

Regioni e servizi sociali:

un bilancio della 5° legislatura (1990-1995)

di Emanuele Ranci Ortigosa e Paolo Ferrario

1. La legislazione come indicatore di tendenze

Questo scritto analizza la produzione normativa in materia di servizi socio-assistenziali delle regioni italiane nel corso della 5° legislatura (1990-1995). La legislazione viene qui assunta come un importante indicatore delle tendenze politiche in atto. Nell'analisi si è inclusa anche quella parte di legislazione sanitaria che è maggiormente collegata al sistema dei servizi sociali.

Qualche considerazione a premessa. Come noto, a partire dagli **anni '70**, l'elaborazione di un rinnovato modello di assistenza in Italia è strettamente legato all'avvio e al consolidamento delle regioni a statuto ordinario. Questo processo è avvenuto attraverso l'azione di due concomitanti fattori:

- da una parte la prima costruzione del sistema amministrativo dei servizi (in particolare l'incremento dei poteri gestionali dei comuni e l'attivazione delle unità sanitarie locali);
- dall'altra l'interconnessa estensione delle reti di servizio nelle varie aree problematiche.

Negli **anni '80 e primi anni '90**, i tratti caratteristici della legislazione socio-sanitaria sono così individuabili:

- **forte ruolo delle legislazioni regionali**: azione sostitutiva dello stato da parte delle regioni attraverso le leggi di riorganizzazione dei servizi socio-assistenziali ed i piani regionali di sviluppo dei servizi;
- progressiva **estensione e frammentazione dei soggetti** produttori dei servizi, con la crescente importanza strategica del sistema del privato sociale: mutamento istituzionale delle unità sanitarie locali; legge quadro sui comuni e relativi processi riorganizzativi; privatizzazione e autonomizzazione delle Ipab; riconoscimento della risorsa sociale del volontariato; costituzione e sviluppo delle cooperative sociali come enti gestori di attività di servizio;
- tendenziale **rafforzamento giuridico della posizione dei cittadini** in rapporto alla pubblica amministrazione (diritti degli utenti, trasparenza dei procedimenti amministrativi, statuti comunali sulla partecipazione dei cittadini) a cui, tuttavia, non si accompagnano ancora strumenti efficaci per la realizzazione;
- **accentramento delle decisioni amministrative**, in capo ai sindaci e alle giunte nei comuni ed ai direttori generali nelle unità sanitarie locali.

La successiva ricostruzione del quadro normativo regionale consente di entrare ancora più dettagliatamente nel merito delle trasformazioni del sistema dei servizi sociali. L'attività di produzione di atti normativi è infatti una delle principali funzioni esercitate dalle amministrazioni regionali e fornisce indicazioni e strumenti alle amministrazioni locali per l'esercizio dei compiti di governo nel settore dei servizi sociali.

L'analisi è condotta lungo due piste di riflessione:

- ☐ una ricognizione quantitativa sulle materie trattate nelle leggi regionali (¹);
- ☐ alcuni approfondimenti sui contenuti dei testi normativi.

Entrando nel merito delle fonti utilizzate, si precisa che sono state censite ed esaminate 298 leggi emanate dalle regioni o dalle province autonome nel periodo 6 maggio 1990 - fine gennaio 1995 (²). Si precisa che sono state selezionate quelle leggi che direttamente o indirettamente sono rilevanti per individuare gli orientamenti nel comparto dei servizi socio-assistenziali. Pertanto alle leggi indirizzate a categorie di popolazione particolari sono state aggiunte quelle funzionali alla organizzazione dei servizi.

2. Aree tematiche di intervento

La **Tavola 1** riporta una distribuzione per aree tematiche.

¹ La fonte utilizzata è l'archivio legislativo che la rivista Prospettive sociali e sanitarie pubblica dal 1987 e che costituisce, pertanto, un utile osservatorio delle politiche sociali statali e regionali.

