

**Politica locale dei servizi sociali  
Problemi di bilancio e di partecipazione**

AA. VV.

## SOMMARIO

<b>PRESENTAZIONE</b> . . . . .	<b>Pag.</b>	<b>5</b>
<b>PER UNA POLITICA LOCALE DEI SERVIZI: IL PUNTO SULLE INIZIATIVE DEL 1973</b>		
<b>Carlo Trevisan</b> . . . . .	»	7
<b>PER UNA DEFINIZIONE DELLA PARTECIPAZIONE POLITICA E UNA SUA APPLICAZIONE NEL CAMPO DELLA PROGETTAZIONE OPERATIVA DELL' U. L. S.</b>		
<b>Enzo Morgagni</b> . . . . .	»	73
<b>PROBLEMI DI BILANCIO</b>		
<b>Felice Vian</b> . . . . .	»	117
<b>ESPERIENZA PER LA FORMAZIONE E LA GESTIONE DEL PIANO PLURIENNALE E DEL BILANCIO DI PREVISIONE ANNUALE NEL QUADRO DI UNA POLITICA DI DECENTRAMENTO E DI PARTECIPAZIONE</b>		
Comune di Bologna - Assessorati al Bilancio e al Decentramento - Documentazione presentata da <b>Giuliano Pazzeschi</b>	»	123
<b>L'ESPERIENZA DEI QUARTIERI DI BOLOGNA: STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE POPOLARE, PRECISI POTERI AGLI ORGANISMI DECENTRATI E AGLI ENTI LOCALI PER UN RINNOVAMENTO GENERALE DELLA POLITICA LOCALE</b>		
Comune di Bologna - Assessorato al Decentramento - Documentazione presentata da <b>Erasmus Caselli</b>	»	133
<b>L'ESPERIENZA DI PIANIFICAZIONE COMPRESORIALE A FAENZA</b>		
Comune di Faenza - Documentazione presentata da <b>Guglielmo Bertoni e Gabriella Mercatalli</b>	»	147
<b>SPERIMENTAZIONE DI POLITICA LOCALE DEI SERVIZI SOCIALI</b>		
Comune di Mirano - Documentazione presentata da <b>Silvana Giraldo</b>	»	177
<b>SPERIMENTAZIONE DEI DISTRETTI VERSO L'UNITÀ COMPRESORIALE DEI SERVIZI</b>		
Comune di Ravenna - Documentazione presentata da <b>Enzo Morgagni</b>	»	187
<b>UN'ESPERIENZA DI PARTECIPAZIONE</b>		
Comune di Pinerolo - Documentazione presentata da <b>Angela M. Maccotta Ceccarelli</b>	»	217
<b>DOCUMENTO CONCLUSIVO</b>		
A cura dei partecipanti al seminario . . . . .	»	225

## PRESENTAZIONE

La presente Documentazione si inserisce in un discorso che è stato oggetto di riflessione e di ricerca in tutta una serie di seminari della Fondazione « E. ZANCAN » e ne costituisce una tappa significativa.

Il discorso è partito ancora nel lontano 1966 dall'ambito territoriale della politica sociale e si è sviluppato, in successivi seminari, intorno alla programmazione regionale, al modello della unità locale, agli aspetti istituzionali del Comune come possibile ambito di concretizzazione di una politica locale dei servizi sociali.

La partecipazione e il bilancio sono due temi chiave che qualificano e condizionano sostanzialmente tale politica.

Il metodo di presentazione è quello teorico-sperimentale: i temi sono sviluppati e approfonditi utilizzando le esperienze documentate dei partecipanti al seminario.

Di conseguenza la Documentazione contiene la presentazione dei due temi e l'analisi di esperienze documentate relative ai temi stessi. Il raccordo con le precedenti fasi della ricerca è dato da una informazione critica sulle iniziative del 1973 in ordine al tema generale. Le considerazioni critiche circa le problematiche incontrate nell'attuazione delle esperienze, nonché interessanti indicazioni operative, sono contenute nel documento di sintesi che conclude la Documentazione.

**PER UNA POLITICA LOCALE DEI SERVIZI:  
IL PUNTO SULLE INIZIATIVE DEL 1973**

**Carlo TREVISAN,  
dell'Ufficio Studi A.A.I. - Roma**

L'anno scorso, in apertura del secondo seminario su « *I Comuni di fronte all'unità locale* » \* abbiamo fatto il punto sul dibattito « culturale » sviluppatosi negli anni sessanta sul tema della pianificazione ed organizzazione locale dei servizi, cioè sull'unità locale.

Ora — di fronte alla preoccupazione che tutto si potesse congelare ed insabbiare in acquisizioni di principio, caso mai da rinverdire al momento in cui le riforme si faranno — abbiamo la sensazione che la questione non è più ibernata e che qualcosa, anche se faticosamente (e ciò è logico), si va muovendo. Il merito — è lampante — va ad alcune Regioni e agli amministratori regionali (con i loro collaboratori) che hanno avuto il coraggio di rischiare l'apertura di una vertenza sul tema. Hanno rifiutato i piagnistei sterili sulle poche competenze trasmesse dallo Stato, non si sono trincerati dietro la scarsità di mezzi, non si sono adagiati nel proseguire una piatta amministrazione burocratica e centralistica. Avevano capito — ed hanno agito coerentemente — che questa, ed ora, era l'occasione per tentare un cambiamento di rotta. Ed hanno puntato tutto sui Comuni e sui loro consorzi.

Ma cerchiamo di documentare, con ordine, le tappe salienti di questa marcia verso l'unità locale durante il 1973.

#### A) I PROGETTI DI LEGGE-QUADRO

Mi sembra opportuno far riferimento a quattro « settori », da tener presenti perché — anche se con ottica parziale — possono tutti portare ad una concretizzazione della « politica locale dei servizi »: la riforma dell'assistenza, la riforma sanitaria, l'avvio delle comunità montane, l'istituzione dei distretti scolastici.

1. Circa la riforma dell'assistenza è noto che quattro sono i progetti di legge quadro presentati in Parlamento in questa legislatura. Basti citare qui — rinviando alla lettura globale dei pro-

---

\* Si vedano gli atti nella « Documentazione » n. 9, Fondazione « Emanuela Zancan », Padova, 1973, ristampata nel 1974.

getti — gli articoli che fanno più direttamente riferimento alla politica locale (Comuni e unità locali).

Cronologicamente occorre partire dalla proposta di legge del P.S.I. (Camera dei Deputati, on. Signorile e Magnani Noya, 30.5.72, n. 142: « Riforma dell'assistenza pubblica e organizzazione dei servizi sociali »):

Art. 2 - I servizi sociali regolati dalla presente legge quadro debbono garantire a ciascuna persona il mantenimento di normali condizioni di vita nel tessuto delle relazioni familiari e sociali. Essi avranno, in conseguenza, carattere aperto, cioè di appoggio allo svolgimento delle normali funzioni sociali dell'individuo e della famiglia.

Dovrà essere garantito a tutti i cittadini italiani ed ai cittadini stranieri che si trovano nel territorio italiano, l'accesso ai servizi sociali, eliminando nella organizzazione di essi ogni forma di discriminazione conseguente a particolari condizioni giuridiche dei richiedenti.

Si dovrà infine favorire la partecipazione delle formazioni sociali della popolazione alla gestione dei servizi.

Art. 6 - I comuni e i consorzi di comuni preposti alla gestione dei servizi sociali, mediante l'istituzione delle unità locali dei servizi sociali, le quali saranno opportunamente collegate con le unità sanitarie locali.

La Regione procederà a stabilire le forme e i modi del collegamento di cui al precedente comma.

La successiva proposta di legge è del P.C.I. (Camera dei Deputati, on. Lodi e altri, 7.7.72, n. 426: « Norme generali sull'assistenza e beneficenza pubbliche »):

Art. 5 - ...La regione con propria legge:

a) fissa le norme generali per la istituzione, la organizzazione e la gestione da parte dei comuni singoli o associati del complesso unitario di base dei servizi sociali, idoneo a soddisfare l'insieme delle esigenze sociali e assistenziali della popolazione, a garantirne il carattere decentrato e la partecipazione diretta dei cittadini;

b) promuove, in accordo con i comuni, la ripartizione del territorio in comprensori comunali e intercomunali...

Art. 6 - I comuni singoli o associati:

a) assicurano l'esercizio degli interventi sociali secondo le finalità generali della presente legge e secondo la normativa regionale attraverso la gestione diretta e decentrata del complesso dei servizi sociali localizzati nel loro territorio;

b) assicurano il diritto fondamentale dei cittadini di partecipare alla gestione del complesso di base dei servizi sociali e dei singoli servizi, a tutti i livelli e nei momenti di decisione, operativi e di controllo, attraverso l'intervento delle famiglie e delle rappresentanze delle formazioni organizzate nel territorio;

c) concorrono alla formazione degli obiettivi del programma regionale di sviluppo dei servizi sociali...

La terza proposta è quella di un gruppo di parlamentari della D.C. (Camera dei Deputati, on. Foschi, Cassanmagnago e altri, 1.2.73, n. 1609: « Legge quadro di riforma dell'assistenza »):

Art. 11 - I comuni ed i consorzi di comuni al fine di garantire la presenza dei necessari servizi sociali assistenziali istituiscono le unità locali dei servizi sociali, definite con legge regionale sentiti i comuni e le province interessate.

Con legge regionale vengono stabiliti:

1) il regolamento dell'unità locale dei servizi sociali intesa come speciale organizzazione tecnica con propria gestione non dotata di autonoma capacità giuridica;

2) l'ambito territoriale di competenza dell'unità locale determinato a livello sub-comunale, comunale o inter-comunale -- in coordinamento con le unità sanitarie locali -- in modo da garantire, per omogeneità di strutture economico-sociali, culturali e per dimensioni ed effettiva possibilità di comunicazione, il migliore accesso ai servizi e la partecipazione ai cittadini;

3) le dotazioni di attrezzature e di personale, in relazione ai programmi stabiliti dalla regione, dai comuni e dai consorzi di comuni;

4) la sfera di intervento delle unità locali le quali dovranno, comunque, provvedere nell'ambito del proprio territorio e nel quadro della programmazione, in coordinamento con le unità sanitarie locali, a:

a) svolgere attività di segretariato sociale;

b) svolgere attività di consultorio familiare per la consulenza interdisciplinare diagnostica e di primo trattamento per tutti i casi riferibili all'esperienza familiare;

c) fornire interventi di ordine economico per urgenti necessità e servizi adeguati per particolari condizioni di difficoltà in cui versino i singoli cittadini e le famiglie, inclusi i servizi di assistenza domiciliare;

d) svolgere opera di vigilanza nei confronti delle iniziative assistenziali pubbliche e quelle di cui all'articolo 20 (le istituzioni private di utilità sociale).

Art. 12 - Il consiglio comunale e gli organi del consorzio dei comuni nominano il direttore tecnico dell'unità locale dei servizi sociali che esercita le attribuzioni conferitegli da disposizioni legislative e di regolamento e dal consiglio comunale o dagli organi del consorzio.

La partecipazione dei cittadini alla programmazione ed alla gestione dei servizi è assicurata da una commissione consultiva che affianca il direttore tecnico ed è composta da rappresentanti designati dalle formazioni sociali operanti nel territorio, e dagli operatori sociali qualificati nel settore.

Con legge regionale vengono regolamentate le attività e le competenze del direttore tecnico dell'unità locale dei servizi sociali, della commissione consultiva ed i criteri per l'elaborazione e l'approvazione dei bilanci preventivo e consuntivo e del programma di attività dell'unità locale, che dovranno essere approvati dal consiglio del comune o dagli organi del consorzio dei comuni.

E' da tener presente che un disegno di legge, in stesura identica, è stato presentato al Senato dalla senatrice Falcucci ed altri.

L'A.N.E.A. (Associazione nazionale fra gli enti di assistenza) che da tempo stava elaborando un suo progetto lo ha presentato ai due rami del Parlamento con propri dirigenti: alla Camera dei

Deputati (on. Artali, n. 1674, 15.2.73) ed al Senato (sen. Signorello e Dal Canton, n. 843, 7.2.73: « Legge quadro sui servizi sociali e sulla riforma della pubblica assistenza »):

Art. 7 - La legge regionale, al fine di dare unità di indirizzo e organizzazione alla gestione dei servizi sociali, prevede l'istituzione nei Comuni, anche in tempi diversi, di Centri di assistenza sociale aventi il carattere di servizio comunale e autonomia patrimoniale e di gestione, determinandone le fondamentali caratteristiche tecnico-funzionali e garantendo forme di partecipazione dei cittadini alla loro gestione.

Le modalità di istituzione e di gestione dei servizi sociali sono disciplinate dalla legge regionale nell'ambito dei seguenti criteri fondamentali:

1) di norma per i Comuni maggiori la legge regionale può, su proposta del Consiglio comunale, istituire più centri di assistenza sociale, di cui al successivo articolo 8. Per gruppi di Comuni minori la legge può istituire centri consorziali. La stessa legge dovrà fissare precise norme per assicurare il coordinamento e l'unità di indirizzo fra i Centri di assistenza sociale di uno stesso Comune, per l'attribuzione delle attività patrimoniali e per la destinazione e la gestione degli istituti assistenziali attualmente gestiti dagli ECA;

2) ogni Centro di assistenza sociale è diretto da un comitato amministrativo eletto dal Consiglio comunale o dall'assemblea del Consorzio;

3) sono sottoposte all'approvazione del Consiglio comunale o dell'assemblea del consorzio le delibere del Comitato amministrativo riguardanti:

a) programmazione assistenziale;

b) bilanci preventivi e conti consuntivi;

c) pianta organica e salari del personale e relativi stipendi;

d) regolamenti;

e) contratti, modificazioni di patrimonio o altri provvedimenti, che vincolino il bilancio oltre l'esercizio in corso;

4) contro i provvedimenti in materia di ammissione ai servizi sociali il cittadino può ricorrere al comitato amministrativo del Centro, che decide con motivata delibera.

