

AUTONOMIE LOCALI E SERVIZI SOCIALI:

RAPPORTO 1988 a cura di Paolo Ferrario

indice:

1. Politiche di assistenza sociale
2. Le leggi regionali di riordino
3. Volontariato e privato sociale
4. I progetti nazionali di riforma dell'assistenza
5. Il ruolo della programmazione regionale

1. Politiche di assistenza sociale

A partire dalla seconda metà degli anni settanta, i servizi e gli interventi socio-assistenziali nel nostro paese sono stati interessati da vari processi politici e sociali che ne hanno modificato i principi, l'assetto istituzionale le strutture organizzative.

E' necessario richiamare alcuni caratteri di fondo di questi anni allo scopo anche di riflettere su quali possono essere i nuovi compiti nell'attuale momento storico.

L'elaborazione di un rinnovato modello di assistenza in Italia è strettamente legato all'avvio ed al consolidamento delle regioni a statuto ordinario. Ad una aumentata domanda sociale si è risposto con varie leggi generali e di settore che hanno strutturato un sistema amministrativo fondato su criteri così riassumibili: decentramento delle funzioni; ruolo programmatico delle regioni e connesso compito di emanare norme per la gestione coordinata ed integrata dei servizi sanitari e socio-assistenziali; definizione di ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi e titolarità delle funzioni istituzionali in capo ai comuni singoli o associati; attribuzione di nuovi compiti ai comuni in materia socio-assistenziale (particolarmente per i provvedimenti amministrativi e civili rivolti ai minori).

Tutto questa operazione è avvenuta in un contesto di relativo ampliamento degli interventi di sicurezza sociale (pensioni; sanità; sostegno alla produzione ed al mercato del lavoro) di cui l'assistenza è parte integrante.

-ANNI OTTANTA

Dopo il biennio 1977-1978 non vi sono più stati coerenti processi legislativi nazionali per completare il disegno istituzionale abbozzato dal DPR 616.

In negativo va infatti rilevata la mancata approvazione di una legge-quadro in materia socio-assistenziale. Permane inoltre un divario fra organizzazione sanitaria ed organizzazione dei servizi socio-assistenziali. Infatti le funzioni politico-amministrative dell'assistenza possono svolgersi sia a livello degli organi dell'associazione intercomunale, sia a livello di singoli comuni. In secondo luogo il personale impegnato nel settore ha uno status giuridico ed economico differente da quello impiegato nella sanità. Inoltre le risorse finanziarie confluiscono in un fondo regionale distinto da quello sanitario (che è soggetto ad un vincolo tassativo di destinazione ai sensi dell'art. 51 della Legge n. 833 del 1978). Infine le procedure della pianificazione assistenziale regionali e locali sono distinte da quella della pianificazione sanitaria.

Questa situazione di incertezza normativa statale è stata parzialmente affrontata da una autonoma azione regionale. Infatti in diverse realtà territoriali è stata elaborata una specifica legislazione riorganizzativa che si pone l'obiettivo di regolare aree operative importanti, come l'interconnessione fra soggetti pubblici e soggetti privati nell'erogazione di servizi alle persone.

Se dunque gli anni settanta sono caratterizzati da una dialettica fra stato e regioni che ha portato a consolidare il ruolo di queste ultime, gli anni ottanta mettono in evidenza la crescita di una più precisa strumentazione programmatica ed amministrativa, tale da porre in termini sostanzialmente diversi rispetto agli anni precedenti il risultato politico di ottenere la riforma dell'assistenza.

Sono anche mutate le dimensioni e la qualità dei problemi. Gli storici squilibri socio-economici dell'Italia producono un intreccio fra nuovi e vecchi bisogni e molti di questi effetti si riversano sul sistema dei servizi. Nel corso degli anni ottanta vi è stato un aumento della domanda di assistenza socio-sanitaria ed anche una sua diversificazione interna. Per esempio vi sono nuovi fattori di crescita della spesa ed una modifica della sua composizione correlati all'esplodere di particolari situazioni problematiche. Si pensi all'incremento della popolazione anziana (in particolare i non autosufficienti) che sollecita fortemente il sistema. Crescono di importanza questioni sociali legate ai fenomeni della mobilità geografica (stranieri provenienti dall'Africa, Asia e America Latina; emigranti che ritornano nelle comunità di origine; zingari; ecc.). Vi sono problemi umani di grande complessità all'interno di aree "tradizionali" di intervento come i malati di Aids, i tossicodipendenti "stabilizzati", i malati psichici gravi. Nello stesso tempo aumentano di significato gli interventi promozionali di nuove forme di socialità, come i "progetti giovani", che non possono essere affrontati secondo culture di tipo assistenzialistico.

