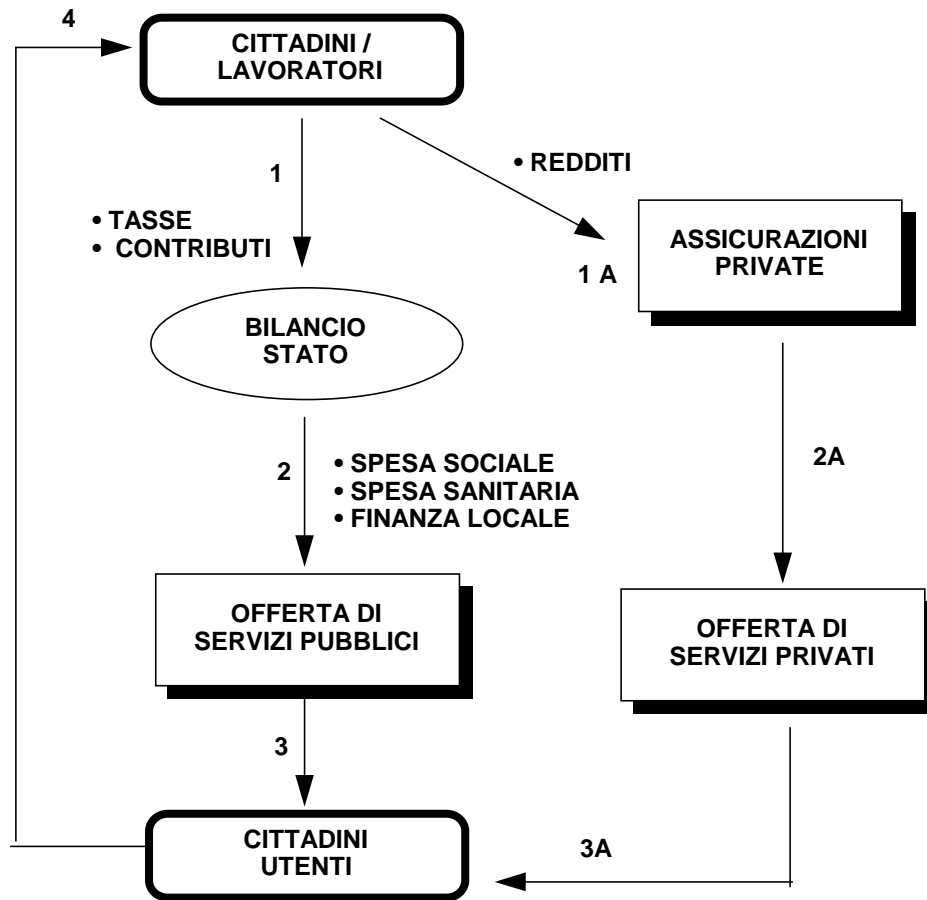
¹ U. Ascoli (cur.), *Welfare state all'italiana*, Laterza, Bari 1984; M. Paci, *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*, Liguori, Napoli 1989.

² Si veda E. Ranci Ortigosa, *"I disservizi sociali"*, in *Una modernizzazione difficile*, a cura di R. Scartezzini e C. Tullio-Altan, Liguori, Napoli 1992, pagg. 113-129.

E' in questo contesto che devono essere collocate le leggi sociali. Operando una certa semplificazione si può dire che le politiche sociali sono fatte innanzitutto di una cultura e poi di una serie di strumenti normativi che le sostengono attraverso regole. Gli attuali gruppi di governo hanno infatti una cultura politica nella sostanza estranea ai processi istituzionali ed organizzativi che hanno finora presieduto allo sviluppo dei servizi socio-sanitari. E' un punto sul quale occorre insistere. Il mutamento è innanzitutto culturale: i servizi socio-sanitari vengono ora inquadrati in uno schema che li definisce "consumo" e "sperpero" di risorse prodotte altrove, nell' economia dei produttori. E' prevedibile che anche la normazione delle politiche di spesa previdenziale, sanitaria ed assistenziale verrà adeguata a questo schema culturale. Il grafico 1 tenta di mettere in rilievo i processi che sono in corso.