Art. 8 - I Centri di assistenza sociale provvedono a:

a) gestire direttamente i servizi sociali di cui alla presente legge e alle leggi della Regione;

b) proporre al Comune o al Consorzio convenzioni con istituzioni specializzate riconosciute idonee dai competenti organi regionali per l'attuazione dei servizi sociali;

c) accertare l'esistenza delle condizioni previste dalle leggi dello Stato e della Regione per l'erogazione di prestazioni assistenziali ed in particolare di quelle di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, delle indennità ai ciechi civili di cui alla legge 27 maggio 1970, n. 382, delle indennità ai sordomuti di cui alla legge 26 maggio 1970, n. 381, delle indennità ai mutilati ed invalidi civili di cui alla legge 30 marzo 1971, n. 118, e delle altre prestazioni economiche di cui all'articolo 5 della presente legge;

d) formulare agli organi della Regione, oltre che a quelli del Comune, le proposte ritenute opportune per l'esercizio diretto dell'assistenza sociale e per la costituzione o il riconoscimento delle istituzioni specializzate da utilizzare per i servizi sociali, nonché per la prevenzione delle situazioni che rendono necessario l'intervento delle attività assistenziali;

e) effettuare inchieste sociali per approfondire i problemi di gruppi o

comunità aventi esigenze particolari, sia per favorirne lo sviluppo sociale che per prospettare le necessità assistenziali;

f) attuare le opportune iniziative per assicurare ai singoli soggetti le condizioni necessarie per lo sviluppo della propria personalità, il mantenimento nella famiglia e il migliore inserimento nella società;

g) svolgere altri compiti ad essi affidati dal Comune, anche in rapporto a funzioni delegate dallo Stato e dalla Regione.

Art. 18 - I Comuni svolgono funzioni di indirizzo, di propulsione e di coordinamento dei servizi sociali nell'ambito del territorio di competenza.

In particolare, oltre a quanto previsto dall'articolo 7 della presente legge:

a) accertano le concrete esigenze del territorio di propria competenza ai fini della istituzione dei servizi sociali e le indicano alle rispettive Regioni per la formulazione dei programmi assistenziali e per la creazione dei Centri di assistenza sociale;

b) nominano i componenti dei comitati amministrativi dei Centri di assistenza sociale ed approvano i bilanci ed i programmi di attività dei Centri stessi, nonché le deliberazioni dei Comitati amministrativi dei Centri, secondo le norme del precedente articolo 7;

c) concorrono agli oneri per le attività sociali;

d) esercitano funzioni amministrative ed adempiono ai compiti ad essi delegati dalle rispettive Regioni nel settore sociale.

Certo questi articoli più direttamente attinenti al nostro tema vanno inquadrati nella « logica » generale delle varie proposte. Comunque tutte prendono atto della dimensione locale, anche se le prime due proposte mi sembra che siano più collegabili con l'impostazione del tema che si è sviluppata a Malosco in questi anni ed hanno più la caratteristica di una legge-quadro che definisce i principî, lasciando alle Regioni la potestà di una legislazione applicativa. In particolare, la proposta dell'ANEA, al di là della discutibile presenza di questi Centri di assistenza sociale, scende eccessivamente a definire particolari che non mi sembra siano propri di una legge-quadro.

2. Nel campo della eterna elaborazione della Riforma sanitaria, accanto alla proposta di legge dell'on. Mariotti, che in un certo senso ha voluto consegnare al Parlamento il prodotto della sua infruttuosa lotta della scorsa legislatura, e a quella dell'on. Longo e di altri deputati comunisti, c'è da ricordare il discutibile disegno di legge governativo presentato dal sen. Coppo alle organizzazioni sindacali, archiviato però anch'esso con il cambio della guardia governativo.

E' forse più interessante, però — in attesa di una effettiva presentazione di un progetto governativo al Parlamento — far riferimento alle iniziative regionali.

Quelle specifiche, connesse alle attuali competenze regionali,

centrate essenzialmente sul momento preventivo, che hanno dato luogo ad alcune interessanti (anche se necessariamente settoriali) leggi regionali, che tendono — e questo è importantissimo — a creare i presupposti per la costituzione delle unità locali sanitarie. Basti accennare alle prime leggi (altre Regioni si muoveranno su questa falsariga): la legge della Regione Friuli-Venezia Giulia per l'unificazione dei presidi sanitari di base, quella della Lombardia per l'istituzione e la regolamentazione dei Comitati sanitari di zona e per il finanziamento delle iniziative di medicina preventiva, sociale e di educazione sanitaria, quella dell' Emilia Romagna per l'istituzione di un fondo per la prevenzione nei settori della Medicina ed Assistenza.

Quelle più generali, volte a dare un contributo sui contenuti della legge di riforma sanitaria nazionale e soprattutto a premere politicamente perché si esca da questa situazione di stallo che si protrae da anni.

Sugli orientamenti che le Regioni hanno assunto, in particolare, circa il tema del nostro incontro, val la pena di riferirci al loro secondo documento del dicembre 1973 (un primo documento era stato elaborato in occasione del Convegno promosso a Roma dagli Assessorati regionali alla Sanità il 9-10 febbraio 1973):

#### Art. 7 - Costituzione delle unità sanitarie locali.

Le Regioni, con propria legge, promuovono la istituzione, nel loro territorio, delle unità sanitarie locali quali organismi dei Comuni singoli o associati.

A tal fine le Regioni, sentiti i Comuni, ripartiscono il territorio regionale in comprensori aventi, di norma, una popolazione compresa tra i 50.000 e i 100.000 abitanti, in relazione alle caratteristiche geomorfologiche, nosologiche e socio-economiche delle varie zone, salvo limiti inferiori in caso di particolari condizioni orografiche o di scarsa densità demografica e limiti superiori in caso di concentrazioni ad alta densità demografica.

La delimitazione del comprensorio deve coincidere, di norma, con i confini dei Comuni facenti parte della stessa unità e, nelle grandi città, con i quartieri e con le circoscrizioni amministrative.

Con la legge di cui al primo comma, le Regioni indicano la composizione degli organi e le norme di funzionamento delle unità sanitarie locali, secondo i principi fissati dalla presente legge.

#### Art. 8 - Attribuzioni delle unità sanitarie locali.

Le unità sanitarie locali, quali organismi dei Comuni singoli o associati, provvedono a svolgere le funzioni di vigilanza igienico-sanitaria, ad erogare alla popolazione presente nel comprensorio le prestazioni sanitarie di base di carattere preventivo, curativo e riabilitativo, nonché a svolgere le funzioni in materia veterinaria.

Esse provvedono ad esercitare le attribuzioni in materia sanitaria proprie dei Comuni nonché quelle delegate da parte della Regione.

In particolare, l'unità sanitaria locale provvede:

- a) all'igiene dell'ambiente;
- b) alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie;
- c) alla protezione sanitaria materno-infantile;
- d) all'igiene e medicina scolastica negli Istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;
- e) all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla protezione antinfortunistica;
- f) all'assistenza medica generica e specialistica, domiciliare, ambulatoriale ed ospedaliera;
- g) all'igiene mentale;
- h) alla riabilitazione;
- i) all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie;
- l) all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e bevande;
- m) alla profilassi e alla polizia veterinaria, alla ispezione e vigilanza veterinaria sugli animali da macello, sui macelli, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle zoonosi;
- n) alle prestazioni e certificazioni medico-legali;
- o) all'educazione sanitaria.

Le Regioni, in luogo delle unità sanitarie locali, possono istituire unità locali per la gestione dei servizi sociali e sanitari.

Art. 11 - Organizzazione e funzionamento delle unità sanitarie locali.

La legge regionale di cui all'articolo 7, primo comma, deve prevedere, per quanto riguarda la amministrazione delle unità sanitarie locali, un organo deliberante e un presidente. L'organo deliberante è eletto dal Consiglio comunale nel cui territorio è compresa l'unità sanitaria locale ovvero dai Consigli dei Comuni che sono compresi nel comprensorio cui fa capo l'unità sanitaria locale, in modo da garantire la rappresentanza delle minoranze.

La stessa legge regionale può prevedere, in seno al predetto organo deliberante, la costituzione di un organo esecutivo, nel quale sia garantita la presenza delle minoranze.

La legge regionale stabilisce altresì le modalità di funzionamento e organizzazione delle unità sanitarie locali nonché quelle relative alla funzione di indirizzo, da parte dei Comuni, nei confronti delle unità sanitarie locali medesime. La legge regionale stabilisce inoltre l'ambito di autonomia di queste ultime per assicurarne l'efficienza gestionale e operativa.

E' interessante l'acquisizione da parte di tutte le Regioni dell'opportunità di prevedere una unità locale riferita non solo al settore sanitario, ma anche a quello più generalmente sociale.

3. Non è da trascurare, inoltre, il fatto che con la fine del 1973 tutte le Regioni hanno dato attuazione — su piano legislativo — alle Comunità montane, previste dalla legge-quadro nazionale (n. 1102 del 3.12.71) relativa alle « Nuove norme per lo sviluppo della montagna ». Anche se questa iniziativa ha indubbiamente il grosso limite della « settorialità », è certo che ha affrontato un vecchio problema con un metodo nuovo e soprattutto usando la stessa logica che informa il dibattito sull'unità locale: si punta sui Comuni

consorziati, si prevede un piano di sviluppo economico-sociale. Certamente, ove si è già vista la Comunità montana nel quadro delle istituende unità locali (definendola come sottomultiplo), problemi di conflitto e sovrapposizione non si dovrebbero porre, anzi si dovrebbero accelerare i tempi di avvio delle unità locali globali e soprattutto si dovrebbe essere favoriti (proprio per la disponibilità di ulteriori finanziamenti per i Comuni montani più depressi dell'unità locale) nell'azione di riequilibrio in fatto di servizi delle varie zone dell'unità locale. Nelle altre situazioni si pagherà tra poco il fio di una insanabile mania settorialistica, ed il processo di rinnovamento sarà certamente rallentato, per un nuovo pullulare di enti diversi, di politiche settoriali e diverse, di finanziamenti a rigagnolo, con conseguenti sprechi ed insoddisfazione del cittadino.

Senza addentrarci in una analisi delle varie leggi e situazioni regionali, basta qui richiamare alcuni articoli importanti della legge-quadro nazionale citata:

#### Art. 1 - Finalità.

Le disposizioni della presente legge sono rivolte a promuovere, in attuazione degli articoli 44, ultimo comma, e 129 della Costituzione, la valorizzazione delle zone montane favorendo la partecipazione delle popolazioni, attraverso le Comunità montane, alla predisposizione e alla attuazione dei programmi di sviluppo e dei piani territoriali dei rispettivi comprensori montani ai fini di una politica generale di riequilibrio economico e sociale nel quadro delle indicazioni del programma economico nazionale e dei programmi regionali.

#### Art. 2 - Finalità e mezzi per il loro raggiungimento.

La presente legge si propone:

1) di concorrere, nel quadro della programmazione economica nazionale e regionale, alla eliminazione degli squilibri di natura sociale ed economica tra le zone montane e il resto del territorio nazionale, alla difesa del suolo e alla protezione della natura mediante una serie di interventi intesi a:

a) dotare i territori montani, con la esecuzione di opere pubbliche e di bonifica montana, delle infrastrutture e dei servizi civili idonei a consentire migliori condizioni di abitabilità ed a costituire la base di un adeguato sviluppo economico;

b) sostenere, attraverso opportuni incentivi, nel quadro di una nuova economia montana integrata, le iniziative di natura economica idonee alla valorizzazione di ogni tipo di risorsa attuale e potenziale;

c) fornire alle popolazioni residenti nelle zone montane, riconoscendo alle stesse la funzione di servizio che svolgono a presidio del territorio, gli strumenti necessari ed idonei a compensare le condizioni di disagio derivanti dall'ambiente montano;

d) favorire la preparazione culturale e professionale delle popolazioni montane;

2) di realizzare gli interventi suddetti attraverso piani zionali di sviluppo da redigersi e attuarsi dalle Comunità montane e da coordinarsi nell'ambito dei piani regionali di sviluppo.

#### Art. 3 - Classifica e ripartizione dei territori montani.

.....

I territori montani saranno ripartiti con legge regionale in zone omogenee in base a criteri di unità territoriale economica e sociale entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge... Tali delimitazioni saranno adottate dalle regioni di intesa con i comuni interessati.

#### Art. 4 - Comunità montane.

In ciascuna zona omogenea, in base a legge regionale, si costituisce tra i comuni che in essa ricadono la Comunità montana, ente di diritto pubblico. La legge regionale relativa stabilirà le norme cui le Comunità montane dovranno attenersi:

- a) nella formulazione degli statuti;
- b) nell'articolazione e composizione dei propri organi;
- c) nella preparazione dei piani zonalì e dei programmi annuali;
- d) nei rapporti con gli altri enti operanti nel territorio.

Tali norme — per quanto riguarda l'articolazione e composizione degli organi delle Comunità — dovranno, in ogni caso, prevedere un organo deliberante, con la partecipazione della minoranza di ciascun consiglio comunale, ed un organo esecutivo ispirato a una visione unitaria degli interessi dei comuni partecipanti.

Ai fini della preparazione ed esecuzione dei piani zonalì, le Comunità dovranno prevedere il funzionamento di un proprio ufficio e comitato tecnico.

La regione è pertanto competente con proprie leggi a:

1) delimitare le zone e indicare i comuni chiamati a costituire le Comunità montane;

2) emanare le norme di cui al secondo comma;

3) determinare i criteri per ripartire tra le Comunità i fondi assegnati o altrimenti disponibili ai fini della presente legge;

e inoltre è competente a:

4) approvare gli statuti delle singole Comunità;

5) coordinare ed approvare i piani zonalì;

6) regolare i rapporti tra Comunità ed altri enti operanti nel loro territorio.