La contraddizione di fondo consiste nel fatto che il comparto dei servizi socio-assistenziali si trova nella difficilissima situazione di dovere intervenire su problematiche tipiche delle società moderne e contemporaneamente di continuare ad essere mantenuto in un ruolo "residuale" rispetto ad altri compiti dello stato.

Diventa perciò necessario agire fortemente sulla "cultura dei servizi" ed è anche secondo questa ottica operativa che deve essere orientata l'attuale politica regionale.

- LEGGI REGIONALI DI RIORDINO
- SITUAZIONE e LINEE EMERGENTI

2.Le leggi regionali di riordino

Undici regioni hanno una organica legislazione sui servizi socio-assistenziali. Si tratta di: Basilicata; Calabria; Emilia-Romagna; Friuli Venezia Giulia; Liguria; Lombardia; Piemonte; Sardegna; Sicilia; Umbria; Veneto. Inoltre la Toscana e l'Abruzzo hanno leggi istitutive di un fondo regionale per il finanziamento delle funzioni socio-assistenziali che consentono di assimilarle alle precedenti.

Le leggi di riordino conferiscono all'organizzazione dell'assistenza una fisionomia più compiuta, poiché intervengono su alcuni fattori essenziali dello sviluppo del settore: le modalità di gestione delle attività pubbliche e loro rapporti con quelle private; le procedure di programmazione; le strutture organizzative e relativo personale; il riparto dei mezzi finanziari; la classificazione delle prestazioni.

In queste leggi è rintracciabile una generale condivisione per quanto concerne i principi e le finalità, che possono essere sintetizzati in obiettivi di: uguaglianza dei cittadini e superamento delle distinzioni basate sulle categorie assistenziali; prevenzione e rimozione delle cause che provocano situazioni di bisogno; partecipazione dei cittadini alla gestione, controllo e programmazione; mantenimento nell'ambiente e reinserimento sociale; integrazione fra servizi sociali e sanitari; interventi alternativi all'istituzionalizzazione.

Più in particolare i contenuti normativi delle leggi regionali di "riordino" o di "riorganizzazione" hanno cominciato a definire da un lato il rapporto fra la titolarità comunale delle funzioni di governo dei servizi sanitari e il suo effettivo esercizio, e dall'altro gli strumenti e le modalità per realizzare l'integrazione fra servizi socio-assistenziali e sanitari.

Un punto cruciale è certamente l'interconnessione fra "sistema delle USL", quali strumenti operativi del servizio sanitario nazionale a livello locale, e "sistema delle

autonomie locali" con particolare riferimento ai comuni. E purtroppo il recente disegno di legge del Consiglio dei ministri "Ordinamento delle autonomie locali" non chiarisce questo nodo istituzionale. Anzi per certi versi provoca una nuova frammentazione quando crea le "istituzioni" per l'esercizio di servizi sociali senza rilevanza imprenditoriale (art.23) o quando attribuisce alle province "servizi socio-sanitari nonché di igiene e profilassi pubblica" (art.17).

La mancanza di chiarezza da parte del livello centrale sul ruolo dell'associazione dei comuni, quale sede concreta di gestione e realizzazione congiunta di tutti i servizi alla persona, ha comportato scelte diverse in ordine alla ripartizione dei compiti fra i vari livelli istituzionali.