³ In Il Sole - 24 ore 15 luglio 1994.

**CIRCUITO DELLO STATO SOCIALE
(1-2-3-4)**



**CIRCUITO DEL MERCATO
(1 A-2 A-3 A-4 A)**

Grafico 1

Da una parte c'è il "circuito dello stato sociale", nel quale agisce un patto di cittadinanza, per il quale i cittadini accettano di contribuire alla ripartizione dei redditi in cambio di una offerta di servizi. Questo contratto è saltato ed ora viene sostenuta l'utilità e fattibilità di un diverso modello. Non più la qualità e l'innovazione della pubblica amministrazione ⁽⁴⁾, ma, in nome della sovranità del consumatore, la soluzione individuata è quella che lo stato fornisca ai cittadini una certa quota di "buoni acquisto" (è già pronto l'inglesismo: "voucher") da spendere liberamente presso strutture pubbliche o private. L'erogazione dei servizi sanitari dovrebbe svolgersi in un mercato regolato, in cui acquirenti e fornitori dei servizi sono decisamente separati. Il ruolo di

acquirente dovrebbe essere svolto dalle Aziende - Usl, mentre i fornitori saranno tutte le strutture pubbliche e private in grado di fornire servizi adeguati, anche dal punto di vista del prezzo.. La fornitura del servizio è affidata al mercato e la qualità sarebbe garantita attraverso la concorrenza tra fornitori pubblici e privati. Il finanziamento pubblico non sarebbe più destinato alle strutture sanitarie, ma agli utenti sotto forma di buoni personali non negoziabili. L'utente potrà acquistare, dalla compagnia di sua scelta, un'assicurazione sanitaria con caratteristiche minime fissate per legge.

Questi sono i programmi con cui l'attuale coalizione di governo ha vinto le elezioni. Non è ancora possibile, così a ridosso del mutamento di quadro politico, osservare le concrete scelte legislative che saranno omogenee a questa cultura. Tuttavia il passaggio è talmente drastico che consente di vedere con maggiore chiarezza, come in un disegno a chiaroscuro, i fattori che hanno concorso a definire l'attuale sistema istituzionale ed organizzativo dei servizi e che potrebbe radicalmente cambiare nei prossimi anni.

2. Sviluppi delle normative

Nella recente storia della repubblica italiana possiamo facilmente individuare due fasi nella evoluzione delle normative socio-sanitarie (⁴).

Una prima fase, che chiamerei di **estensione quantitativa del sistema dei servizi**, si colloca negli anni '70. In questo periodo si è determinata una congiuntura favorevole allo sviluppo delle infrastrutture di servizio. In particolare occorre segnalare i seguenti processi che si sono manifestati nel decennio:

a) la **costruzione del sistema amministrativo decentrato**: creazione e consolidamento delle amministrazioni regionali; individuazione di nuovi livelli territoriali amministrativi (comunità montane; consigli di circoscrizione; consorzi di gestione; comprensori di programmazione; associazioni intercomunali); tendenziale centralità dei comuni nel governo locale, anche per quanto riguarda la sanità;

b) l' **estensione dell'offerta dei servizi**, che è stata promossa anche attraverso una rilevante produzione normativa: leggi nazionali di settore (asili nido, consultori, tossicodipendenze, handicap, psichiatria); leggi regionali di settore (anziani,

⁴ In proposito si preannuncia molto interessante il programma di studi promosso dalla Lega per le autonomie locali: *Rapporto 1994 sull'innovazione nell'ente locale* a cura di C. Donolo, Edizioni delle autonomie, Roma 1994, p.120.

⁵ Per un monitoraggio permanente della legislazione in materia di politiche sociali si rimanda alla rubrica "Archivio socio-sanitario" che la rivista *Prospettive sociali e sanitarie* pubblica dal 1986.

minori); creazione delle unità sanitarie locali; progressiva trasformazione degli enti locali territoriali da autorità amministrative ad erogatori di servizi;

c) la **mobilitazione sociale** di vari attori collettivi: i movimenti per la promozione della salute; i partiti, che erano fortemente legittimati nel sistema politico italiano e che hanno tradotto in regole legislative una parte di queste spinte; i sindacati, la cui posizione era rafforzata dalla situazione del mercato del lavoro e che hanno sostenuto molte innovazioni nello sviluppo dei servizi.