Le regioni, le province e i comuni possono far uso dell'istituto del comando per il proprio personale, che continua comunque a rimanere ad ogni effetto alle loro dipendenze, a favore delle Comunità montane che ne facciano richiesta.

#### Art. 5 - Piani di sviluppo economico-sociale.

Entro un anno dalla sua costituzione, ciascuna Comunità montana appronterà, in base alle indicazioni dei piani regionali, un piano pluriennale per lo sviluppo economico-sociale della propria zona.

Il piano di sviluppo, partendo da un esame conoscitivo della realtà della zona, tenuto conto anche degli strumenti urbanistici esistenti a livello comunale o intercomunale e dell'eventuale piano generale di bonifica montana, dovrà prevedere le concrete possibilità di sviluppo nei vari settori economici, produttivi, sociali e dei servizi. A tale scopo dovrà indicare il tipo, la localizzazione e il presumibile costo degli investimenti atti a valorizzare le risorse attuali e potenziali della zona, la misura degli incentivi a favore degli operatori pubblici e privati ai sensi delle disposizioni regionali e nazionali...

4. Analoga riflessione si può fare per il distretto scolastico, istituito con la legge nazionale n. 477 del 30 luglio 1973 (quella per intenderci sullo stato giuridico del personale insegnante), che all'art. 7 così dispone:

Art. 7 - Su proposta delle regioni e sentiti gli enti locali e gli organi periferici, il Ministro per la pubblica istruzione procederà alla suddivisione del territorio regionale in comprensori scolastici, di norma subprovinciali, denominati distretti scolastici, nel cui ambito dovrà, di regola, essere assicurata la presenza di tutti gli ordini e gradi di scuola, ad eccezione delle università, delle accademie di belle arti e dei conservatori di musica. Con la stessa procedura si provvederà ad eventuali variazioni.

A livello di distretto sarà istituito il consiglio scolastico distrettuale, organo di partecipazione democratica alla gestione della scuola, presieduto da un membro eletto nel suo seno dal consiglio stesso, e composto dai rappresentanti eletti dei comuni compresi nel territorio del distretto, del personale direttivo e docente della scuola statale e non statale, dei genitori degli alunni, delle forze sociali rappresentative di interessi generali e delle organizzazioni sindacali dei lavoratori.

Il distretto scolastico avrà funzioni di proposta e di promozione per ciò che attiene all'organizzazione e allo sviluppo dei servizi e delle strutture scolastiche, nonché, secondo le direttive generali del Ministro per la pubblica istruzione e di intesa con gli organi provinciali e regionali, per le attività di sperimentazione, per le attività integrative della scuola, per le attività di assistenza scolastica educativa, di orientamento, di assistenza medico-psicopedagogica, per le attività di educazione permanente; compiti consultivi e di proposta al provveditore agli studi e al Ministero della pubblica istruzione per la migliore utilizzazione del personale della scuola, fatte salve le garanzie di legge per il personale stesso, nonché per l'inserimento nei programmi scolastici di studi e ricerche utili alla migliore conoscenza delle realtà locali.

Ai distretti potranno essere affidati o delegati dalla regione compiti di assistenza scolastica.

Il distretto avrà la gestione dei fondi necessari per il proprio funzionamento.

I decreti delegati (*da emanare entro nove mesi*) stabiliranno inoltre:

a) i criteri per la definizione dell'ambito territoriale dei distretti scolastici. Essi terranno conto della consistenza numerica della popolazione, della sua dislocazione e delle esigenze particolari determinate dalla situazione socio-economica del territorio;

b) il numero minimo e massimo dei componenti del consiglio scolastico distrettuale, la ripartizione delle rappresentanze e le relative modalità di elezione;

c) le norme per l'esercizio delle funzioni attribuite al distretto, le cui competenze non dovranno interferire con l'autonomia dei singoli istituti e circoli didattici, né comprendere materie di stato giuridico del personale scolastico;

d) le norme concernenti i rapporti con l'amministrazione scolastica, la Regione e gli altri enti locali, nonché le modalità per il coordinamento interdistrettuale su base provinciale e regionale;

e) le modalità per assicurare la pubblicità dei pareri e delle deliberazioni del consiglio.

Non sottovalutiamo l'istituzione del distretto scolastico che rompe la chiusura assurda che l'istituzione scolastica ha sinora avuto verso la società in cui si colloca, potendosi ben parlare di uno Stato nello Stato. Certo è che anche una utilizzazione di questo spiraglio aperto dalla legge nazionale richiede da parte delle

Regioni e dei Comuni una chiara visione d'insieme, qual è quella della organizzazione globale dei servizi a livello locale. Lo sforzo che *almeno* si dovrebbe pretendere è una esatta coincidenza dei confini dei comprensori scolastici con quelli delle unità locali. Almeno i rappresentanti dei Comuni nel consiglio scolastico distrettuale saranno in grado di sostenere un ruolo di non episodico richiamo alle esigenze e alle scelte della comunità locale in fatto di servizi, di cui quelli scolastici sono una parte importante, ma non autarchica.

## B) I PROGETTI REGIONALI PER LE UNITÀ LOCALI

Ma il fatto più importante del 1973, che segna oltretutto una nuova ed importante tappa di avvicinamento all'unità locale, data la stagnazione dell'impegno a livello di legislazione ed operatività nazionale, è la rilevante portata dei quattro progetti o studi divulgati da altrettante Regioni: la Toscana, l'Emilia-Romagna, la Basilicata, il Veneto.

1. Seguendo l'ordine cronologico di divulgazione, il primo studio è quello del Dipartimento sicurezza sociale della Regione Toscana (datato Firenze, 6 dicembre 1972) divulgato all'inizio dell'anno, dal titolo: « Contributi al programma regionale dei servizi sanitari e sociali - Ipotesi di organizzazione dell'unità locale di sicurezza sociale ».

Dall'ampio documento, cui si rinvia il lettore, possono essere stralciati e richiamati alcuni aspetti d'interesse generale, anche perché diversi da ipotesi formulate sinora o negli altri progetti regionali.

Anche se di carattere generale, occorre innanzitutto richiamare tutto il cap. 2 del documento che inquadra politicamente ed organizzativamente l'ipotesi di unità locale di sicurezza sociale:

### 2.1. DEFINIZIONE

L'unità locale è l'organismo, gestito dalla comunità locale, che con le sue strutture e i suoi servizi debitamente distribuiti su un determinato territorio, assicura in modo continuo, unitario e globale la tutela e la promozione della salute dei cittadini del territorio stesso.

Come già detto, con il termine « salute » si vuole qui intendere quanto definito dall'O.M.S., e cioè « la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solamente in una assenza di malattia o di infermità ». La tutela e la promozione dello stato di salute così intesa pos-

sono realizzarsi solo a condizione che l'individuo e la comunità siano inseriti in un sistema di sicurezza sociale.

Proprio per il significato ampio con cui si è inteso il termine « salute » è necessario che l'U. L. espliciti le sue funzioni non soltanto nel campo strettamente sanitario, ma che le sue attività si sviluppino anche nel settore della « assistenza sociale ». Le interrelazioni fra questo settore e quello sanitario sono così strette che risulta a nostro parere impossibile recuperare l'unitarietà degli interventi per la tutela e la promozione della salute, particolarmente a livello di base, senza prevedere organismi quali le U. L. dotati di competenze in ambedue i settori.

L'unità fra i campi della sanità e dell'assistenza sociale, finora tenuti separati, dovrà essere garantita sia attraverso le modalità di organizzazione delle strutture e dei servizi dell'U. L., sia attraverso il concreto operare del personale.

Non si tratta ovviamente di operare una sorta di mescolanza indistinta di strutture e servizi, bensì di ricreare una armonia di organizzazione e di interventi tesi a garantire alle comunità locali, attraverso il concreto operare in maniera unitaria, un regime di sicurezza il più possibile esteso.

## 2.2. PARTECIPAZIONE

L'unità locale di sicurezza sociale deve essere uno strumento fondamentale di reale partecipazione del cittadino alla gestione della cosa pubblica.

Va subito detto che la partecipazione è, nello stesso tempo, fine e mezzo dell'U. L. Considerandole il secondo aspetto ci appare ogni giorno più evidente che se la popolazione stessa non prende coscienza (come sta facendo soprattutto nelle lotte sempre più intense degli operai per migliori condizioni igieniche e di lavoro) dell'importanza di tali problemi, e non si muove conseguentemente in questo senso, difficilmente potremo arrivare ad una U. L. del tipo di quella delineata in questo modello, che non si limiti a razionalizzare il sistema nel quale viviamo, ma ne chieda e ne presupponga una radicale trasformazione.

Ma la partecipazione non è solo strumentale ad una vera riforma sanitaria e assistenziale: deve anche essere un aspetto fondamentale del modello da costruire nel quale l'uomo con i suoi bisogni sia al centro di ogni azione, e perciò soggetto e non oggetto dell'attività sanitaria e assistenziale.

D'altra parte quando abbiamo detto che uno degli scopi fondamentali dell'U. L. non è solo la cura ma la prevenzione dei fenomeni di patologia sanitaria e sociale, si è implicitamente riconosciuto la fondamentale importanza della partecipazione. Non può infatti esservi prevenzione senza partecipazione.

E' ormai accertato che non si può avere un valida medicina del lavoro, che serva realmente a prevenire le molte malattie prodotte dalle attuali condizioni di lavoro e d'ambiente esistenti nelle fabbriche, se gli operai stessi — aiutati dai tecnici ma non a questi subordinati — non diventano i protagonisti nella ricerca di condizioni di lavoro migliori. Lo stesso avviene per la prevenzione dei disturbi mentali e nella lotta per la ricerca di uno stato di salute mentale; anche in questo campo diventa sempre più chiaro che uno stato di salute mentale generalizzato non si può ottenere se non superando una situazione che vede gli individui ridotti ad oggetto: siano essi inseriti in una fabbrica, in un quartiere, o in qualsiasi altro ambiente essi devono poter essere pienamente coscienti e partecipi di quanto avviene intorno a loro.

Ma dev'essere chiaro che se la partecipazione si fermasse agli aspetti esclusivamente sanitari e assistenziali, e non investisse anche problemi più vasti quali le scelte economiche di base, l'impianto o meno di industrie, le possibilità o meno di certe trasformazioni, essa sarebbe abbastanza sterile e destinata a non durare. Questo d'altra parte non può voler dire che finché non avremo un sistema che permetta in tutti i campi questa totale partecipazione non si può e non si deve far nulla. Cominciare a muoversi da problemi come quelli sanitari e assistenziali, che sono i problemi di ogni giorno di gran parte della popolazione, può essere un punto di partenza fondamentale per allargare poi la stessa partecipazione anche a tutti gli altri campi di intervento.

Un primo momento di tale partecipazione è rappresentato dalla gestione delle unità locali di sicurezza sociale da parte dei comuni. Il comune, con il suo consiglio espresso dalla popolazione, rappresenta infatti un momento essenziale di democrazia, che occorre ancor più valorizzare e potenziare. Dato però il divario attualmente esistente fra le entità di popolazione dei vari comuni, si impone la necessità che alcuni trovino una forma di integrazione e aggregazione, altri invece un'articolazione all'interno del loro territorio prevedendo — ad esempio — la gestione delle varie unità locali da parte di organismi di democrazia decentrata quali i consigli di quartiere. Particolari problemi non sorgono nel caso di coincidenza tra confini del comune e confini dell'unità locale.

Ma limitarsi a identificare la partecipazione con la gestione comunale, seppure di fondamentale importanza, sarebbe un grave errore. Infatti l'unità locale, per darsi una serie di strutture e attrezzature tali da garantire una rete efficiente di servizi per tutti i cittadini, non può avere dimensioni troppo ridotte. La soluzione ottimale da noi ipotizzata è quella di unità locali di circa 50.000 abitanti. Tale media è molto più elevata di quella della popolazione della maggior parte dei nostri comuni, sicché — tranne i pochi casi dei comuni capoluoghi di provincia e di quelli più popolosi che dovranno essere divisi in due o più U. L. — nella maggior parte dei casi si avrà un fenomeno di aggregazione e integrazione di più comuni.

Risulta però assai difficile prevedere una reale partecipazione di base, anche attraverso la diretta gestione dal basso di alcuni servizi, in ambiti territoriali mediamente di 50.000 abitanti.

Ciò pone quindi la necessità di individuare un livello nel quale esplicitare tale partecipazione anche con forme più dirette e non esclusivamente rappresentative, per esempio attraverso assemblee di fabbrica e di quartiere in cui tutti — operai e abitanti — possano essere informati dei problemi ed esprimano direttamente, riguardo a questi, le loro opinioni e le loro aspirazioni.<sup>1</sup>

Tale livello sembra corrispondere molto validamente a quello ipotizzato da noi per il distretto, cioè un complesso di circa 5000 abitanti, già superiore per popolazione a molti degli attuali piccoli comuni.

Pur nell'unitarietà di scelte essenziali per l'unità locale, e senza perciò

---

<sup>1</sup> Anche la Regione Emilia-Romagna nel proprio documento programmatico sottolinea l'importanza di forme di gestione diretta: « Dovrà essere favorito il regime assembleare, ogni volta che esso potrà trovare forma reale di espressione ». L'ambito territoriale in cui questo viene ritenuto possibile è — sempre secondo lo stesso documento — l'area elementare (circa 1.500 abitanti) o il distretto sanitario (secondo gli emiliani di circa 15.000 abitanti). Vedi « Sanità, assistenza e tutela dell'ambiente » - Linee programmatiche del dipartimento sicurezza sociale - a cura dell'Ufficio Programmazione della Regione, Bologna 1972, n. 9.

la possibilità di decisioni che contrastino con gli interessi di altri distretti e dell'U. L. nella sua interezza, riteniamo opportuno che si realizzino all'interno del distretto forme di gestione diretta di servizi e strutture sanitarie e assistenziali (ambulatori, asili nido, centri diurni ecc.) che operano totalmente al suo interno. In particolare la gestione di alcuni servizi, quali la medicina del lavoro all'interno della fabbrica, deve essere degli organismi di democrazia operaia presenti nei luoghi di lavoro (gruppi omogenei, consigli di fabbrica, ecc.).