-ASSETTO ISTITUZIONALE

Ciascuna regione italiana ha affrontato in relativa autonomia il problema della distribuzione delle competenze socio-assistenziali fra comuni ed associazioni di comuni (che, nella maggior parte dei casi sono gli organi di gestione delle USL). Le spinte in conflitto sono da un lato la difesa della autonomia comunale nella gestione dei servizi socio-assistenziali, dall'altro le esigenze di una adeguata scala dimensionale per esercitare in modo corretto e funzionale il compito di offrire servizi alla collettività e quello di realizzare l'obiettivo di integrazione con il sanitario.

Emerge certamente un orientamento piuttosto diffuso a sollecitare la gestione integrata ed associata, tramite l'USL, dei due compatti. Tuttavia l'indicazione a gestire in forma associata la materia socio-assistenziale non è mai generalizzata a tutte le attività la Tavola 1 riporta un quadro sintetico, comprendente anche le regioni che non hanno una legge di riordino, delle varie situazioni territoriali.

A titolo esemplificativo si riportano con maggiori dettagli alcune soluzioni adottate.

La Regione Veneto distingue le attività da esercitarsi in forma associata (assistenza ai portatori di handicaps; gestione delle strutture tutelari e residenziali miste per handicappati; consultori familiari; prevenzione delle tossicodipendenze) dalle attività di competenza dei singoli comuni (asili nido; centri sociali e asili notturni; strutture residenziali per minori contributi economici per l'equo canone; contributi per il minimo vitale; interventi per emigrati ed immigrati; interventi economici per soggiorni climatici; assistenza domiciliare e di protezione sociale). Per i comuni singoli che ne facciano richiesta è comunque possibile richiedere la gestione associata di alcune di queste attività.

La Regione Piemonte prevede la gestione associata per l'intera materia socio-assistenziale, ma contempla anche la possibilità di deroga: i comuni singoli possono,

tramite apposita procedura, gestire direttamente servizi ed interventi di assistenza economica, assistenza domiciliare, gestione delle strutture tutelari, con bacini di utenza comunali.

La Regione Lombardia colloca a livello USL: le attività consultoriali nell'area materno-infantile; la prevenzione, risocializzazione e reinserimento dei malati di mente; la prevenzione, risocializzazione e reinserimento dei tossicodipendenti ed alcolisti. E colloca a livello comuni singoli: gli asili nido; i centri diurni per minori e anziani; l'assistenza domiciliare; le case albergo; le case di riposo. Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani non autosufficienti ricoverati, l'assistenza agli handicappati gravi e gravissimi, e gli interventi sui minori a rischio l'orientamento è quello di collocare l'esercizio di tali funzioni a livello di USL. Tuttavia in questi ultimi casi i comuni singoli, purché abbiano una adeguata capacità gestionale, possono chiederne l'esercizio.

La Regione Friuli Venezia-Giulia prevede la gestione associata per una serie di funzioni (assistenza sociale agli adulti, agli handicappati; assistenza domiciliare; gestione delle strutture residenziali e tutelari con bacino d'utenza sovracomunale) lasciando ai comuni singoli la possibilità di delegare alle USL la gestione di altre funzioni di cui sono titolari.

La Regione Liguria prevede lo strumento delle "intese" o di "altre forme associative" fra comuni per la organizzazione e la gestione dei servizi sociali.

Le concrete scelte legislative possono essere aggregate in tre tendenze:

a) regioni nelle quali si riscontra un più deciso orientamento verso la gestione delle funzioni socio-assistenziali in capo alle associazioni dei comuni o alle USL (Basilicata, Piemonte, Toscana e Umbria, fra quelle con leggi di riordino, oltre a Campania e Valle d'Aosta);

b) regioni che attribuiscono la gestione delle funzioni socio-assistenziali in parte ai comuni singoli ed in parte alle associazioni di comuni o USL , prevedendo contemporaneamente forme di collegamento fra i due livelli (Emilia Romagna, Lombardia, e Veneto, tutte con leggi di riordino);

c) regioni che tendono alla separazione dei due livelli e dunque a lasciare tutte o quasi le funzioni socio-assistenziali ai singoli comuni (Calabria, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Liguria, Sardegna, fra quelle con leggi di riordino e inoltre Lazio, Marche, Molise, Puglia e le province autonome di Bolzano e Trento).