² Tale segmento di tempo esclude necessariamente le leggi di fine legislatura. Tuttavia la quantità dei testi esaminati è sufficiente per indagare sulle tendenze in atto.

Tavola 1 Leggi regionali per aree problematiche

REGIONI	AIDS	ALCO- LISMO	ANZIA NI	DIRITT I	FAMIG LIA	HANDI CAP	MIGRA ZIONI	SERVIZI PSICHI ATR.	RIABILI TA- ZIONE	TOSSI CO- DIPEN DENZE
Abruzzo			3	1		6	1	1	1	1
Basilicata				1			1			
Calabria						2				1
Campania			1			1				
Emilia-Romagna			2	1	1	2	2		1	
Friuli Venezia Giulia			1		1	1	2			
Lazio	2		1	2	1					
Liguria				2	1	2	2			
Lombardia		1						1		
Marche			1	1	1	1	1			
Molise						1	1			
Piemonte							1			
Puglia						3	2	1		
Sardegna				1		2	2	1		
Sicilia				2		2				
Toscana		1	2	1		3	1			3

Trentino Alto Adige Bolzano										
Trentino Alto Adige Trento										
Umbria	1		1				1			
Valle d'Aosta			4			2	1			1
Veneto			1			1				
Numero totale	n.3	n. 2	n. 17	n. 12	n. 5	n. 29	n. 18	n. 4	n. 2	n. 6

I testi normativi sull'**Aids** sono centrati sulle azioni di prevenzione medico-sanitaria (³). Quelli relativi alla prevenzione, cura e riabilitazione sull'**alcolismo** sono particolarmente significativi poiché testimoniano un primo processo di assunzione in carico di una fascia problematica particolarmente estesa sotto il profilo epidemiologico. Si tratta, inoltre, di una fascia problematica in cui sono forti le interazioni fra azioni sanitarie e socio-assistenziali.

Il gruppo delle leggi regionali relative alla **popolazione anziana** è piuttosto articolato: azioni per lo sviluppo delle residenze sanitarie assistenziali (Abruzzo, Emilia Romagna, Lazio, Toscana, Veneto) (⁴); promozione di attività culturali attraverso le università della terza età; interventi alternativi al ricovero; tutela degli anziani non autosufficienti; istituzione dei servizi di tele-soccorso e tele-controllo; formazione degli operatori addetti all'assistenza. Si tratta di uno dei settori a più alta produzione normativa.

C'è poi il gruppo delle leggi mirate alla tutela dei **diritti**: testi per la tutela degli utenti e dei consumatori; promozione di uffici di pubblica tutela; azioni per la salvaguardia degli utenti del servizio sanitario. Sono leggi importanti poiché gli assetti amministrativi del sistema dei servizi tendono ad accentrare le decisioni in capo ai direttori generali delle aziende sanitarie ed ai sindaci dei comuni: in tale contesto occorre necessariamente sviluppare azioni complementari di controllo da parte dei cittadini e degli utenti dei servizi.

C'è poi un gruppo molto interessante perché propone lo sviluppo di servizi orientati ad intervenire sulla **famiglia**: norme per il sostegno della famiglia e dei minori (Friuli Venezia Giulia; Marche); interventi regionali per la famiglia (Liguria); sostegni alle scelte di procreazione (Emilia Romagna).

Per quanto riguarda le politiche sull'**handicap** occorre ricordare che l'approvazione della Legge quadro n. 104/1992 ha determinato la produzione di leggi regionali applicative in materia di prevenzione preconcezionale, prenatale e neonatale (Abruzzo, Campania, Liguria). In questo gruppo, tuttavia, permangono testi di finanziamento a categorie ed associazioni: si tratta di 10 casi. Si segnalano anche le leggi sulle barriere architettoniche (Sardegna, Toscana, Veneto).

Le leggi sugli **immigrati o emigranti** presentano caratteristiche differenziate: interventi per gli immigrati extra-comunitari (Abruzzo, Puglia, Sardegna, Umbria); interventi per gli emigrati all'estero (Abruzzo, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Molise, Valle d'Aosta, Puglia); iniziative per gruppi particolari (zingari e albanesi).