## 2.3. GESTIONE

2.3.1. - La gestione complessiva dell'unità locale è del Comune, che assume in tal modo una rilevante responsabilità politico-amministrativa del suo funzionamento. Con ciò si vuole escludere, nel modo più assoluto, il configurarsi delle unità locali in enti o aziende, come invece viene ipotizzato anche in alcuni documenti e progetti di legge. Quest'ultima soluzione, qualora venisse adottata, non potrebbe non realizzare, fatalmente, un sostanziale esautoramento del Comune in materia di assistenza e sanità. Esso infatti si vedrebbe costretto a delegare poteri e funzioni in tali campi a consigli di gestione che, anche se eletti in seconda istanza dagli organi comunali, da questi si differenziano. Secondo l'ipotesi che qui si vuole prospettare, invece, dovranno essere gli organi del comune a gestire direttamente l'unità locale. Al Consiglio Comunale vanno, per questa come per le altre materie, i normali poteri normativi e di controllo.

Le soluzioni delineate si riferiscono in generale alle unità locali uni o pluricomunali. Diversamente dovrà articolarsi la gestione delle unità locali subcomunali, tenuta anche presente la tendenza diffusa nei grandi centri urbani a mettere in atto un processo di decentramento politico-amministrativo.

In tali casi la soluzione ottimale che è possibile indicare è la seguente: gli organi del comune mantengono i compiti di programmazione, coordinamento e controllo dell'attività di tutte le unità locali collocate all'interno del comune demandando la gestione diretta delle singole U. L. subcomunali agli organi di decentramento politico-amministrativo (Consigli di quartiere).

Tra le funzioni più rilevanti dell'organismo di gestione dell'unità locale sono da ricordare:

### a) *assunzione del personale*

Compete ad esso l'assunzione di tutto il personale operante all'interno dell'unità locale, da inquadrare secondo le normative regionali e tenendo anche conto delle indicazioni dei rappresentanti dei comitati di base.

### b) *programmazione e bilancio*

La formulazione del piano e dei bilanci sanitario-sociali delle unità locali compete al suo organo di gestione.

Anche in questo caso per le unità subcomunali vi sarà un unico bilancio a livello dell'intero comune.

In ogni caso la formulazione del bilancio e del piano dovrà essere la risultante dell'analisi delle proposte espresse a livello di base (distretti o unità locali subcomunali i cui organi di direzione risultino eletti direttamente dalle assemblee di base, come di seguito specificato). Il bilancio dovrà essere strutturato in modo da tenere distinte le risorse da impiegare per

le installazioni di strutture e servizi per tutta l'unità locale (o per tutto il comune, nel caso di unità subcomunali) da quelle necessarie al funzionamento dei singoli distretti o delle singole unità locali subcomunali.

La consultazione del comitato di base per l'approvazione definitiva del programma e del bilancio è obbligatoria.

Nel caso di unità locali subcomunali le funzioni di assunzione del personale e di programmazione e bilancio restano di competenza degli organi comunali.

2.3.2. - Accanto all'organo di gestione si colloca il *comitato di base*. Esso risulta composto da rappresentanze dei comitati di gestione dei singoli distretti. Con tale soluzione non si vuole introdurre il principio dell'istituzionalizzazione di un rapporto di delega permanente, bensì rispondere alla necessità che il comitato di base si configuri come un organo snello, non pletorico, nello stesso tempo capace di un continuo processo di verifica con i singoli distretti.

Il comitato di base è organo consultivo e di controllo nei confronti della gestione complessiva dell'unità locale. Esso dovrà essere consultato obbligatoriamente dall'organismo di gestione sulle questioni inerenti ai bilanci di previsione e alla programmazione.

A questi poteri consultivi unisce anche poteri di proposta. In ogni caso esso dovrà essere obbligatoriamente consultato dagli organi di gestione ogni volta che la maggioranza dei membri ne faccia richiesta.

Il comitato di base costituisce anche per i distretti dell'U. L. un momento di scambio reciproco di esperienze, e di comune analisi dei problemi insorgenti nelle singole realtà.

Per le grandi città, dove si prevede la costituzione di più unità locali, la configurazione del comitato di base è condizionata alle modalità che si sceglieranno per la creazione degli organi di decentramento amministrativo (Consigli di quartiere). Infatti se questi ultimi risultassero nominati dal Consiglio Comunale — come già avviene in varie città — sarebbe necessario mantenere i comitati di base così come vengono previsti per le unità unicomunali e pluricomunali, e in tale caso dovrà prevedersi a livello di tutta la città un comitato di coordinamento di tutti i comitati di base delle varie unità locali. Nel caso invece che gli organi di decentramento amministrativo siano l'espressione dell'insieme delle assemblee dei quartieri e delle fabbriche in essi operanti — e perciò direttamente espressi dalla base — si dovrebbe prevedere un unico comitato di base a livello cittadino formato da rappresentanze dei suddetti consigli.

In ogni caso quello che deve essere assolutamente garantito è che il comitato di base, operante a livello di tutta la città con funzioni di controllo politico sulla gestione complessiva del Comune in materia sanitario-sociale, non sia burocratico, ma costituisca un momento qualificante del controllo democratico della popolazione sulla politica dell'ente locale.

2.3.3. - E' a livello di distretto che si realizza il momento più significativo di nuove forme di partecipazione popolare: a questo livello infatti sono possibili forme di vera e propria « democrazia diretta », che realizzano il principio della gestione della « salute » da parte degli interessati senza delegarla a nessuno. Le strutture portanti, attraverso cui dovrà realizzarsi la partecipazione dei cittadini, a livello di distretto si individuano nelle seguenti:

a) *l'assemblea di distretto*

Secondo l'entità della popolazione e la sua dislocazione sul territorio si dovranno prevedere o un unico momento in cui tutti i cittadini possano partecipare contemporaneamente, o varie assemblee più ristrette che trattino delle stesse tematiche. Essa (o esse) rappresenta un momento di discussione sull'andamento complessivo dei servizi sanitario-sociali dell'unità locale e del distretto. L'assemblea, secondo le esigenze che emergono dai dibattiti che in essa si svolgono, può proporre agli organi di gestione dell'unità locale — direttamente o attraverso il comitato di base — particolari iniziative tendenti a sopperire alle esigenze che si prospettano nell'ambito del distretto.

#### b) *l'assemblea di fabbrica*

Altro momento di particolare importanza, al fine di realizzare l'intervento diretto della popolazione sui problemi della « salute », è rappresentato dall'assemblea, o dalle assemblee, di fabbrica.

La fabbrica, così come oggi è strutturata, con le funzioni che essa riveste nel nostro particolare sistema economico-sociale, è causa e nello stesso tempo risultato della molteplicità delle contraddizioni di cui è pervasa tutta la società. In essa vengono prodotti molteplici fattori di rischio e di inquinamento che colpiscono in primo luogo coloro che lavorano al suo interno, ma i cui effetti si propagano anche fuori del suo ambito (inquinamento atmosferico, delle acque, del suolo ecc.).

Per tali ragioni non si può non dare massima rilevanza agli organi di democrazia operaia nella gestione e nel controllo dei servizi e delle strutture preposti alla « salute » pubblica.

L'assemblea di fabbrica rappresenta pertanto un momento di discussione generale sull'organizzazione e l'andamento dei servizi socio-sanitari che interessano direttamente la condizione operaia dentro e fuori della fabbrica. In particolare essa, attraverso i suoi organi (consigli, delegati, gruppi omogenei) gestisce, in collaborazione e con l'ausilio delle apposite équipes dell'unità locale, gli interventi di medicina del lavoro, sia per ciò che attiene agli aspetti connessi all'ambiente, sia per quelli connessi all'uomo.

E' importante chiarire che, data la struttura dell'economia toscana in cui prevalgono forme organizzative di lavoro estremamente polverizzate, accanto o al posto delle assemblee di fabbrica andranno anche previste assemblee di tutti gli addetti a singole categorie lavorative a livello distrettuale.

#### c) *il comitato di gestione del distretto*

L'assemblea di distretto e quella di fabbrica (o di categorie lavorative) eleggono il comitato di gestione del distretto.

Nel caso in cui esistano più momenti assembleari all'interno del distretto — sia di fabbrica che di quartiere — sarà la somma delle volontà di tali momenti assembleari ad esprimere il comitato di gestione.

I poteri di gestione dei comitati del distretto vanno intesi come riguardanti il funzionamento dei servizi e strutture.

La responsabilità circa l'impianto e la costruzione resta di competenza della gestione complessiva dell'unità locale.

L'importanza decisiva dei comitati di gestione dei distretti consiste nella possibilità di realizzare un'esperienza che, oltre a garantire la diretta gestione dal basso di alcuni servizi, permette ai comitati stessi, al comitato di base da essi espresso, e indirettamente alle assemblee di base, una più efficace possibilità di controllo dal basso sulla gestione complessiva dell'unità locale.

2.3.4. - *La gestione contabile* dovrà essere concepita in modo da garantire

la massima efficienza e il minimo costo. Deve prevedersi organizzata centralmente.

Nel caso di unità locali pluricomunali può essere il comune capoluogo a incaricarsi della sua organizzazione centralizzata.

Nel caso di unità locali unicomunali essa rientrerà nei servizi contabili generali del Comune.

Nel caso infine delle unità locali subcomunali deve prevedersi la centralizzazione della contabilità a livello comunale, quale capitolo speciale della contabilità complessiva.

2.3.5. - *Organizzazione del personale tecnico.* - L'impostazione generale, concepita in modo da permettere la partecipazione più sostanziale possibile dei cittadini alla gestione della salute, non consente un'organizzazione del personale tecnico troppo tradizionale o ispirata soltanto a criteri di efficientismo tecnocratico.

Voler riportare i servizi sanitari e sociali a un'organizzazione di tipo orizzontale, gestita il più possibile dalla base, impone una diversa concezione dell'attività dei tecnici in essa operanti.

Ciò significa, in sostanza, che questi ultimi dovranno costantemente ricercare:

a) un rapporto di continua e sistematica reciproca collaborazione attraverso il *lavoro di équipe*, che presuppone il superamento di concezioni e modi di operare di tipo individualistico;

b) un rapporto di continua e profonda integrazione con gli organismi di democrazia di base, al fine di ancorare saldamente la loro attività di tecnici ai bisogni reali della popolazione.

Si dovrà inoltre sviluppare la coscienza della uguale importanza ricoperta da tutti gli operatori, a qualsiasi livello di responsabilità si trovino, facendo in modo che non si producano cristallizzazioni gerarchiche e situazioni di privilegio che fatalmente finirebbero per spezzare l'operare unitario, in forma interdisciplinare, di tutti i settori coinvolti nell'azione.

In concreto, per i vari livelli di attività si propone quanto segue:

a) All'interno di ciascun distretto dovranno svolgersi periodiche consultazioni fra tutti gli operatori. Costante deve essere il rapporto di collaborazione tra gli operatori residenti e le équipes specialistiche. Necessaria risulta anche la più attiva partecipazione di tutti gli operatori ai momenti di dibattito democratico che si svolgono nel distretto stesso, assicurando inoltre tutte le informazioni necessarie alla migliore comprensione dei problemi sanitari e sociali che emergono dalla realtà.

b) Il principio del lavoro di équipe, e cioè dell'interscambio di esperienze, va costantemente attuato anche fra gli operatori all'interno di ognuno dei cinque grandi servizi in cui si articola l'unità locale, e frequentemente anche fra operatori di servizi diversi con attività comuni o affini.

Si devono perciò prevedere conferenze periodiche fra gli operatori dei vari servizi, anche per garantire la massima responsabilizzazione, informazione e incisività nell'attuazione delle rispettive attività.

c) La valutazione complessiva circa la funzionalità e i bisogni delle strutture e dei servizi sanitario-sociali deve compiersi attraverso la riunione di tutto il personale operante nell'intera unità locale in conferenze generali da tenersi almeno una volta all'anno.

d) Il costante coordinamento di tutta l'attività tecnica deve essere as-

sicurato da un consiglio tecnico ristretto, in cui siano presenti operatori dei diversi servizi e rappresentanti degli operatori di distretto. Tale consiglio svolgerà funzioni di consulenza tecnica per l'organo di gestione dell'unità locale.

Tra i membri del consiglio tecnico l'organo di gestione nominerà un coordinatore, tenendo il più possibile presente il principio della rotazione. L'attività di ciascun servizio dell'U.L. è coordinata da un tecnico nominato dal Comune o dal consiglio di gestione su indicazione degli operatori del servizio, da confermare periodicamente con la stessa procedura.

Nel caso di unità subcomunali sarà da prevedere anche un consiglio tecnico comunale, per il coordinamento operativo delle attività delle varie unità locali. Lo stesso consiglio fungerà in questo caso da organo di consulenza tecnica del Comune.

#### 2.4. CRITERI DI DELIMITAZIONE DELL'UNITÀ LOCALE DI SICUREZZA SOCIALE

In base a quanto esposto finora, riteniamo che i criteri di delimitazione dell'unità locale debbano essere vari e legati sia a parametri di efficienza e convenienza, sia a caratteristiche sociali e a necessità di partecipazione.

Infatti « la dimensione di una unità locale non può essere suggerita da una più o meno rigida partecipazione a priori dell'ampiezza demografica, della superficie, dell'altitudine di un determinato territorio; ma da questi fattori — beninteso in una visione coordinata — e da diversi altri (le condizioni socio-economiche, il tipo di insediamento della popolazione, i servizi e le infrastrutture, le ipotesi di sviluppo), fino a creare un'unità integrata di tutti questi elementi » (Mori).