-LE PROVINCE

Per quanto riguarda le province, queste continuano ad essere titolari di residue funzioni socio-assistenziali che potrebbero invece trovare una più corretta collocazione all'interno del sistema dei servizi sociali che si è venuto definendo a partire dal 1977.

Le legislazioni regionali di riordino tendono a promuovere l'affidamento delle suddette competenze alle associazioni dei comuni e USL, tramite lo strumento amministrativo della convenzione, in coerenza con il principio della integrazione dell'offerta di prestazioni e della loro gestione il più possibile unificata in un unico ente gestore. In tale operazione è tuttavia possibile rilevare differenze di impostazione fra le regioni che indicano in modo preciso l'obiettivo del convenzionamento (Emilia-Romagna; Friuli V.G; Lombardia; Umbria), quelle che suggeriscono solamente tale possibilità (Basilicata; Calabria; Liguria; Piemonte; Sardegna; Sicilia; Toscana) e quelle che invece ribadiscono la titolarità dei compiti delle province (Veneto).

-VOLONTARIATO

-PROGETTI NAZIONALI DI RIFORMA DELL'ASSISTENZA

4. I progetti nazionali di riforma dell'assistenza

A più di 15 anni dall'attivazione delle politiche regionali in campo socio-assistenziale (partendo dai decreti delegati del 1972) oggi la legge nazionale di riforma dell'assistenza è ancora necessaria soprattutto per dare chiarezza ai flussi finanziari che passano dallo Stato alle regioni ed ai comuni.

Gli assessori regionali all'assistenza fin dal 1986 hanno sostenuto l'esigenza di una legislazione nazionale organica sui servizi socio-assistenziali che regoli in particolare: l'accorpamento delle spese assistenziali pubbliche in un fondo nazionale a destinazione vincolata da erogarsi tramite le regioni; la individuazione delle modalità di definizione di piante organiche nell'area sociale; l'elaborazione di standards relativi alle prestazioni ed alla loro qualità ed i necessari connessi impegni di spesa.

Vi sono problemi che non possono essere affrontati senza una legge-quadro statale. Basti ricordare che la previsione del trasferimento di una parte delle Istituzioni pubbliche di assistenza e previdenza (Ipab) ai comuni è stata sospesa da una sentenza della Corte costituzionale che ha sostenuto l'impossibilità delle regioni a

legiferare in materia senza il presupposto di una legge nazionale in materia(e la cui approvazione, é opportuno rammentare, veniva prevista dal D.P.R. 616 entro il 1978).

In tempi più recenti la Corte costituzionale é ancora intervenuta sulla questione delle Ipab facendo una distinzione fra quelle "pubbliche" e quelle "private", dichiarando l'illegittimità costituzionale della legge n.6972 del 1890 (cosiddetta "legge Crispi") "nella parte in cui non prevede che le IPAB regionali ed infraregionali possano continuare a sussistere assumendo la personalità giuridica di diritto privato, qualora abbiano tuttora i requisiti di una istituzione privata".

Nel 1987,con l'avvio della X legislatura, sono stati ripresentati da alcuni partiti progetti di riforma dell'assistenza negli stessi testi della fase parlamentare precedente: due della Democrazia cristiana (Foschi e altri; Martinazzoli e altri) e uno del PSI (Aniasi ed altri).

Va subito osservato che, per contenuto e struttura, essi tengono in scarsa considerazione i processi legislativi nel frattempo avviati dalle regioni. Anche per questi motivi contemporaneamente alcuni assessori regionali all'assistenza e più recentemente la Regione Toscana hanno elaborato propri progetti in materia.

In questi progetti emerge una generale condivisione attorno agli obiettivi culturali che si sono affermati in particolare negli anni '70: integrazione fra servizi sociali e sanitari (e con gli altri settori delle politiche sociali); sviluppo di servizi aperti; partecipazione dei cittadini; prevenzione delle cause di emarginazione; diritto dei cittadini a fruire in condizioni di uguaglianza dei servizi; il reinserimento sociale; la tutela giuridica dei soggetti incapaci. Anche per quanto riguarda i compiti e le prestazioni vi é uniformità di indirizzi: promozione all'uso dei servizi;informazione sui diritti; prestazioni ordinarie (definite con leggi statali) e straordinarie (affidate ai comuni).