L'importanza storica di questo decennio sta soprattutto nella costruzione del sistema amministrativo pubblico dei servizi. Il triangolo amministrativo Regioni-Comuni-Usl è stato determinante per favorire la fase espansiva dell'offerta dei servizi. Infatti le politiche locali hanno determinato l'immissione di gruppi professionali (soprattutto assistenti sociali, psicologi, psichiatri, medici di igiene pubblica) che hanno costruito esperienze importanti nella costruzione di una cultura dei servizi alla persona..

Una seconda fase, che chiamerei di **regolazione amministrativa del sistema**, è individuabile negli anni '80 e primi anni '90.

Alcuni tratti caratteristici della legislazione socio-sanitaria prodotta in tale periodo sono individuabili nel modo seguente:

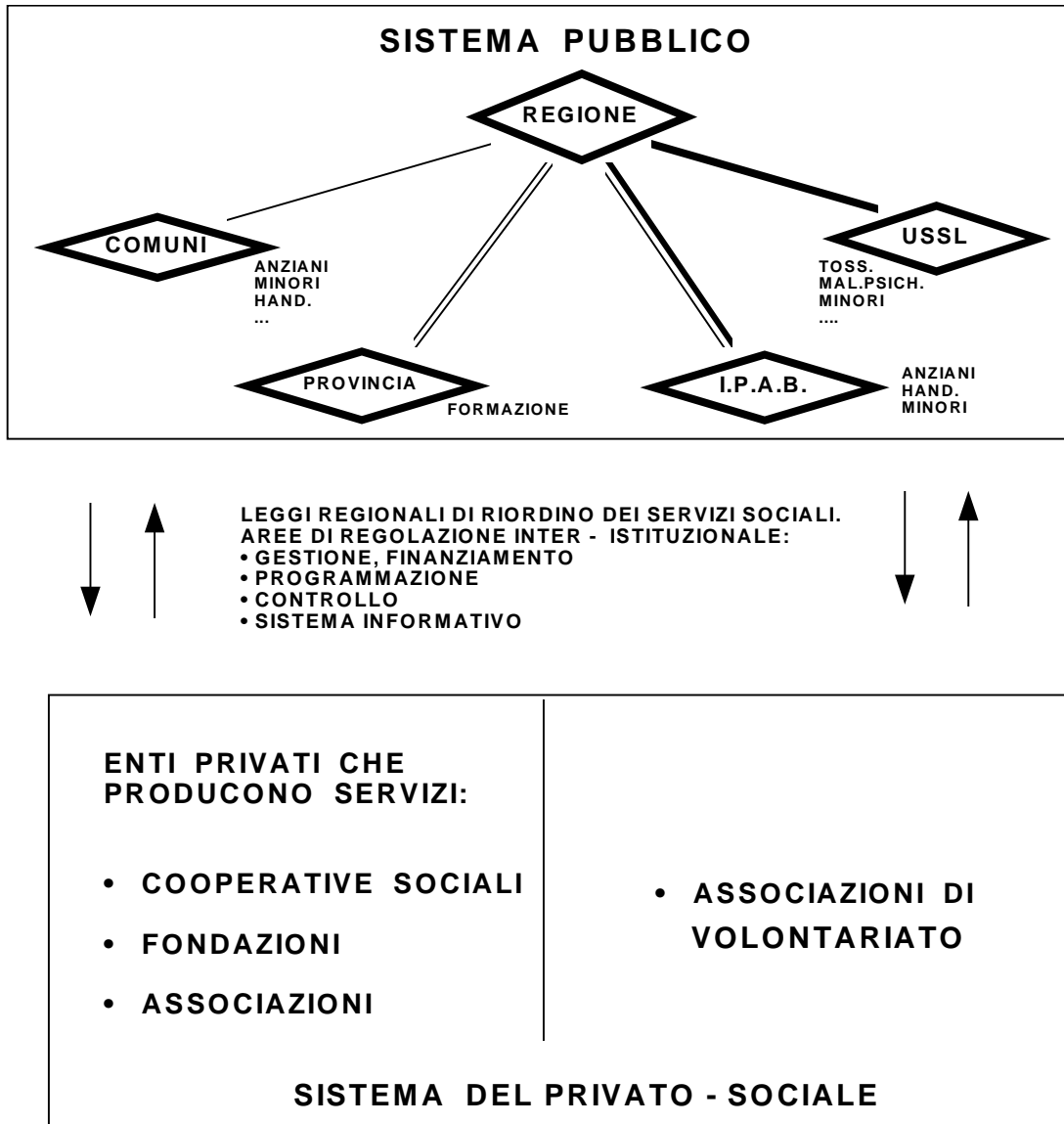
a) **forte ruolo delle legislazioni regionali**: azione sostitutiva delle regioni in materia di servizi sociali attraverso le leggi di riordino; produzione di piani regionali di sviluppo dei servizi;