Alcune caratteristiche che possono essere di aiuto nella individuazione, caso per caso, delle dimensioni territoriali dell'unità locale sono:

1) caratteristiche geomorfologiche del territorio (rilevando in particolare le fasce altimetriche più importanti quali la pianura, la collina, la montagna, ed evidenziando i sistemi idrologici;

2) consistenza e distribuzione demografica, con particolare attenzione alla struttura della popolazione;

3) caratteristiche delle attività economiche;

4) vie di comunicazione;

5) caratteristiche igienico-ambientali dalla scala territoriale a quella abitativa (risorse idriche, smaltimento acque bianche e nere, allontanamento o trasformazione rifiuti solidi, sistemi di verde pubblico e privato attrezzato e non, tipologie residenziali e abitative, approvvigionamento e distribuzione delle derrate alimentari, ecc.);

6) caratteristiche delle strutture scolastiche e parascolastiche, assistenziali, culturali e sportive;

7) caratteristiche dei servizi e delle strutture sanitarie.

I criteri suddetti, o altri eventuali che la pratica della programmazione potrà suggerire, consentiranno di individuare unità locali che, in base all'entità demografica, potranno essere raggruppate in tre tipi:

1) *unità locali con popolazione intorno a 50.000 abitanti*

in zone di medio grado di concentrazione della popolazione, o anche in

alcuni quartieri urbani in cui, per varie ragioni, sia consigliabile tale tipo di unità locale.

2) *Unità locali con popolazione intorno a 20.000 abitanti*

in zone in cui si registrano situazioni di notevole ampiezza del territorio, forte decentramento della popolazione, difficoltà di collegamenti all'interno e fuori del territorio considerato.

3) *Unità locali con popolazione intorno a 90.000 abitanti*

in zone a forte concentrazione urbana, e dove vi siano valide ragioni sociali, economiche, urbanistiche o di altro genere che consiglino tale tipo di unità locale.

Dal punto di vista istituzionale potranno aversi unità locali dei seguenti tipi:

A) *unità locali unicomunali*

nel caso in cui l'ambito di attività dell'unità locale corrisponda esattamente al territorio di un singolo Comune;

B) *Unità locali pluricomunali*

nel caso in cui territori di più Comuni vengano compresi all'interno di una stessa unità locale;

C) *Unità locali subcomunali*

nel caso in cui nell'ambito di un singolo Comune debbano essere organizzate più unità locali.

Particolare importanza assume il collegamento che dovrà essere garantito sul territorio tra i servizi socio-sanitari e gli altri servizi sociali quali l'istruzione, la cultura, lo sport ecc. ecc.

Le unità locali non dovranno porsi quali entità isolate, chiuse in una politica rigidamente settoriale, ma dovranno trovare una logica armonizzazione all'interno delle aree comprensoriali di programmazione economica che, in molti casi, saranno più vaste di quelle necessarie all'organizzazione dei servizi e delle strutture delle unità locali.

L'organigramma dell'unità locale — che si riproduce — si fonda sulla compresenza di cinque settori: 1) Servizi generali; 2) Servizio veterinario; 3) Servizio ecologico e di igiene pubblica; 4) Servizio sanitario (di prevenzione, cura, riabilitazione); 5) Servizi sociali.

Qui, come in tutti i progetti regionali (più o meno) la sensazione di una prevaricazione delle strutture e del personale sanitario si impone, ma d'altronde il pericolo della sanitarizzazione (così come quello dell'assistenzialismo o della psichiatrizzazione, e così via dicendo) lo si vince muovendo in un'ottica nuova (non tecnocratica, ma di effettiva partecipazione) tutto il discorso della politica locale dei servizi e sperimentando veramente un lavoro in équipe tra i diversi operatori dell'unità locale. Problemi grossi, ma sui quali solo l'esperienza, continuamente controllata e verificata, potrà essere illuminante anche per progressivi assestamenti.

## ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DELL' U. L. S. S. (U. L. DI 50.000 ABIT.)

SERVIZI GENERALI	SERVIZIO VETERINARIO	SERVIZIO ECOLOGICO E IGIENE PUBBLICA
<p>A) Affari legali amministrazione personale</p> <p>B) Ragioneria e contabilità bilancio economato</p> <p>C) Programmazione e informazione</p> <p>D) Educazione sanitario-sociale</p> <p>E) Aggiornamento e formazione permanente del personale</p>	<p>A) Ispezione e controllo degli alimenti di origine animale</p> <p>Controllo e vigilanza su produz., trasformaz, conservazione, distribuzione e consumo di alimenti di origine animale.</p> <p>B) Profilassi delle malattie diffuse degli animali</p> <p>Piani per risanamento bestiame</p> <p>Polizia veterinaria</p> <p>Profilassi e controllo zoonosi.</p> <p>C) Assistenza zoiatrica</p> <p>Riproduzione animale e fecondazione artificiale.</p> <p>D) Produzione animale e igiene zootecnica</p> <p>Vigilanza e controllo su produzione, commercio e impiego mangimi, integrativi e additivi.</p> <p>E) Consulenza veterinaria e istruzione tecnica agli allevatori.</p>	<p>A) Vigilanza su suolo, aria, acque, abitato, scuole e luoghi di lavoro</p> <p>B) Vigilanza su alimenti e bevande</p> <p>C) Vigilanza e profilassi delle malattie infettive e contagiose</p> <p>D) Medicina legale e fiscale</p> <p>Servizio necroscopico e di polizia mortuaria.</p>

## Schema A)

SERVIZIO SANITARIO	SERVIZI SOCIALI
<p>A) Attività prevenzione primaria e secondaria Interventi preventivi di massa Attività preventiva all'interno delle normali attività diagnostico-curative</p> <p>B) Attività di consulenza genetica, demografica e sessuale</p> <p>C) Medicina dello sport</p> <p>D) Assistenza medica generale ambulatoriale e domiciliare (esclusi minori di 14 anni)</p> <p>E) Assistenza medica pediatrica ambulatoriale e domiciliare. Medicina scolastica</p> <p>F) Assistenza medica odontoiatrica ambulatoriale</p> <p>G) Assistenza medica specialistica ambulatoriale e domiciliare Geriatrics Ostetricia e ginecologia Salute mentale Medicina del Lavoro Altre specialità (cardiologia, reumatologia, ortopedia, endocrinologia, dermatologia, urologia, oculistica, otorinolaringoiatria, ecc.)</p> <p>H) Assistenza farmaceutica</p> <p>I) Assistenza ospedaliera, di pronto soccorso, guardia medica, centri trasfusionali assistenza infermieristica domiciliare</p> <p>L) Assistenza paraospedaliera e riabilitativa</p> <p>M) Servizi di laboratorio: analisi mediche e chimiche, esami radiologici, elettroencefalografici, ecc.</p>	<p>A) Problemi del lavoro occupazione, qualificazione, riqualificazione professionale Coordinamento delle strutture gestite inerenti al settore (corsi di qualificazione e riqualificazione, laboratori protetti)</p> <p>B) Problemi dell'alloggio casa, servizi e strutture integrativi o sostitutivi (trasporti, verde pubblico, mense, lavanderie, aiuto domestico a domicilio, case e gruppi-famiglia, case-albergo, ecc.)</p> <p>C) Problemi del minimo vitale assistenza economica consulenza e patrocinio</p> <p>D) Problemi dell'età evolutiva assistenza familiare integrativa o sostitutiva attività parascolastiche, educative e ricreative coordinamento strutture gestite per minori di 18 anni (asili-nido, campi gioco, centri di lettura, mense scolastiche, doposcuola, ecc.)</p> <p>E) Problemi di organizzazione del tempo libero attività culturali, ricreative, sportive; soggiorni estivi; coordinamento delle strutture gestite (circoli, biblioteche, palestre, piscine, campi sportivi, ecc.)</p> <p>F) Segretariato sanitario-sociale. Informazioni agli utenti e smistamento ai servizi sanitario-sociali.</p>

## PERSONALE DEI SERVIZI DELL' U. L. S. S. (U. L. DI 50.000 ABIT.)

SERVIZI GENERALI	SERVIZIO VETERINARIO	SERVIZIO ECOLOGICO E IGIENE PUBBLICA
<p>A) 1 laureato 1 archivistista 2 applicati 2 dattilografi</p> <p>B) 1 ragioniere 2 applicati 1 economo</p> <p>C) 1 sociologo 1 statistico 2 applicati 1 assistente sociale</p> <p>D) 1 medico igienista 1 assist. sanitaria</p> <p>E) 1 coordinatore (degli operatori che svolgono attività didattiche) 1 applicato</p> <p>N.B. Al personale elencato per questo servizio va aggiunto quello che già opera con mansioni analoghe all'interno dell'ospedale di zona.</p>	<p>A) 4 veterinari 2 vigili sanitari (in collaborazione con gli operatori del Servizio ecologico e di Igiene pubblica).</p> <p>B) 4 veterinari 1 vigile sanitario 3 ausiliari (in collaborazione con gli operatori del Servizio Sanitario).</p> <p>C) stessi operatori preced.</p> <p>D) stessi operatori preced.</p> <p>E) stessi operatori preced.</p>	<p>A) 1 medico igienista 2 tecnici diplomati 2 vigili sanitari 1 segret. applicato in collaborazione con gli operatori del Servizio veterinario.</p> <p>B) stessi operatori precedenti in collaborazione col Servizio Veterinario.</p> <p>C) stessi operatori precedenti, con la collaborazione degli operatori di distretto, di quelli del Servizio veterinario e di altri operatori di unità locali.</p> <p>D) 1 medico legale</p>

## Schema B)

SERVIZIO SANITARIO	SERVIZI SOCIALI
A) 1 medico igienista, 1 ass. san. ogni 50.000 ab. 1 applicato tutti gli operatori sanitari	A) 1 esperto del lavoro ogni 50.000 ab. 2 ass. soc. di distr. » 5.000 » Tutti gli o- peratori del- le struttu- re del set- tore A)
B) 1 esperto consulente » » »	B) 1 esperto » 50.000 » stessi ass. sociali pre- cedenti » 5.000 » 5 addetti aiuto do- mestico a domicilio » 5.000 » Tutti gli op. delle strutture del settore B)
C) 1 medico sport., 1 infermiere » » »	C) 1 esperto » 50.000 » stessi ass. soc. prec. » 5.000 »
D) 3 medici gen., 3 ass. sanit. » 5.000 »	D) 1 esperto probl. età evolut. » 50.000 » stessi ass. soc. prec. » 5.000 »
E) 2 medici pediatr., 2 ass. san. » » »	E) 1 esperto » 50.000 » stessi ass. soci prec. » 5.000 » tutti gli op. strutt. set- tore E)
F) 1 med. odontoiatra, 1 inferm.e » » »	F) 1 esperto » 50.000 » 1 addetto al segreta- riato di di- stretto » 5.000 »
G) 1 med. geriatra, 1 infermiere » 15.000 » 1 medico ostetr., 1 ostetrica » » » 1 psichiatra » » » 1 psicologo » 20.000 » 1 operatore » 1.000 » 1 neuropsich. infantile » 25.000 » 1 psicologo dell'età evolut. » » » 1 fisioterapista » 15.000 » 1 medico del lav., 1 infermiere, su 1.500/2.000 1 tecnico addetti ind. 1 medico specialista su 10/20.000 ab. 1 infermiere sec.do la spec.	
H) 2 farmacisti ogni 5.000 ab. 2 coadiutori » » »	
I) personale dell'Osp. (v. testo)	
L) 2 fisioterapisti ogni 50.000 ab. 2 logoterapisti » » » 2 ludoterapisti » » » 2 podologi » » »	
M) 2 medici laboratoristi » » » 1 biologo » » » 2 tecnici di laboratorio » » » 1 infermiere » » » 1 medico radiologo » » » 2 tecnici radiologi » » » 1 infermiere » » » 1 elettroencefalografista, per una o più 1 tecnico elettroencefal. unità locali.	

Sul settore « servizi sociali » — inteso in un'accezione molto ampia e stimolante — il documento così si esprime:

Integrati con gli altri servizi dell'unità locale, e in particolare col servizio sanitario, nel comune impegno di prevenzione di ogni situazione patologica — sia sanitaria che sociale — questi servizi si pongono prima di tutto obiettivi di promozione sociale: sono cioè tesi a favorire, nel territorio in cui operano, lo sviluppo integrale degli individui e dell'ambiente in cui questi vivono.

Fondati, come tutta l'unità locale, sulla base essenziale della partecipazione, propongono alla comunità un nuovo modo di « vivere insieme » e realizzano con gli altri servizi, nel lavoro comune di équipe, un modo nuovo di « lavorare insieme ».

Pertanto, in armonia con questi obiettivi, i servizi sociali identificano al loro interno, quali campi di attività, quegli stessi settori in cui si riassume la vita di una qualsiasi comunità organizzata: *lavoro, alloggio, minimo vitale, infanzia, tempo libero*, sono gli argomenti-problema di ogni comunità, gli stessi che danno contenuto al servizio sociale di base (v. Servizio sociale professionale di zona al cap. « Distretto medico-sociale ») che troverà in questi settori di unità locale il necessario supporto al suo lavoro, e la possibilità di risolvere — anche attraverso i molti collegamenti possibili a questo livello — gran parte dei problemi non risolvibili a livello di base.

A questa attività di appoggio nei confronti dei servizi sociali di base i cinque settori uniscono una funzione di collegamento coi servizi dell'unità locale che hanno scopi affini o comuni, di stimolo e chiarimento nei confronti della comunità e di organi dello Stato e di Enti locali che svolgano attività negli stessi campi. Questi settori di unità locale diventano gli strumenti operativi per l'attività della Regione in questi campi.