Per quanto concerne i destinatari dei servizi é generalmente affermato l'universalismo delle prestazioni (diritto di tutti i cittadini a fruire dei servizi). E' prevista l'estensione agli stranieri ed apolidi.

Pure condivisa é la possibilità di chiedere agli utenti il concorso al costo delle prestazioni. Il progetto Martinazzoli, in particolare, definisce abbastanza in dettaglio le condizioni ed i requisiti per definire lo "stato di bisogno".

Una sostanziale convergenza é riscontrabile per quanto concerne le competenze dello Stato, anche se sono divergenti le posizioni in ordine al Ministero cui farebbero riferimento i servizi socio-assistenziali: non precisato nel progetto Foschi; Ministero della sanità (opportunamente riordinato) per il progetto Martinazzoli; Ministero della sicurezza sociale per gli assessori regionali; Ministero per gli affari sociali per la Toscana. Inoltre il progetto Foschi e quello toscano non prevedono il Consiglio

nazionale della sanità e dei servizi sociali (chiamato "della sicurezza sociale" nel progetto degli assessori).

Per quanto riguarda il ruolo delle regioni non ci si discosta dall'ordinamento generale. Tutti prevedono specifici strumenti programmatori individuati nei "piani di sviluppo dei servizi sociali".

Il progetto degli assessori elenca in modo puntuale alcuni compiti amministrativi affidati agli enti regionali:requisiti per l'iscrizione ai registri; criteri per le convenzioni;parametri per facilitare gli appalti delle cooperative di solidarietà sociale;criteri per l'entità del costo dei servizi;misure dei rimborsi ai privati.

E' comunque generalizzato un modello istituzionale che prevede una collaborazione fra soggetti pubblici e privati all'interno di criteri generali fissati dalla regione.

Esce confermato il ruolo programmatorio sub-regionale delle province e pertanto tali enti vengono sollevati dai residui compiti socio-assistenziali che ancora mantengono. Nel progetto della Toscana emerge un ruolo più forte delle province dove si afferma che adottano un piano provinciale a cui si conformano i programmi comunali.

In linea di principio il rapporto comuni-usl é affrontato nello stesso modo:i comuni sono i titolari di tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sociale.

Tuttavia le maggiori divergenze si registrano in ordine all'esercizio delle funzioni: i progetti Martinazzoli e Foschi lasciano aperta la possibilità a più soggetti istituzionali (comuni,unità socio-sanitarie locali ,organi di decentramento); nel progetto degli assessori ed in quello Aniasi é la legge regionale a distribuire l'attribuzione delle funzioni; in generale é previsto che i "servizi di base" (non meglio precisati) vengano esercitati dai comuni.Il progetto toscano prevede la possibilità di "intese" per svolgere specifici servizi per conto di altri comuni senza istituire appositi organi di gestione.

Per quanto riguarda le procedure programmate ,i comuni singoli e associati elaborano il piano locale dei servizi sociali ("programma di assistenza sociale" nel progetto toscano).

Generalizzata é la previsione delle convenzioni con i privati.

In ordine alle Ipab tutti i progetti prevedono l'esclusione dal trasferimento delle istituzioni aventi struttura associativa e di quelle di ispirazione religiosa. Anche le procedure di riconoscimento sono abbastanza simili. Va però fatto rilevare che mentre i progetti della DC affidano il compito di produrre gli elenchi delle Ipab non trasferibili alla regione, il progetto socialista lo attribuisce al Presidente del consiglio.

Il progetto socialista non menziona, per quanto riguarda la esclusione dal trasferimento, le istituzioni promosse ed amministrate da privati, né quelle che svolgono attività di istruzione ed altre categorie.

Le Ipab escluse continuano a sussistere come enti morali (persone giuridiche private nel progetto della Toscana).

Il progetto degli assessori sostanzialmente prevede il mantenimento delle Ipab, poichè con atto del Consiglio di amministrazione queste possono chiedere di conservare la posizione giuridica posseduta assumendo la denominazione di "istituzioni pubbliche di assistenza".