b) progressiva **frammentazione dei soggetti** produttori dei servizi: autonomizzazione delle Usl; autonomizzazione dei comuni; privatizzazione e autonomizzazione delle Ipab; riconoscimento della risorsa del volontariato; valorizzazione delle cooperative sociali;

c) possibili contraddizioni fra un tendenziale **rafforzamento della posizione dei cittadini** in rapporto alla pubblica amministrazione (leggi regionali sui diritti degli utenti, trasparenza dei procedimenti amministrativi, norme statutarie sulla partecipazione dei cittadini) e **l'accentramento delle decisioni** in capo ai sindaci e giunte nei comuni ed ai direttori generali nelle unità sanitarie locali.

Si può dire che sono aumentati gli attori delle politiche locali e che sono cambiate le regole di funzionamento di ciascuno di essi e, dunque, le loro interrelazioni. La rete locale dei servizi può essere inquadrata nel successivo grafico 2 che mira a ricostruire il campo operativo delle organizzazioni di servizio.

Grafico 2



Il decennio degli anni '70 si conclude con la riforma sanitaria, una delle più importanti riforme strutturali della repubblica italiana. Negli anni '80 le azioni normative più vistose sono i progressivi cambiamenti del sistema delle unità sanitarie locali ed il ruolo delle regioni per organizzare meglio il sistema dei servizi sociali. I primi anni '90 si contraddistinguono per il nuovo ordinamento delle autonomie locali, per le leggi sul volontariato e sulle cooperative sociali, oltre ad una importante legge-quadro sull'handicap.

3. Le reti locali dei servizi

La comprensione del quadro normativo richiederebbe una sistematica analisi delle caratteristiche istituzionali ed organizzative di ciascun soggetto e, soprattutto, dei rapporti inter-istituzionali che si rendono indispensabili per produrre le attività di servizio ⁽⁶⁾. In sintesi si possono qui tratteggiare alcuni profili degli attori istituzionali che sono in campo.

La nuova legislazione sanitaria del 1992-1993 incrementa i poteri amministrativi delle regioni e configura le **unità sanitarie locali** in modo assai diverso rispetto al disegno originario della legge 833. Diminuisce il loro numero e quindi aumentano di dimensione: esse diventano macro-organizzazioni sempre più centrate sulla erogazione delle prestazioni sanitarie depurate dalle inter-conessioni con il sistema dei servizi sociali. Viene infatti scoraggiata la gestione integrata delle attività socio-assistenziali, che vengono affidate ai comuni. Sul versante organizzativo gli ospedali ad alta specializzazione vengono amministrati separatamente e le unità sanitarie locali vengono configurate come aziende pubbliche dotate di ampia autonomia gestionale e dirette da un direttore generale nominato dalla regione. Sul versante dei principi del welfare viene introdotta nel 1992 la possibilità dei cittadini di autoescludersi dal servizio e aderire a forme di mutualità sostitutiva: in proposito è da sottolineare l'azione del governo Ciampi, che nel 1993 ha attenuato tale possibilità, introducendo il criterio delle "forme integrative" di assistenza.