³ Va tuttavia ricordato che una parte di interventi in materia di assistenza ai malati di aids sono assunti dalle regioni mediante altri tipi di atti, come delibere di consiglio o di giunta.

⁴ E' opportuno ricordare che la Regione Lombardia realizza i progetti sulle residenze sanitarie assistenziali mediante una legislazione di tipo finanziario e programmatico (fondo ricostruzione infrastrutture sociali) che pertanto non viene censita nella voce "anziani", ma che agisce sugli stessi obiettivi. Una situazione analoga è riferibile alla Regione Liguria che include le azioni amministrative per le residenze sanitarie assistenziali nel quadro delle competenze amministrative sulle Ipab.

Per quanto riguarda i **servizi psichiatrici** troviamo una legge di organizzazione dei dipartimenti di salute mentale (Lombardia) ed altre di finanziamento dei servizi. Nell'**area riabilitazione** sono state censite leggi sanitarie che implicano anche azioni socio-assistenziali: in particolare è da segnalare una legge sui malati terminali (Emilia Romagna). Infine le leggi sulle **tossicodipendenze**: si tratta di testi riguardanti gli enti ausiliari che gestiscono sedi operative per la riabilitazione e di reinserimento ed altri mirati alla istituzione e funzionamento dei sistemi operativi per le tossicodipendenze.

3. Gli attori e gli assetti istituzionali e organizzativi

Nella successiva **Tavola 2** sono state censite le leggi che regolano il funzionamento dei soggetti che hanno la titolarità, con differenti posizioni giuridiche, della gestione dei servizi sociali.

Tavola 2 Leggi regionali riguardanti gli assetti istituzionali dei servizi sociali

REGIONI	COOP E- RATIV E	ENTI LOCAL I	IPA B	PIA NI	PROFE SSIONI SOCIA LI	PUBBLI CA AMMINI STR.	USL	SERVIZ I SOCIAL I	VOLON TA- RIATO
Abruzzo		1				1	1		1
Basilicata	3	2		1		3			1
Calabria							1	1	
Campania		1							1
Emilia-Romagna	1	2		1		1	2	1	1
Friuli Venezia Giulia	3		1	2		1	2	1	
Lazio			1		1				1
Liguria	1	3	3	1		3	3	4	1
Lombardia	2	4	1	1	1		2	1	1
Marche	1			1		1	3		
Molise						1			
Piemonte	3	2	2	2			1	3	1
Puglia	1								1
Sardegna	1	3				1		1	1
Sicilia	2				1	2	3	1	1
Toscana	1	2			1	2	2	2	3
Trentino Alto Adige Bolzano									
Trentino Alto Adige Trento									
Umbria		1				1		1	1
Valle d'Aosta	2	5			2	2	3	3	2
Veneto	1	4	2			1	2		1
	n. 22	n. 30	n. 10	n. 9	n. 6	n. 20	n. 25	n. 19	n. 18

Grande importanza in questo campo assumono le **cooperative sociali** che hanno per scopo la "gestione di servizi socio-sanitari ed educativi" e lo svolgimento di attività "finalizzate