Emerge un modello di utilizzo delle risorse pubbliche e private il cui "governo" è affidato alle regioni per mezzo delle proprie funzioni programmatiche e di appositi "registri regionali delle istituzioni private"(e del volontariato per il progetto degli assessori).

E' generalmente riconosciuta la funzione di utilità sociale del volontariato, anche se con enfasi diverse nei vari progetti.

Il progetto Martinazzoli e quello degli assessori entrano nel merito della definizione delle organizzazioni di volontariato (mentre quello della Toscana fa riferimento anche al volontario singolo che non si riconosce in precise strutture associative).

Gli stessi progetti definiscono in modo puntuale ruoli e funzioni delle cooperative di solidarietà sociale.

Tutti i progetti prevedono il fondo nazionale per i servizi sociali.

Il progetto socialista è più preciso degli altri in riferimento alle modalità di ripartizione. Inoltre esso individua specifiche quote di finanziamento da destinare alle attività socio-sanitarie ed a carico sia del fondo sociale che di quello sanitario.

Tutti i progetti (tranne quello toscano) precisano la distinzione tecnico-contabile delle gestione dei servizi assistenziali.Tuttavia occorre rilevare che la parte più debole è quella relativa ai finanziamenti: è qui che manca una nuova impostazione del problema. Il fatto che solo un progetto definisca in modo più preciso la dimensione economica (anche se in modo discutibile, perché in sostanza il progetto socialista individua ben tre flussi finanziari: sanitario; socio-assistenziale e socio-sanitario) è un indicatore del fatto che la cosiddetta "residualità" di questo comparto delle politiche pubbliche è ancora prevalente, al di là delle intenzioni di invertire la rotta e considerare i servizi non solo come consumo, ma anche come "risorsa".

Per quanto riguarda il personale è generalizzata la delega al governo in specifiche materie (professioni socio-assistenziali; ordinamento delle scuole; riqualificazione). Il progetto socialista prevede ruoli nominativi regionali del personale addetto alle attività di assistenza.Una forma giuridica sostanzialmente simile, soprattutto per il

personale assunto direttamente per l'esercizio delle funzioni in forma associata, individuata nel progetto degli assessori.

In conclusione occorre osservare che l'eventuale approvazione della legge nazionale di riforma dell'assistenza si colloca in un contesto molto diverso rispetto alla fine degli anni '70, poiché il processo politico-amministrativo regionale è andato avanti ed ha consolidato situazioni organizzative nuove che non sempre possono conciliarsi all'interno di un quadro statale rigido e predefinito.

Oggi ciò che è indispensabile per lo sviluppo di politiche innovative è una maggiore certezza in ordine ai finanziamenti ed alla rete delle istituzioni locali (il riferimento è alla riforma delle autonomie locali) in modo tale da consentire una programmazione su scala regionale capace di valorizzare ed integrare effettivamente le risorse esistenti.

-RUOLO DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

-PIANI REGIONALI

Le procedure programmate previste dalle singole legislazioni regionali forniscono ulteriori elementi di informazione per definire il quadro delle politiche in materia di servizi sociali.

In alcuni casi si attribuiscono specifici ruoli istruttori e di coordinamento alle associazioni di comuni o USL (Lombardia, Piemonte, Umbria, Veneto); in altri casi si privilegia un diretto rapporto fra regione e singoli comuni (Liguria, Sardegna) oppure si individua come interlocutore intermedio la provincia (Emilia-Romagna).

-PIANI E PROGETTI

La pianificazione dei servizi sociali è un processo complesso che dà rilievo all'identità del sistema dell'intervento sociale. Inoltre è indispensabile per rafforzare il processo di costruzione dell'"area sociale" quale settore con specifiche conoscenze e competenze tecnico-gestionali.

-RIFORMA DELLA L 833

Le recenti proposte avanzate dal Ministro della sanità per la riforma della legge 833/78 esprimono una tendenza ad accentuare la separatezza fra sistema delle autonomie locali a competenza "generale" e sistema di governo dei servizi sanitari.