La legge sul nuovo ordinamento delle **autonomie locali** prevede articolati processi attuativi che si caratterizzano per una forte decisionalità affidata al livello locale, senza interferenze dei livelli amministrativi superiori. Il principale fattore di innovazione consiste nel passaggio da un ordinamento istituzionale ed organizzativo uniforme su tutto il territorio nazionale ad un sistema di enti locali caratterizzati da proprie regole di funzionamento, anche profondamente diversificate, e che possono quindi strutturare le proprie attività nel modo più aderente alla situazione socio-economica e demografica locale. Comuni e Province sono infatti definiti "comunità locali autonome". Il principio dell'autonomia si esprime innanzitutto a livello politico e attraverso la titolarità di funzioni proprie. I Comuni hanno competenza nella gestione dei servizi sociali, che possono esercitare anche nella forma dell'amministrazione indiretta attraverso le **istituzioni**. Gli enti locali possono ora auto-organizzarsi attraverso i loro **statuti** e relativi **regolamenti**, che si configurano, pertanto, come i

principali strumenti dell'autonomia. Altro punto importante nella amministrazione dei servizi è sempre stato quello di individuarne una adeguata scala gestionale, che è molto difficile a causa della grande differenziazione demografica dei comuni italiani.. In questa materia le legge interviene con una pluralità di strumenti che hanno l'obiettivo di ridefinire i territori dell'amministrazione locale: il riordino dei grandi comuni attraverso le **città metropolitane** ed i **comuni metropolitani**; l'individuazione e promozione di varie forme associative per l'amministrazione di attività sovracomunali. La città metropolitana si configura come un nuovo ente locale con compiti molto ampi. Infatti assume il ruolo della Provincia, che nel nuovo ordinamento ha competenze amministrative anche in materia di "servizi sanitari di igiene e profilassi pubblica" ed incorpora anche le funzioni di carattere sovracomunale dei comuni, fra cui quelle dei "servizi di area vasta nei settori della sanità e della formazione professionale". I principali limiti di questa legge sono riconosciuti nella centralizzazione della finanza locale, che contraddice il principio dell'autonomia finanziaria e si riflette sulla stessa autonomia statutaria, e nella irrisolta questione dei piccoli comuni. In proposito occorre ricordare che le prescrizioni di **unione** e **fusione** fra comuni sono talmente deboli e di attuazione improbabile da non favorire questi processi di razionalizzazione dell'amministrazione locale. Per quanto riguarda la gestione dei servizi sociali assumono una rilevante importanza gli strumenti della **convenzione** e dei **consorzi**, che possono essere utilizzati per amministrare in forma sovracomunale importanti attività come i servizi domiciliari.