all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate" (Legge 381/1991). L'elemento che qui va sottolineato è la specificità di queste strutture. Infatti alle due dimensioni tipiche di ogni cooperativa (quelle di essere una impresa e contemporaneamente una associazione volontaria fondata sulla condivisione di obiettivi non solo di natura economica) si aggiunge la loro precisa finalizzazione relativa ai prodotti organizzativi: a) lavoro per soggetti in situazione di bisogno; b) servizi sociali. Per quanto riguarda il lavoro si sottolinea l'importanza del fatto che agli strumenti "vincolistici" di collocazione nel sistema produttivo (il riferimento è alla legge 482/1968 che impone obblighi di assunzione in rapporto agli organici aziendali) si aggiunge uno strumento non vincolistico, consistente nella creazione di un circuito lavorativo volto a ricercare forme di produttività dei soggetti in difficoltà e/o a ridurre i costi in proporzione alla ridotta capacità lavorativa. Viene introdotta una profonda innovazione nella legislazione per la cooperazione, consentendo la presenza, accanto ai "soci ordinari", di "soci volontari". Questi ultimi sono iscritti in una apposita sezione del libro dei soci ed il loro numero non può superare la metà di quello complessivo dei soci. Costoro potranno prestare la loro attività nella cooperativa, senza però alcuna remunerazione, ma con la copertura assicurativa contro gli infortuni e il rimborso delle spese effettivamente sostenute. Inoltre nella gestione dei servizi socio-sanitari ed educativi le prestazioni dei soci volontari possono essere utilizzate in misura solo complementare e non sostitutiva rispetto ai parametri di impiego degli operatori professionali previsti dalle normative di settore.

A questi due gruppi di soggetti si aggiungono le "persone svantaggiate": invalidi fisici, psichici e sensoriali; ex degenti di istituti psichiatrici e soggetti in trattamento psichiatrico; tossicodipendenti; alcolisti; minori in situazioni di difficoltà familiare; condannati ammessi alle misure alternative alla detenzione. La condizione di svantaggio deve risultare da documentazione proveniente dalla pubblica amministrazione. Queste persone devono costituire almeno il trenta per cento dei lavoratori della cooperativa e, tendenzialmente, essere soci della cooperativa. Tali norme confermano la specificità del segmento di mercato del lavoro che le cooperative sociali vanno ad occupare: aree di produzione agricola, industriale, commerciale e di gestione anche diretta di servizi socio-sanitari ed educativi entro le quali i destinatari degli interventi possono diventare soggetti produttivi attivi.

Questo segmento di mercato è sostenuto direttamente dal sistema pubblico attraverso una riduzione dei costi di impresa. Infatti lo stato si accolla le aliquote della contribuzione obbligatoria previdenziale ed assistenziale connesse alle retribuzioni delle persone svantaggiate. Inoltre le cooperative sociali godono della riduzione a un quarto delle imposte catastali ed ipotecarie relative ai contratti di mutuo, acquisto e locazione degli immobili destinati all'esercizio dell'attività sociale. Infine gli enti pubblici possono stipulare convenzioni con queste

cooperative per la fornitura di beni e servizi anche in deroga alla disciplina in materia di contratti della pubblica amministrazione.

Le leggi censite in questa ricerca intervengono sui rapporti inter-istituzionali fra cooperative e regioni. Si tratta della istituzione degli **albi delle cooperative sociali**, che danno visibilità a questi soggetti delle politiche di servizio e la cui iscrizione costituisce un pre-requisito fondamentale per accedere alle convenzioni con il sistema pubblico. Il processo istituzionale che si apre con queste operazioni amministrative richiede un mutamento di strategia degli enti pubblici: occorre sviluppare le metodologie e le tecniche del controllo sulla qualità dei servizi offerti. In particolare le convenzioni-tipo proposte dalle regioni devono intervenire sui momenti cruciali della organizzazione dei servizi:

- ☐ requisiti di professionalità degli operatori e applicazione delle norme contrattuali vigenti;
- ☐ modalità di raccordo con le attività dei servizi socio-sanitari;
- ☐ attività di formazione professionale e di sviluppo dell'occupazione.

L'altro gruppo di leggi riguardanti il sistema del privato sociale è costituito dal quelle sul **volontariato**. La legge quadro n. 266/1991 riconosce il valore di questa risorsa sociale e regola solo le attività di volontariato che si svolgono nell'ambito di convenzioni con enti pubblici. Alle leggi regionali è affidata una pluralità di compiti:

- ☐ attivare le procedure di istituzione dei registri delle organizzazioni di volontariato;
- ☐ regolare le modalità di svolgimento delle attività di volontariato nell'ambito delle strutture pubbliche;
- ☐ prevedere il diritto delle organizzazioni ad essere consultate per contribuire alla programmazione delle politiche regionali

Il processo di produzione normativa in questa area è sostanzialmente completo su tutto il territorio nazionale.