Si noti come, per non ricadere nel vecchio pericolo delle settorializzazioni, per una sola categoria di utenti si è riconosciuta la necessità di servizi e strutture particolari: sono i minori di 18 anni<sup>2</sup> per cui è chiaramente riconoscibile l'esigenza di uno speciale impegno formativo. All'anziano, che pure presenta problemi di protezione e di assistenza, i servizi sociali dell'unità locale si propongono di provvedere con gli stessi strumenti e nelle stesse strutture previsti per adulti in qualsiasi modo limitati nella loro autonomia. Solo quando l'anziano presenterà malattie proprie della sua età disporrà, nell'ambito del servizio sanitario, di servizi e strutture particolari (v. Servizio geriatrico nel cap. « Servizi a livello di distretto medico-sociale »). Altrimenti dovrà trovare la protezione che gli occorre all'interno della sua comunità, che cercherà in sé le risorse e i modi per venire incontro alla sua innegabile debolezza.

Ecco in breve come si articolano i cinque settori-chiave dei servizi sociali a cui fanno capo i servizi sociali professionali di zona e tutte le strutture sociali gestite dall'unità locale nell'ambito dei cinque campi di attività:

## A) PROBLEMI DEL LAVORO

I servizi sociali di base hanno in questo settore un punto di riferimento per tutto quello che riguarda gli estesissimi e basilari problemi del lavoro.

---

<sup>2</sup> I limiti di età proposti dal modello non vanno mai intesi come barriere rigide per l'utilizzazione dei servizi e delle prestazioni sia sanitarie che sociali, ma come indicazioni di massima per gli operatori.

Affrontare bene questi significa ridurre — o addirittura eliminare — gli altri tipi di problema.

La mancanza di un lavoro, o di un lavoro sufficientemente retribuito, la necessità di una qualificazione o di una riqualificazione professionale, la pericolosità o l'inadeguatezza di un posto di lavoro, sono i problemi più frequenti che si presentano, non sempre risolvibili nella dimensione e al livello del distretto.

Dall'angolazione più larga permessa dal suo livello, questo settore affronta i problemi inerenti all'occupazione, la qualificazione e la riqualificazione, così come sono vissuti all'interno del comprensorio, e dei problemi che affiorano alla base identifica quelli che possono trovare una soluzione a questo livello.

In questo lavoro di analisi si collega all'Ufficio Programmazione e Informazione dei Servizi Generali, e per gli interventi più generali al Servizio Ecologico e di Igiene Pubblica e ai Servizi preventivi della Medicina del Lavoro. All'esterno stabilisce rapporti sistematici con gli organi pubblici comunque interessati al problema del lavoro e specialmente con quelli che si occupano del collocamento e dell'orientamento professionale.

Tra i molti problemi presentati da cittadini in età di lavoro saranno preminenti quelli degli handicappati, siano psichici, fisici o sensoriali. Per questi sarà sempre da preferire, se possibile, un collocamento normale; altrimenti si provvederà a istituire corsi speciali di qualificazione e riqualificazione, ripiegando solo per i casi più gravi sull'organizzazione di laboratori protetti, da estendersi però il meno possibile e da non considerare mai come strutture stabili costituite sul territorio. Da preferire e da favorire forme di lavoro cooperativo, dove le comunità siano capaci di esprimerle e di appoggiarle.

Sempre competenza di questo settore sarà il coordinamento delle strutture gestite dall'unità locale, sia che realizzino attività di qualificazione e riqualificazione professionale, o vere e proprie forme di lavoro protetto.

Un esperto di problemi del lavoro si occuperà di questo settore a livello di unità locale, curandone contemporaneamente i collegamenti, oltre che con la programmazione a livello di comprensorio socio-economico, con gli altri settori dei servizi sociali e con gli altri servizi dell'unità locale, in particolare con quelli preventivi.

## B) PROBLEMI DELL'ALLOGGIO

Si affrontano da questo settore non solo le questioni inerenti alla *casa*, ma anche l'organizzazione e il coordinamento di tutti quei servizi e quelle strutture che la integrano (trasporti,<sup>3</sup> verde pubblico, mense, lavanderie, aiuto domestico a domicilio) e che la sostituiscano (case e gruppi-famiglie, case-albergo ecc.).

Il servizio sociale professionale di zona fa capo a questo settore per tutto quello che riguarda o è connesso con problemi di alloggio che non sono risolvibili a livello di distretto. Tali problemi (che possono consistere nella previsione di alloggi al piano-terra per anziani o handicappati, di case-albergo per persone sole, di spazi verdi attrezzati per tutti) verranno affrontati in collaborazione con l'Ufficio Programmazione e Informazione dei Servizi Generali, col Servizio Ecologico e di Igiene pubblica, con quei servizi sanitari

---

<sup>3</sup> Si intendono qui tutti i trasporti, compresi quelli per scolari, anziani, handicappati, ecc.

preventivi che sono particolarmente interessati all'organizzazione e al funzionamento delle strutture comunitarie.

All'esterno il settore — attraverso il suo coordinatore — mantiene sistematici rapporti con organi statali e enti pubblici interessati al problema dell'urbanistica, all'edilizia economica, ai trasporti, e con gli organi della programmazione economica comprensoriale.

Dipendono da questo settore tutte le strutture sociali gestite dall'unità locale (centri diurni e residenziali di qualsiasi tipo, fatta eccezione per le strutture che accolgono soggetti al di sotto dei 18 anni), e anche le strutture dello stesso tipo eventualmente gestite da privati saranno soggette a controllo, specialmente per quanto riguarda i metodi di assistenza e la preparazione del personale.

Particolarmente importante, fra i servizi che dipendono da questo settore, il servizio di aiuto domestico a domicilio, valida alternativa al ricovero in istituto per tutti quei soggetti, handicappati o anziani, soli o in famiglia, il cui problema sia risolvibile con questo mezzo. Il servizio di aiuto domestico integra il servizio infermieristico a domicilio, nei casi in cui questo, da solo, non risolve il bisogno dell'assistito a domicilio.

### C) PROBLEMI DEL MINIMO VITALE

E' il settore che affronta il problema del bisogno economico presentato da persone o nuclei familiari in condizioni di povertà o di temporanea grave difficoltà di mantenimento. Si tratta del problema più frequente in cui si imbatte — almeno per ora — il servizio sociale di distretto, e che questo si preoccuperà sempre di risolvere, prima di tutto, attraverso le risorse dei settori « lavoro » e « alloggio ».

Quando sia da risolvere direttamente con l'intervento economico lo si farà tempestivamente, in modo organico e risolutivo, proponendosi sempre di garantire a singoli e nuclei quel « minimo vitale » il cui raggiungimento dovrà essere considerato un diritto. I modi di questo intervento sono descritti nel cap. « Distretto medico-sociale », a proposito dei compiti del servizio sociale professionale di zona.

Da questo livello si deciderà poi soprattutto l'aiuto economico a persone nomadi e non residenti, anche se assistite a livello di distretto.

Da qui si trasmetteranno ai servizi sociali di distretto i criteri di massima, fissati dall'organo di gestione dell'unità locale, entro cui gli interventi dovranno attuarsi, e da qui si assegneranno ai singoli distretti i mezzi necessari per questa forma di assistenza, provenienti dal fondo messo a disposizione di ogni unità locale da parte della Regione. Qui riaffluiranno i rendiconti per essere analizzati e ritrasmessi alla Ragioneria.

Sempre da questo settore sarà appoggiata l'attività di consulenza e di patrocinio anche legale offerta per questioni di carattere economico, siano queste le rivendicazioni di diritti agli alimenti o il chiarimento di problemi previdenziali.

Ai soliti collegamenti interni coll'Ufficio Programmazione e Informazione dei servizi generali si aggiungono per questo settore i collegamenti esterni soprattutto con gli organi previdenziali.

### D) PROBLEMI DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Bambini e adolescenti sono — come già detto — l'unica categoria riconosciuta dall'unità locale come portatrice di esigenze particolari. A queste si

risponde con servizi e strutture particolari che sono responsabilità di questo settore: asili-nido, campi-gioco, centri di lettura, mense scolastiche e dopo-scuola (in attesa della scuola a tempo pieno) sono tutte strutture di cui il settore promuoverà l'organizzazione e curerà il razionale funzionamento. Per le attività ricreative, culturali e sportive si usufruirà il più possibile delle strutture di quartiere, prevedendo se mai sezioni particolari all'interno di queste.

Quando i soggetti in età evolutiva (da 0 a 18 anni) presentino problemi di qualsiasi tipo ci si proporrà di affrontarli soprattutto nella famiglia, provvedendo a integrarla o a sostituirla quando sia in qualsiasi modo carente o addirittura mancante. Nel secondo caso si preferirà, sempre, ricorrere all'affidamento, all'adozione e ai gruppi-famiglia, evitando accuratamente ogni forma emarginante di istituzionalizzazione. Alle famiglie che hanno minori in affidamento o in adozione verrà offerta la consulenza necessaria nell'ambito della consulenza offerta dai servizi sociali e dai servizi specialistici a famiglie, genitori e educatori in difficoltà.

L'importanza e l'assoluta preminenza da dare al momento della prevenzione sanitaria e sociale, quando si affrontino i problemi dell'età evolutiva, è troppo chiara per avere bisogno di dimostrazione: il massimo sviluppo da dare all'assistenza prenatale e perinatale e ai servizi preventivi per la prima età sarà il modo migliore per evitare gran numero di dolorosi handicaps o per limitarne le rovinose conseguenze. I minori handicappati di ogni tipo, riconosciuti al più presto possibile non dovranno essere emarginati, ma seguiti dalla normale assistenza pediatrica e dai vari servizi specialistici (neuropsichiatria infantile, oculistica, otorinolaringoiatria, cardiologia, ecc.). Il ricovero in strutture specializzate, da evitarsi il più possibile, andrà considerato — se necessario — come un momento riparatore il più breve possibile, finalizzato alle dimissioni e al reinserimento sociale, salvo casi di particolare gravità. Sarà in gran parte la scuola che dovrà rendersi capace di accogliere questi bambini e di affrontarne, insieme agli altri, le difficoltà.

Il coordinatore di questo settore — particolarmente esperto di problemi dell'età evolutiva — curerà gli importanti collegamenti con tutti i servizi preventivi (assistenza perinatale, pediatria e medicina scolastica) e coi vari servizi specialistici (in particolare quello di salute mentale). Soliti collegamenti con l'Ufficio Programmazione e Informazione dei Servizi Generali; all'esterno intensi rapporti con la scuola e con associazioni di genitori.

A questo settore compete — come già detto — il coordinamento tecnico delle strutture gestite dall'unità locale per soggetti in età evolutiva; tale controllo si estende anche alle eventuali strutture gestite allo stesso scopo da privati sul territorio dell'unità locale.

## E) PROBLEMI DI ORGANIZZAZIONE DEL TEMPO LIBERO

Fanno capo a questo settore i servizi sociali di zona e le relative strutture, per tutto quello che riguarda l'organizzazione del tempo libero.

Le iniziative di gruppi culturali, ricreativi, sportivi vengono stimulate e coordinate, in collaborazione col settore « Età evolutiva » per quanto riguarda le attività di gruppi giovanili, da vedere però sempre preferibilmente inserite nelle normali strutture di quartiere. Animatori di gruppo e educatori di comunità possono aiutare i gruppi, soprattutto nel momento della loro formazione, a sviluppare interessi e iniziative allargabili a ogni strato della popolazione.

Compete a questo settore — e in esso all'esperto di problemi della comunità che lo dirige — il coordinamento tecnico delle strutture gestite: circoli, biblioteche, palestre, piscine, campi sportivi, ecc.

Oltre che all'Ufficio Programmazione e Informazione dei Servizi Generali il settore si collega ai vari servizi sanitari preventivi, e soprattutto a quello di Medicina sportiva. Importante attività, da sviluppare sicuramente, è l'organizzazione di soggiorni estivi comunitari (sia all'interno che all'esterno del territorio dell'unità locale) per bambini, giovani, adulti, e anche per famiglie.

## F) SEGRETARIATO SANITARIO-SOCIALE

Questa capillare attività di informazione che si svolge a livello di distretto è anche consulenza, smistamento, e perfino aiuto diretto e sostegno personale per facilitare e accelerare agli utenti l'accesso alle prestazioni. In moltissimi casi può anche tradursi in efficace opera di educazione sanitario-sociale.

Tutti i segretariati di distretto sono direttamente collegati ai Servizi Generali (v. Programmazione e Informazione) per attingervi le notizie e i dati che riguardano tutti i servizi dell'unità locale.

Da questo settore F) si coordinano gli stessi segretariati soprattutto per quanto riguarda i metodi di lavoro (tenuta di schedari, modalità di aggiornamento, tecniche di colloquio) e si tengono informati su modifiche di legislazioni e regolamenti, per cui risultino modificate le relative prestazioni nei settori di attività A), B), C), D), E).

Ma il momento più interessante, e più direttamente collegato alle esigenze quotidiane e diffuse dei cittadini, è quello del livello di distretto medico-sociale, nel quale i servizi sociali vengono così tratteggiati:

I *servizi sociali*. Collegati verticalmente ai cinque grandi settori individuati a livello di unità locale (lavoro, alloggio, minimo vitale, età evolutiva e tempo libero), e orizzontalmente a tutte le altre attività di base, i servizi sociali di distretto attuano interventi nei campi suddetti, finalizzati soprattutto all'abolizione di ogni condizione emarginante e alla riduzione dell'area del bisogno.

Gli operatori sociali di distretto sono:

- 2 assistenti sociali;
- 1 addetto al segretariato;
- 5 addetti al servizio di aiuto familiare;
- tutti gli operatori qualificati all'interno di strutture sociali gestite dall'unità locale eventualmente situate sul territorio del distretto (asili-nido, case-famiglia, laboratori protetti ecc.).