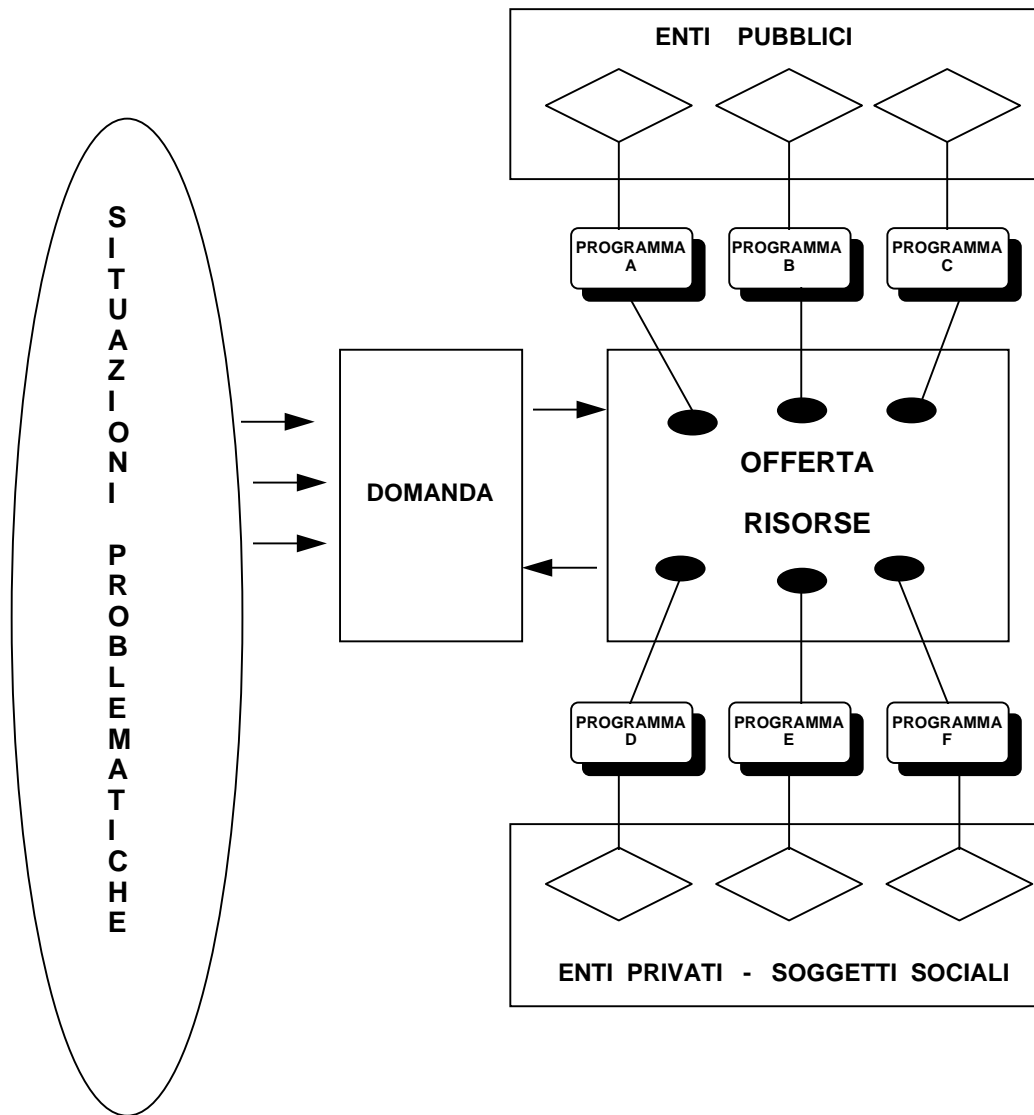
In riferimento a questi mutamenti istituzionali si deve segnalare l'allentamento della relazione Comune-Usl, che era molto forte nel DPR 616/177 e nella legge 833 a favore di un maggiore legame fra Usl e Regione: mentre i servizi sociali devono essere amministrati dai comuni, la sanità è sostanzialmente regionalizzata. E' evidente che in tal modo i rapporti Comuni - Aziende sanitarie in ordine alla gestione integrata dei servizi socio-sanitari diventano molto difficili e sono affidati solo alle capacità degli amministratori e dei dirigenti di attivare politiche inter-istituzionali fondate su progetti ed obiettivi. Ho voluto circostanziare questi elementi per mettere in evidenza le conseguenze determinate dalla progressiva "autonomizzazione" dei soggetti in campo e quindi per sostenere la necessità di coordinare le politiche parziali di ciascuno di essi, soprattutto nelle aree a forte integrazione socio-sanitaria (minori in difficoltà, handicap, tossicodipendenze, anziani, salute mentale, Aids).

⁶ Per una ricognizione su questi temi si rimanda a: P. Ferrario, "*Comuni e rete dei servizi: il ruolo della legge 142/1990 di riordino delle autonomie locali*" in Prospettive sociali e sanitarie n. 15 1992, p. 4- 8

Accanto alla coppia strutturale dei servizi locali, costituita dai Comuni e dalle Aziende sanitarie, si è ampliato e strutturato un articolato **sistema del privato-sociale**. Si tratta delle grandi risorse che possono essere espresse dal **volontariato** e dalle **cooperative sociali**. Queste ultime sono un importantissimo pezzo del mercato del lavoro: si tratta di 2000 cooperative sociali con 40.000 lavoratori e 1600 miliardi di fatturato. Esse offrono spazi di lavoro protetto per disabili, sofferenti psichici, tossicodipendenti, ed organizzano funzioni di servizio professionale (per esempio l'assistenza domiciliare) che entra in connessione con le attività dei servizi pubblici. Tale situazione pone nuovi problemi di azione amministrativa alle istituzioni pubbliche. Infatti al processo irreversibile della crescita della domanda sociale si può rispondere con un aumento dell'offerta di servizi gestite conformemente miste fra pubblico e privato.