Sono state censite anche le leggi regionali che intervengono sugli **enti locali**. L'opportunità di introdurre anche questa variabile nell'azione amministrativa dei servizi è dovuta al fatto che i comuni hanno la titolarità in materia di servizi sociali (art. 9 della legge 142/1990) e sono i soggetti che entrano in gioco nei processi di integrazione socio-sanitaria. In questo quadro alle regioni è assegnato il ruolo di promuovere le forme associative volontarie od obbligatorie per la gestione dei servizi mediante le convenzioni inter-comunali, i consorzi e le comunità montane. Fra le leggi segnalate in tabella 2 prevalgono quelle sulle comunità montane ma occorre ricordare anche quelle che disciplinano gli accordi di programma (Lombardia), quelle sulle aree metropolitane (Veneto); e quelle che incentivano i processi di unificazione fra comuni (Liguria).

Le 10 leggi sulle **I.P.A.B.** (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza) sono in buona parte costituite da procedure per l'attribuzione della personalità di diritto privato a quella parte di

esse che ne hanno i requisiti. E' un processo in atto da segnalare, poiché è del tutto evidente che il modello degli anni '70 (tendenziale pubblicizzazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e loro trasferimento in capo alle amministrazioni comunali) è stato sostituito da un modello che prevede la privatizzazione di quelle che negli statuti non presentano finalità pubbliche. In tal modo il sistema del privato sociale si estende ulteriormente, rendendo ancora più necessarie le politiche di interconnessione fra i programmi differenziati degli enti ⁽⁵⁾.

Sono del tutto assenti nella 5° legislatura regionale **leggi di piano** in materia socio-assistenziale. I testi censiti riguardano norme generali sulla programmazione (Marche, Basilicata, Piemonte) o di proroga di piani precedenti (Piemonte).

Sono da segnalare alcune leggi di sostegno delle **professioni sociali**: formazione di assistenti sociali (Lombardia, Sicilia) ed educatori professionali (Valle d'Aosta); formazione di operatori domiciliari (Lazio, Toscana).

La tabella segnala anche 20 leggi regionali selezionate sotto la voce **pubblica amministrazione** al fine di mettere in evidenza i quadri normativi, che si accentueranno negli anni futuri, in materia di diritto di accesso agli atti e procedure del sistema pubblico. Per queste normative vale il ragionamento già fatto per quanto riguarda il tema dei diritti degli utenti: in presenza di processi di accentramento decisionale occorre sviluppare una complementare possibilità di accedere alle informazioni ed al controllo sugli atti.

Il gruppo di leggi sui **servizi sociali** risulta così composto:

- ☐ normative per l'esercizio delle attività socio-assistenziali (Toscana, Sardegna, Friuli Venezia Giulia);
- ☐ normative sulla autorizzazione e vigilanza delle strutture socio-assistenziali pubbliche e private (Liguria);
- ☐ normative per l'esercizio della attività socio-assistenziali delle province (Lombardia, Piemonte, Emilia Romagna).