Le funzioni all'interno dei servizi sociali di distretto sono:

- a) Il segretariato.
- b) Il servizio sociale professionale di zona, comprendente l'aiuto familiare a domicilio e l'assistenza economica.
- c) Le attività svolte all'interno di strutture sociali gestite dall'unità locale.

a) Il *Segretariato* è attività d'informazione attraverso cui il cittadino può conoscere esattamente i servizi e le risorse disponibili, sia in campo sanitario che sociale, ricevendone un primo importante orientamento o addirittura un aiuto effettivo qualora si tratti di persona non del tutto autosufficiente e perciò incapace di una autonoma utilizzazione dei servizi.

Il segretariato è svolto da persona di un certo livello culturale, formata per questa particolare attività; è collegato e coordinato dal servizio informativo esistente a livello di unità locale (v. servizi generali) per quanto riguarda dati aggiornati concernenti o provenienti da tutti i servizi di unità locale. Si aggiorna invece presso i cinque settori di servizio sociale di unità locale per quanto riguarda le prestazioni sociali e le eventuali modifiche determinate da nuove leggi e regolamenti.

b) Il *servizio sociale professionale di zona* è svolto da 2 assistenti sociali che sono stabilmente parte integrante dell'équipe funzionale di distretto formata dagli operatori residenti e non residenti.

A differenza degli attuali servizi sociali, sempre specializzati per categorie di utenti, il servizio sociale di zona dell'unità locale ha la caratteristica di essere *polivalente*: si offre cioè, senza nessuna sub-specializzazione degli assistenti sociali e senza alcuna settorializzazione all'interno dei potenziali utenti, indistintamente a *tutti* i cittadini abitanti sul territorio del distretto per risolvere con loro — individualmente e in gruppo — i problemi che si frappongono alla loro piena realizzazione come individui e come comunità. Con essi mantiene, individualmente e collettivamente, contatti sistematici e continui dai quali ricava gli elementi di conoscenza che, mentre aiutano l'intera équipe medico-sociale a risolvere i singoli casi, la mettono anche in grado di individuare i problemi più vasti che li determinano, problemi che possono divenire oggetto di approfondita indagine, allo scopo concreto di una loro efficace prevenzione. Tale *attività di indagine* è coordinata dal servizio informativo dell'unità locale (vedi servizi generali) da cui provengono gli opportuni indirizzi e a cui arrivano contemporaneamente, dal distretto e attraverso i cinque settori di servizio sociale di unità locale, indicazioni e proposte formulate a immediato contatto della realtà.

Fanno ancora parte del servizio sociale di base l'*aiuto familiare* e l'*assistenza economica*.

L'*aiuto familiare* è rivolto specialmente ad anziani, infermi, cronici, invalidi o soggetti comunque handicappati che vivono soli o con familiari impossibilitati ad assisterli, e a nuclei familiari con bambini la cui madre sia, per qualsiasi ragione, provvisoriamente impossibilitata a svolgere le sue mansioni.

E' attuato da 5 collaboratrici domestiche, integrate dove sia opportuno e possibile da volontari. Si propone di essere valida alternativa alla istituzionalizzazione soprattutto di anziani e di minori.

Per le prestazioni di carattere sanitario o igienico-sanitario (bagno, pedicure, iniezioni, massaggi, ecc.) è collegato strettamente al servizio di assistenza domiciliare organizzato presso l'ospedale o il poliambulatorio di unità locali.

L'*assistenza economica* interviene con tempestività con aiuti straordinari in favore di individui o famiglie che si trovino in difficoltà. Il comitato di gestione dell'unità locale fissa i criteri di massima per l'erogazione degli interventi, che sono resi possibili dall'esistenza del fondo messo ogni anno a disposizione del distretto. Rientra nei compiti di questo servizio anche lo svolgimento di pratiche volte a ottenere la concessione degli assegni mensili

di Stato agli aventi diritto e le integrazioni eventualmente previste a livello locale.

Altri compiti del servizio sociale di zona sono: il mantenimento dei rapporti con qualunque struttura sociale o paraospedaliera che venga utilizzata, per residenti nel distretto, al di fuori del territorio; il controllo di eventuali strutture sociali non gestite dall'unità locale che svolgano attività sul territorio del distretto.

c) *Le attività svolte all'interno di strutture sociali* gestite dall'unità locale sul territorio del distretto sono anch'esse servizi sociali di distretto. I dirigenti e gli operatori qualificati di tali strutture fanno parte, per i problemi che riguardano il loro settore, dell'équipe funzionale di distretto.

Infine (nel 4° cap.) il documento illustra le strutture dell'unità locale: 1) Sede centrale dell'unità locale; 2) Centro medico-sociale di distretto; 3) Ospedale e strutture paraospedaliere; 4) Laboratorio di analisi mediche e chimiche; 5) Poliambulatorio specialistico; 6) Strutture sociali; 7) Centro veterinario; 8) Farmacia. Tra queste stralciamo quelle che possono interessarci in questa sede:

## 1. - SEDE CENTRALE DELL'UNITÀ LOCALE

E' il luogo dove si progetta la programmazione degli interventi e si esprime la volontà politica dell'organismo di gestione dell'intera unità locale. Sono qui accolti: il comitato di gestione, il consiglio tecnico, il comitato di base dell'unità locale, e gli uffici centrali dei cinque servizi funzionali che presiedono, per ogni settore, al coordinamento di tutte le attività sanitarie e sociali che si svolgono sul territorio dell'unità locale, e all'attuazione diretta di alcuni interventi.

Dovrà strutturarsi in modo tale da permettere sia lo svolgimento delle assemblee e riunioni pubbliche necessarie per l'attiva e costante partecipazione della popolazione alla gestione dell'unità locale, sia l'attuazione dei seminari e la realizzazione dei centri di documentazione, indispensabili per l'aggiornamento e la formazione permanente del personale, da attuare in collegamento con i servizi di secondo livello.

## 2. - CENTRO MEDICO-SOCIALE DI DISTRETTO

E' qui soprattutto che si concretizzano i capillari servizi sanitario-sociali dell'unità locale, ricomponendo unitariamente i loro interventi. A questo scopo la distribuzione dei locali — siano essi costruiti appositamente, siano riadattati in edifici già esistenti — dovrà essere intelligentemente studiata in modo da favorire il più possibile, anche dal lato edilizio, la facile comunicazione fra operatori e l'agevole passaggio degli utenti fra servizi diversi.

Il centro medico-sociale dovrà contenere gli uffici per il servizio di segretariato e per il servizio sociale professionale di zona, e il poliambulatorio per i servizi sanitari.

Dovrà essere strutturato in modo tale e con dimensioni adatte da rendere possibile lo svolgersi delle varie attività — sia degli operatori residenti che degli operatori specialistici non residenti — con frequenze e orari pienamente rispondenti alle esigenze e ai ritmi di vita delle popolazioni.

PERSONALE RESIDENTE CHE OPERA A LIVELLO DI DISTRETTO (DISTRETTO TIPO DI 5.000 ABIT.)

Schema C)

SERVIZIO	Tipo e Numero degli operatori	Parametro	A T T I V I T A'	Strutture in cui operano
MEDICINA GENERALE	3 medici 3 assist. sanitari	1 ogni 1500 ab. 1 ogni 1500 ab.	Visite ambulatoriali e domiciliari visite periodiche preventive vaccinazioni periodiche e straord. tenuta dell'archivio sanitario-sociale	Centro medico sociale
PEDIATRIA	2 medici pediat. 2 ass. sanitari	1 ogni 2500 ab. 1 ogni 2500 ab.	visite ambulatoriali e domiciliari assistenza perinatale visite periodiche preventive vigilanza su condizioni ambientali vaccinazioni periodiche e straordinarie	Centro medico sociale ambulatori scolastici, asilo nido e qualsiasi centro o struttura che accolga soggetti in e- tà evolutiva
ODONTOIATRIA	1 medico odontoiatra 1 infermiere odontoiatrica	1 ogni 5000 ab. 1 ogni 5000 ab.	visite e trattamenti ambulatoriali, anche preventivi	Centro medico sociale ambulatori scolastici
SERVIZIO FARMACOLOGICO	2 farmacisti 2 coadiutori	1 ogni 2500 ab. 1 ogni 2500 ab.	distribuzione farmaci consulenza farmacologica ai medici educazione sanitaria	Farmacia di distretto Centro medico sociale
SERVIZIO SOCIALE	2 assistenti sociali 5 addetti ass. domiciliare 1 addetto al segretariato	1 ogni 2500 ab. 1 ogni 1000 ab. 1 ogni 5000 ab.	segretariato servizio sociale di zona indagine sociale assistenza domiciliare	Centro medico sociale centri diurni e residenziali

N.B. - Sono qui previsti soltanto i tecnici inseriti stabilmente nel distretto. Sono da aggiungere, per ogni sede distrettuale, 1 segretario e 1 custode, a disposizione di tutti i servizi.

### 3. - OSPEDALE E STRUTTURE PARAOSPEDALIERE

Se — come si è detto — la caratteristica dell'ospedale è quella di strutturarsi in modo da soddisfare le esigenze di determinate comunità, la configurazione delle sue strutture edilizie non può che essere attuata all'insegna della massima flessibilità possibile: l'ospedale dovrà cioè essere un organismo in grado di darsi in ogni periodo dimensioni e funzioni atte a corrispondere alle esigenze in atto all'interno delle aree a cui è destinato, sia che si tratti di aumentare le sue dimensioni per il sopravvenire di esigenze maggiori, sia che si tratti di utilizzare in modo diverso strutture dedicate a servizi che possono rivelarsi non più necessari.

L'organizzazione interna dovrà tener conto del necessario superamento dell'odierna organizzazione istituzionale in « divisioni », per favorire invece criteri di assoluta funzionalità. Inevitabile a questo stesso scopo la riunificazione funzionale dei servizi diagnostico-terapeutici (radiologia, laboratorio di analisi, sale operatorie, ecc.), eliminando il loro attuale frazionamento tra le varie divisioni di specialità.

Coerentemente alla volontà espressa di superare i gravi attuali problemi derivanti da una errata sovrautilizzazione del momento ospedaliero attraverso l'intelligente sviluppo di moderni e efficienti servizi di riabilitazione, sono da prevedersi — in uno stretto rapporto di continuità-contiguità con le strutture propriamente ospedaliere — le altre strutture cosiddette paraospedaliere, con cui si completa il quadro delle strutture necessarie a coprire le esigenze connesse alla cura e alla riabilitazione.

Superati i concetti di « convalescenziari » o « cronici », si tenderà soprattutto a strutture « aperte », non emarginanti, volte soprattutto a risolvere il problema dei trattamenti successivi alla fase acuta di malattia.

### 5. - POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO DI UNITÀ LOCALE

In questa struttura si esplica l'attività medica specialistica già descritta. Tale struttura, da prevedersi in numero di una ogni 25.000 abitanti, è dotata di tutte le apparecchiature necessarie per esami radiologici, elettroencefalografici, elettrocardiografici, oculistici, otorinolaringoiatrici, odontoiatrici, ecc.

Quando manchi l'ospedale sul territorio dell'unità locale è opportuno che il poliambulatorio sia potenziato in personale, attrezzature e dimensioni, per svolgere alcune funzioni normalmente svolte dall'ospedale quali ad esempio il pronto soccorso e la guardia medica.

### 6. - STRUTTURE SOCIALI

Si tratta di tutte quelle strutture di cui dovrà essere dotata l'unità locale per garantire efficienti servizi sociali, aperti a tutti, che non ripetano l'incivile equivoco delle case e degli alberghi « popolari », delle mense « economiche », e di tutte le altre strutture selezionatrici ed emarginanti.

Le più importanti sono:

- asili nido;
- gruppi e case-famiglia;
- case-albergo;
- mense;
- centri diurni (esternati di vario tipo);

- laboratori pre-professionali e protetti;
- aree attrezzate per attività sociali (medico-sportive, ricreative, culturali, ecc.);
- soggiorni estivi o invernali (da organizzare eventualmente anche al di fuori del territorio dell'unità locale);

Impossibile precisare, in astratto, quante e quali strutture potranno essere previste in una unità locale, anche in rapporto alla sua popolazione. Ogni unità locale si doterà degli strumenti indispensabili a garantire i servizi essenziali per i suoi abitanti, secondo le esigenze di ogni zona e secondo le scelte prioritarie proposte dal distretto e verificate a livello di unità locale, in base anche alle risorse finanziarie disponibili. Quello che importa è che le strutture di cui si parla siano dotate di personale sufficiente e preparato, e assicurino al loro interno l'attuazione di un'assistenza valida, completa, mai settorializzata.

Il documento toscano si conclude indicando obiettivi intermedi e l'impegno della Regione, dei Comuni e delle Province nella fase transitoria. L'essenziale è che subito ci si muova — una volta discusso ed accettato di massima il modello, anche per una concreta verifica — coerentemente agli obiettivi e mettendo immediatamente in atto il processo di attuazione delle unità locali di sicurezza sociale. Oltre alla questione delle deleghe agli enti locali da parte della Regione nei campi della sanità e dell'assistenza, c'è l'occasione di una preliminare zonizzazione del territorio regionale. A questo proposito c'è da prendere atto che la Toscana è stata la prima regione ad approvare con legge la « suddivisione del territorio regionale in zone d'intervento nei campi della sanità e dell'assistenza sociale » (approvata dal Consiglio regionale della Toscana il 30 ottobre 1973).

2) Il secondo contributo è costituito da una pubblicazione del Dipartimento di sicurezza sociale della Regione Emilia e Romagna (« Studi e documentazioni » n. 5 - tre volumi, di cui il secondo statistico ed il terzo cartografico), datata Bologna dicembre 1972 ed anch'essa divulgata all'inizio dell'anno dal titolo: « Contributi per l'assetto politico, territoriale e istituzionale delle unità locali dei servizi sanitari e sociali nell'Emilia e Romagna ».