Il successivo grafico 3 fornisce una rappresentazione della domanda e dei programmi di offerta frammentata che si configurano nell'attuale situazione istituzionale.

Grafico 3



Per questo diventano sempre più necessarie strategie di collaborazione inter-organizzativa che possono realizzarsi solo attraverso il reciproco riconoscimento e la consapevolezza che i singoli attori dei servizi sono portatori di risorse parziali. La contrapposizione fra pubblico e privato, che è stata importantissima e necessaria, per costruire la rete pubblica dei servizi, può essere ora sostituita con un diverso modello culturale che si impenna sulle finalità pubbliche dei servizi alla persona cui possono corrispondere forme differenziate di gestione amministrativa, fra cui quella delle convenzioni basate su trasparenti contrattazioni. In un tale contesto il sistema pubblico, valorizzando molte delle regole presenti nella recente legislazione, può ancora mantenere una propria nuova centralità spostando una parte consistente dei propri interventi verso obiettivi di promozione, regolazione e controllo delle reti di servizio

Nelle condizioni attuali questa è una possibilità aperta per valorizzare le risorse esistenti e per costruire nuove “alleanze”, omologhe a quelle fra amministratori locali ed operatori negli anni '70, finalizzate a rispondere alla crescita dei bisogni e della domanda

di diritti. La formazione di base ed in servizio può positivamente contribuire alla attivazione di questi processi.

Bibliografia

- I. Cavicchi, *Usl e ospedali: come negoziare l'azienda - sanità*, Ediesse, Roma 1994, p. 178
- O. De Leonardis, D. Mauri, F. Rotelli, *L'impresa sociale*, Anabasi, Milano 1994, p. 220
- P. Ferrario, *Politica dei servizi sociali*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1988, p. 230
- G. Forato, C. Bisleri, *L'operatore sociale*, Maggioli, Rimini 1992, p. 322
- B. Longoni, G. Perucci, *Noi ci siamo - guida per gli operatori dell'assistenza*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 1993, p. 488

Normative fondamentali dal 1985

- D.P.C.M. 8 agosto 1985, Atto di indirizzo in materia di attività a rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziale;
- D.P.C.M. 16 febbraio 1990, Direttive alle Regioni in materia di riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato alle IPAB;
- Legge n. 4 1986 Disposizioni transitorie nell'attesa della riforma istituzionale delle Usl;
- Legge 8 giugno 1990 n. 142, Nuovo ordinamento delle autonomie locali;
- Legge 7 agosto 1990 n. 241, Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi;
- Legge 4 aprile 1991 n. 111, Norme sulla gestione transitoria delle Unità sanitarie locali;
- Legge 11 agosto 1991 n. 266, Legge-quadro sul volontariato; Legge 8 novembre 1991 n. 381, Disciplina delle cooperative sociali
- Legge 8 novembre 1991 n. 381, Disciplina delle cooperative sociali
- Legge 23 ottobre 1992 n. 421, Delega al governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, nonché disposizioni fiscali
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria
- Legge 3 febbraio 1993 n. 29, Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego
- Legge 25 marzo 1993 n. 81, Elezione diretta del sindaco, del presidente della provincia, del consiglio comunale e del consiglio provinciale

p. ferrario 1994

Decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517, Modificazioni al D.L. 30.12.1992 n. 502 - Riordino della disciplina in materia sanitaria

Ministero della sanità 12 gennaio 1994, Atto di intesa tra stato e regioni per la definizione del piano sanitario nazionale 1994 - 1996