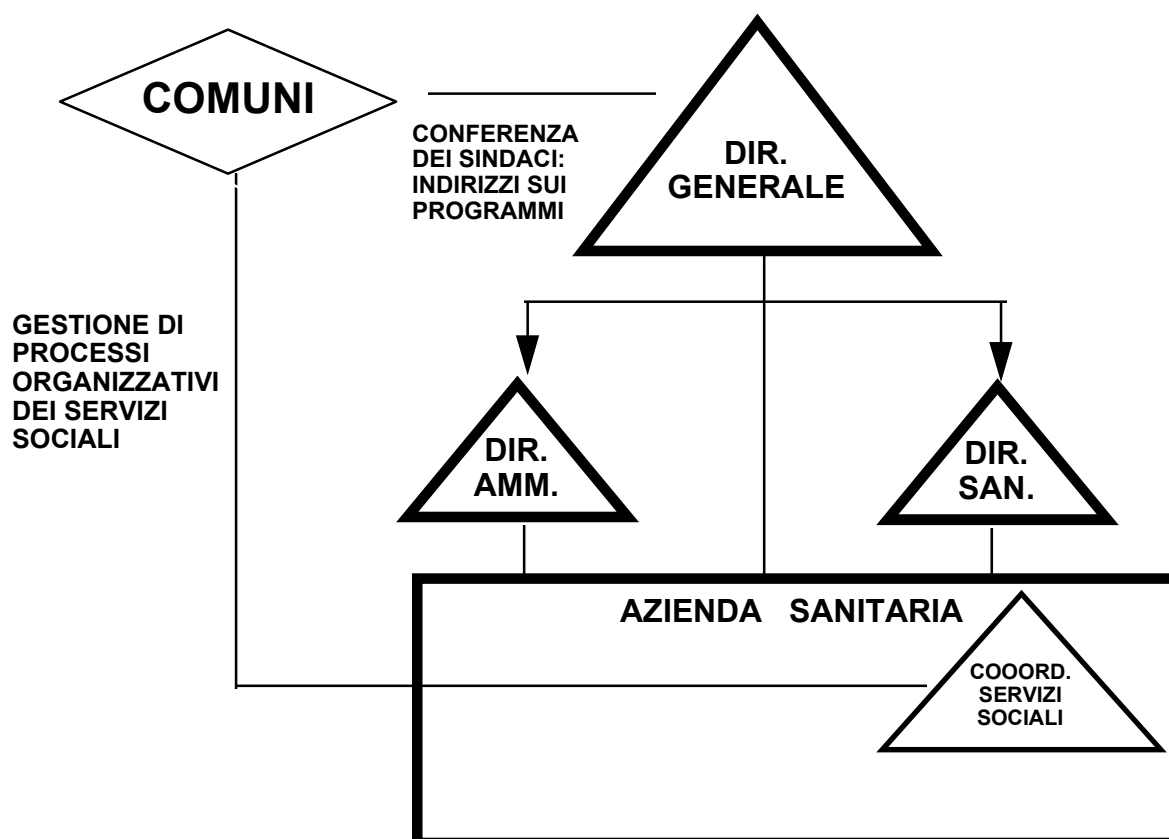
Nella parte finale di questa ricerca è necessario prendere in considerazione il problema centrale delle politiche locali e cioè il rapporto fra comuni e aziende sanitarie per l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali. La tabella 2 segnala 25 leggi regionali riguardanti il nuovo assetto istituzionale del sistema sanitario a livello locale. Si tratta di un processo istituzionale avviato nel 1992/1993 e che si sta compiendo nei primi mesi del 1995. In questa ricerca non è dunque ancora possibile prendere in considerazione tutte le normative regionali in materia.

⁵ Per una analisi più circostanziata su questo tema: 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

Tuttavia in questa sede si offre un quadro del problema e le prime soluzioni istituzionali che le regioni hanno individuato.

Il **Grafico 1** presenta una rappresentazione sintetica del nuovo assetto della aziende sanitarie in riferimento al rapporto con i comuni.

Grafico 1



Il grafico mette sinteticamente in evidenza i problematici rapporti inter-istituzionali fra comuni e Unità sanitarie locali:

- ☐ la funzione di controllo sull'azienda sanitaria viene esercitata dalla "conferenza dei sindaci", attraverso una loro rappresentanza di 5 membri;
- ☐ i "coordinatori sociali" coadiuvano i direttori generali nel caso i comuni deleghino alle aziende sanitarie la gestione di attività o servizi socio-assistenziali;
- ☐ la posizione dei servizi socio-assistenziali all'interno delle aziende sanitarie è piuttosto indebolita, in quanto dipende dalle strategie di conferimento di risorse finanziarie da parte degli enti locali.

Per capire anche in questa fase di avvio del nuovo sistema sanitario locale tale problematica, è stata costruita la **Tavola 3**, che presenta gli orientamenti di alcune regioni che hanno perfezionato la loro normativa in materia.

Tavola 3

Regioni	Dirigenza o coordinamento dei servizi sociali	Gestione servizi sociali e Integrazione socio-sanitaria
Emilia-Romagna L.R. 12/05/84 n. 19	le funzioni socio-assistenziali svolte a livello distrettuale sono svolte dal coordinatore dei servizi sociali	incentivi regionali all'integrazione delle attività socio-assistenziali di competenza degli enti locali; i distretti svolgono le attività socio-assistenziali di base delegati dagli enti locali
Friuli Venezia Giulia L.R. 30/08/94 n. 12	il coordinatore dei servizi sociali svolge attività di indirizzo e supporto e fornisce pareri obbligatori al direttore generale	intese di programma per stabilire i modelli organizzativi ed i rapporti economici relativi alla gestione integrata
Liguria L.R. 08/8/94 n. 42	nei casi in cui i comuni e le Unità sanitarie locali provvedano alla gestione integrata di servizi sociali e sanitari, il direttore generale nomina il coordinatore dei servizi sociali	la regione promuove e favorisce la gestione coordinata o integrata delle attività e dei servizi sociali collegati con le attività sanitarie; la gestione integrata si attua in caso di delega delle funzioni da parte dei comuni
Sicilia L.R. 03/8/93 n. 30	nessuna previsione	nessuna previsione
Toscana L.R. 29/6/94 n. 49	l'incarico di coordinamento dei servizi sociali è conferito dal direttore generale	le Unità sanitarie locali gestiscono le attività a rilievo sanitario e le attività di assistenza sociale ad esse attribuite in base a delega da parte dei comuni

Trentino Alto Adige Provincia di Trento L.R. 1/4/93 n. 10	nessuna previsione	i distretti sanitari hanno competenze in materia di riabilitazione e lungodegenza
Valle d'Aosta L.R. 8/6/94 n. 24	nel caso in cui i singoli enti locali decidano di delegare all'Usl la gestione di attività o servizi socio-assistenziali a tale gestione sovrintende il coordinatore dei servizi sociali	
Veneto L.R. 14/9/94 n. 56	il coordinatore dei servizi sociali assume la denominazione di direttore dei servizi sociali . Il direttore dei servizi sociali è nominato dal direttore generale e svolge attività di direzione e coordinamento nei confronti dei responsabili delle strutture delle Unità locali socio-sanitarie	la regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei comuni alle Unità sanitarie locali, anche prevedendo appositi finanziamenti; lo strumento dell'integrazione è rappresentato dai piani di zona dei servizi sociali

Si evidenziano le diverse tipologie istituzionali. Alcune leggi di istituzione delle aziende sanitarie non parlano dei servizi socio-assistenziali, e non prevedono neppure un coordinatore dei servizi sociali. Altre prevedono un coordinatore dei servizi sociali, ma con alcune differenze: talune leggi prevedono infatti tale figura solo nel caso di delega da parte dei Comuni alle Usl della gestione di attività e servizi socio-assistenziali, mentre altre leggi ne prevedono comunque l'esistenza entro una prospettiva di promozione del coordinamento e dell'integrazione fra i servizi sanitari e i servizi socio-assistenziali che può essere più o meno accentrata.

Infine una legge (ed altre in corso di approvazione) prevede per i servizi sociali un vero e proprio direttore, formalmente a pari livello quindi con il direttore sanitario e quello amministrativo.

4. Alcune riflessioni conclusive

L'analisi della produzione legislativa delle Regioni in campo socio-assistenziale ha prodotto informazioni e valutazioni che vale ora la pena di collocare entro una lettura più generale delle tendenze in atto nel campo delle politiche sociali e della produzione di servizi.

Abbiamo visto che la legislatura regionale non ha espresso nel nostro campo prodotti forti, in termini di immagine, cambiamento, sviluppo. Solo tre regioni hanno rivisto le normative per l'esercizio delle attività socio-assistenziali, nessuna ha approvato nuovi piani socio-assistenziali. Nella legislazione sui nuovi assetti istituzionali del sistema sanitario, che molte regioni stanno producendo, il rapporto con i servizi socio-assistenziali rappresenta per lo più un tema un po' marginale.

Tale realtà legislativa corrisponde insomma alla più generale tendenza in atto al ridimensionamento delle politiche di Welfare, e in particolare dell'intervento diretto dell'ente pubblico. Ridimensionamento che rischia di penalizzare particolarmente i destinatari più deboli, politicamente e socialmente poco protetti, quali sono per lo più gli utenti dei servizi socio-assistenziali. E del resto questi servizi costituiscono anch'essi una area marginale e più esposta dentro le amministrazioni pubbliche. I politici forti e i dirigenti emergenti in genere non cercano ruoli e responsabilità in questo settore, anzi ne rifuggono.

Il ridimensionamento del ruolo "globale" dell'ente pubblico trova corrispondenza nella attenzione, politica e legislativa, dedicata alla identificazione e legittimazione di altri soggetti, possibili erogatori di servizi, e alla valorizzazione delle loro risorse attuali e potenziali. Questi soggetti sono soprattutto le iniziative del privato sociale, cooperative, volontariato, ed anche enti più largamente strutturati, e le stesse famiglie, riscoperte nel loro valore solidaristico e nelle preziose funzioni assistenziali che quotidianamente svolgono. La riscoperta avviene a volte in termini solo moralistici e declaratori, a volte invece in modo più significativo, riconoscendo esigenze e risorse delle famiglie, per un intervento di valorizzazione e utilizzo, ma anche, ove necessario, di sostegno.

Una volta abbandonata la pretesa che a tutti i bisogni espressi dalla società dovessero e potessero dare adeguata risposta l'ente e il servizio pubblico, molta attenzione si è orientata a reperire gli altri possibili attori, e a cercare di valorizzarli, spesso senza però costruire interlocutori pubblici e strumenti e procedure adeguate.

Ruolo dell'ente pubblico e ruolo degli altri interlocutori, rapporti fra i diversi ruoli: il tema del coordinamento e dell'interazione si ripropone su questo asse, senza essere stato peraltro affrontato in modo soddisfacente neppure all'interno dell'ente pubblico, fra le amministrazioni comunali e le aziende sanitarie, e perfino all'interno delle une e delle altre.

La strategia di rete che libri, articoli, convegni con frequenza crescente ripropongono, nella realtà incontra molti ostacoli a svilupparsi, a divenire cultura e prassi effettiva. In merito la

legislazione offre più auspici che non strumenti adeguati di sviluppo, nella cultura, nell'organizzazione, nell'azione concreta dei servizi sociali.

Si può da ultimo notare l'attenzione che la legislazione comincia a dedicare a situazioni personali di forte difficoltà ed emarginazione. Alla numerosa legislazione regionale sull'handicap, in attuazione della legge quadro nazionale, e a nuovi interventi legislativi sulla tossicodipendenza, si affiancano leggi per interventi sull'Aids, l'alcolismo, i malati terminali. Queste drammatiche situazioni umane e sociali cominciano insomma a stimolare una attenzione che dalla realtà sociale coinvolge i servizi sociali e sanitari, per arrivare infine al legislatore regionale.

La crescente sensibilità e sottolineatura delle esigenze e dei diritti del cittadino in difficoltà genera anche impulsi per una legislazione specifica che comincia a diffondersi. Occorrerebbe rafforzarne i contenuti e la portata, pur sapendo che al di là della norma, per l'umanizzazione dei servizi, per la centralità dell'utente, per la qualità degli interventi e delle connesse relazioni, è decisiva la cultura e la prassi dei servizi e degli operatori.