Il primo volume di indicazioni programmatiche illustra un noto quadro di riferimento per un sistema sanitario ed assistenziale riformato e si sofferma poi a formulare alcune interessanti riflessioni sulle « Unità locali dei servizi sanitari e sociali: oggi, per l'avvio della riforma »:

La realizzazione su tutto il territorio regionale delle unità locali dei servizi sanitari e sociali, secondo le ipotesi formulate nei paragrafi precedenti, pre-

suppone l'esistenza di condizioni politiche e legislative che non riguardano semplicemente la pur necessaria emanazione della relativa legge regionale, ma lo sviluppo complessivo dei servizi previsti ed il loro funzionamento a pieno regime.

Quest'insieme di condizioni può verificarsi solo attraverso un profondo rinnovamento di tutto il sistema sanitario ed assistenziale ed un radicale mutamento di segno degli indirizzi politici ed economici generali del paese.

Si può quindi affermare che solo con l'attuazione della riforma sanitaria ed assistenziale si potranno creare le condizioni affinché, nel quadro di un compiuto sistema di sicurezza sociale, unitario e democraticamente gestito, le unità locali dei servizi sanitari e sociali possano svolgere pienamente la loro funzione di programmazione socio-sanitaria e di gestione sociale dei servizi in armonia con la più complessa realtà politica, economica e istituzionale del territorio.

Appaiono infatti con tutta evidenza i limiti posti alla Regione per una compiuta realizzazione delle U.L.S.S.S., da parte del preesistente sistema mutualistico ed assicurativo, dall'angusto spazio concesso dai decreti delegati, dai limitati mezzi finanziari a disposizione, nonché da una molteplicità di altre cause conseguenti ad una concezione dei problemi della salute ancora accentuamente privatistica. Questi impedimenti, pur gravi, non debbono comunque determinare da parte della Regione una rinuncia all'avvio della realizzazione delle U.L.S.S.S., pur nella consapevolezza di quanto saranno ridotte, rispetto alle previsioni formulate, le competenze e la capacità d'azione di simili organismi.

Le U.L.S.S.S., così come si andranno realizzando nei prossimi mesi, devono essere concepite prima di tutto come fusione organica, in un determinato ambito territoriale, dei poteri che già oggi sono propri degli Enti locali, potenziati da quelli che la Regione trasferirà agli Enti locali stessi, mediante le deleghe.

E' nota la limitazione di potere reale degli Enti locali nell'ambito dell'attuale legislazione in materia sanitaria, ma nonostante ciò vi è un complesso di poteri dei Comuni e delle Province, in particolar modo per quanto riguarda la medicina pubblica e preventiva, che sono ancor oggi scarsamente utilizzati.

La causa di ciò va ricercata non solo nella nota carenza di finanziamenti degli Enti locali, ma anche nel fatto che difficilmente detti poteri possono essere adeguatamente esercitati in una dimensione settoriale e territorialmente ristretta.

Pertanto la concentrazione in un unico organismo politico ed amministrativo (quale è l'U.L.S.S.S.) delle competenze sanitarie ed assistenziali degli Enti locali, se da una parte può senza dubbio consentire un intervento unitario e qualitativamente più valido, d'altra parte crea le condizioni per fornire le U.L.S.S.S. di un loro potere contrattuale e quindi di farne momento di aggregazione non solo amministrativa od organizzativa ma altresì sociale e politica. In questo senso allora, pur con i limitati mezzi e poteri a loro disposizione, le unità locali dei servizi sanitari e sociali potranno costituire un momento di avvio e di costruzione del processo di riforma, di allargamento e di rafforzamento del movimento riformatore.

Conseguentemente appare opportuno — pur in questa situazione di pre-riforma — costituire nelle diverse aree territoriali, consorzi di più Comuni con la partecipazione delle Amministrazioni Provinciali, per l'esercizio in

modo associato delle funzioni di cui già oggi gli Enti locali potenzialmente dispongono ma che non possono essere adeguatamente esercitate nelle attuali dimensioni territoriali ed istituzionali.

I Consorzi così costituiti potranno gestire in modo unitario servizi già oggi di competenza degli Enti locali quali le condotte mediche ed ostetriche, gli uffici sanitari e veterinari comunali, i centri per le malattie sociali e per l'igiene mentale, gli interventi nel campo della epidemiologia e della profilassi, della prevenzione e della cura della tubercolosi, nonché di altre malattie diffuse.

Ai Consorzi inoltre potranno fin d'ora essere trasferite importanti funzioni assistenziali quali la vigilanza sulle istituzioni di ricovero, l'assistenza all'infanzia, agli illegittimi ed agli invalidi.

E' evidente d'altra parte che pur nelle difficili condizioni attuali, in assenza cioè di una precisa volontà politica del Governo di avviare a realizzazione la riforma, l'attività sanitaria ed assistenziale delle U.L.S.S.S. così come degli Enti consorziati e della Regione, non potrà non essere caratterizzata da un preciso orientamento in senso preventivo.

Questo tipo di unità locale dei servizi sanitari e sociali, non potendo certamente gestire la medicina curativa tuttora monopolizzata dai vari istituti mutualistici, dovrà quindi essere in grado altresì di intervenire attivamente in tutto il settore della prevenzione, della medicina pubblica, della programmazione ospedaliera. E' questo del resto il segno caratterizzante che va nel senso della costruzione della riforma: l'intervento preventivo inteso come difesa attiva della salute del cittadino e rimozione delle cause di nocività e malattia.

La concentrazione delle competenze sanitarie ed assistenziali degli Enti locali in un unico organismo amministrativo mediante la costituzione dei Consorzi intercomunali, non può però esaurire la funzione delle U.L.S.S.S., che devono essere concepite anzitutto come momenti di aggregazione politica e di programmazione, non di mera gestione dei servizi.

Da questo punto di vista allora appare decisivo il ruolo che l'U.L.S.S.S. può fin da ora assolvere come momento unitario di programmazione ospedaliera nonostante il persistere dell'autonomia giuridica degli enti ospedalieri; autonomia che dovrà comunque venir superata nell'ambito della riforma sanitaria assistenziale.

Dovrà quindi realizzarsi nei tempi intermedi un intervento degli Enti locali consorziati (più in generale della U.L.S.S.S.) che consenta l'avvio e lo sviluppo di un processo di razionalizzazione e di riequilibrio dell'attuale organizzazione ospedaliera anche mediante le ristrutturazioni o le fusioni che si renderanno necessarie; ciò potrà riguardare altresì tutti gli organismi e le strutture sanitarie ed assistenziali che operano nel territorio ivi comprese le opere pie tuttora inserite in una dimensione completamente estranea a qualsiasi disegno programmatico.

In generale l'unità locale dei servizi sanitari e sociali dovrà affermare un suo reale potere contrattuale nei confronti degli enti mutualistici, le cui strutture ed i cui servizi dovranno integrarsi in un preciso quadro programmatico con quelli degli enti locali, onde consentire un efficace intervento unitario nei settori della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

Perché ciò possa avvenire è necessario dare ai Consorzi statuti autenticamente democratici che consentano un aperto confronto fra le diverse forze politiche e soprattutto occorre favorire la più ampia partecipazione dei cittadini ai vari livelli in cui si articolerà l'unità locale, affinché non vi sia frattura

alcuna tra il momento delle scelte politiche e programmatiche, e quello della gestione sociale dei servizi.

Si tratta di costruire, al di là della scelta del Consorzio come momento istituzionale unificante della gestione dei servizi, un largo tessuto partecipativo, tanto più necessario quanto più appare con sempre maggiore evidenza che il problema della difesa della salute non si pone oggi come questione settoriale o specialistica, ma come uno dei grandi temi di rinnovamento generale della società.

A questi orientamenti fa seguito una « ipotesi di proposta di legge per l'istituzione delle U.L.S.S.S. » ed una « ipotesi di suddivisione del territorio della Regione in unità locali dei servizi sanitari e sociali » (con l'illustrazione della relativa metodologia). Nel frattempo c'è da prendere atto che, accanto ad un progetto della minoranza democristiana, la Giunta regionale ha presentato ufficialmente al Consiglio un suo progetto di legge (Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna, n. 85, 24 agosto 1973 - « Istituzione delle unità locali dei servizi sanitari e sociali »), che val la pena di considerare integralmente, anche perché si tratta della prima iniziativa legislativa regionale, che in quanto tale dovrebbe costituire — come di fatto, a mio giudizio, ha costituito — un punto di riferimento anche per le altre Regioni.

## PROGETTO DI LEGGE

### Titolo I. - NORME GENERALI

#### Art. 1 - *Unità locale dei servizi sanitari e sociali (U.L.S.S.S.).*

L'unità locale attua la cooperazione fra Comuni e Province per l'esercizio delle competenze loro proprie e di quelle delegate dalla Regione, unificando e integrando, nella prospettiva della riforma sanitaria e assistenziale, la gestione dei servizi che contribuiscono alla tutela della salute e allo sviluppo della persona umana.

Essa è l'organismo locale di programmazione e di iniziativa politica in tutto il settore sanitario e sociale.

#### Art. 2 - *Attività dell'U.L.S.S.S.*

L'unità locale indirizza la propria attività e adegua il proprio metodo di lavoro all'individuazione e alla rimozione delle cause di danno e di squilibrio sanitario e sociale.

L'U.L.S.S.S. programma annualmente i propri interventi con la partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni.

#### Art. 3 - *Compiti dell'U.L.S.S.S.*

Nel territorio di sua competenza l'U.L.S.S.S. promuove la tutela della salute realizzando interventi di prevenzione, curando il controllo e la protezione igienico-sanitaria dell'ambiente, dell'alimentazione e delle attività collettive come il lavoro, la scuola, lo sport, e sviluppa l'educazione sanitaria.

Opera per la cura delle malattie e per la riabilitazione, intervenendo nel campo della medicina del lavoro, scolastica e dello sport, nell'assistenza psichiatrica, nella lotta contro le malattie sociali, nella medicina veterinaria.

L'U.L.S.S.S. promuove e organizza, nella prospettiva di un sistema di sicurezza sociale, servizi in particolare rivolti alla famiglia, alla infanzia, agli anziani.

A tal fine i Comuni e le Province si associano, secondo le norme della presente legge, per l'esercizio congiunto delle funzioni loro proprie e di quelle delegate dalla Regione.

#### Art. 4 - *Esercizio dei compiti dell'U.L.S.S.S.*

Entro ... mesi dall'entrata in vigore della presente legge, i Comuni e le Province il cui territorio sia totalmente o parzialmente compreso in una delle zone individuate ai sensi del successivo art. 5 promuovono la U.L.S.S.S. associandosi, nella forma istituzionale del consorzio, per l'esercizio dei compiti loro spettanti per legge in ordine:

1) alla gestione dei servizi demandati all'Ufficio sanitario comunale e all'Ufficio veterinario comunale, nonché alla gestione dei servizi integrativi obbligatori della Provincia, di cui agli artt. 92 e 93 del T.U. delle leggi sanitarie, approvato con R.D. 27-7-1934 n. 1265.

Sono esclusi i servizi del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi;

2) all'epidemiologia, alla profilassi, alla prevenzione e alla cura della tubercolosi e delle altre malattie infettive e diffuse, salva la assunzione di oneri per il pagamento di spese di ospedalità;

3) all'istituzione e alla gestione di centri per le malattie sociali di cui al D.P.R. 11-2-1961 n. 249, dei centri di igiene mentale e dei servizi, comunque denominati, di prevenzione, di cura e riabilitazione in forma non ospedaliera delle malattie nervose e mentali;

4) all'assistenza pre e post-natale ai minori, di cui all'art. 4 del R.D.L. 8-5-1927 n. 798, convertito nella legge 6-12-1928, n. 2838 o, comunque, in stato di adottabilità, ai sensi dell'art. 4 della legge 5-6-1967 n. 431;

5) all'assunzione degli oneri relativi al mantenimento degli invalidi al lavoro, ai sensi del penultimo comma dell'art. 154 del R.D. 18-6-1931 n. 773;

6) alla vigilanza delle istituzioni di assistenza e beneficenza, ai sensi dell'art. 132, 2° comma, del R.D. 4-2-1915 n. 148 e dell'art. 81 del R.D. 5 febbraio 1891 n. 99;

I Comuni e le Province hanno facoltà di consorzicare nell'unità locale i servizi espressamente esclusi dall'obbligo, a norma dei punti 1) e 2) del comma precedente, e ogni altro servizio sanitario e sociale.

La Regione delegherà, per la gestione associata, le funzioni necessarie a integrare i servizi consorziati, ai fini dello svolgimento organico da parte delle U.L.S.S.S. dei compiti loro affidati dall'art. 3 della presente legge.

#### Art. 5 - *Delimitazione territoriale.*

Il territorio regionale è ripartito in zone di intervento corrispondenti alle singole unità locali secondo la delimitazione descritta nella tabella allegata, elaborata in base a parametri fondati sulla uniformità delle condizioni geomorfologiche e di assetto territoriale, tenendo conto, in particolare, della rete di viabilità e dei trasporti, di esistenti aggregazioni intercomunali in comprensori e in comunità montane di livelli organizzativi sub-comunali, nonché dell'area di utilizzazione dei servizi sanitari e sociali.

Con l'osservanza degli stessi criteri, la delimitazione delle zone di intervento può essere modificata — decorsi non meno di due anni dall'entrata

in vigore della presente legge — con provvedimento amministrativo del Consiglio regionale, sentite le U.L.S.S.S. e gli Enti locali interessati.

L'istituzione o la soppressione di unità locali ha luogo esclusivamente in seguito a modifiche della delimitazione delle zone di intervento.

## **Titolo II. - COSTITUZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLA UNITÀ LOCALE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI**

### *Art. 6 - Organizzazione interna dell' U.L.S.S.S.*

Il controllo popolare sulle scelte politico-programmatiche e la gestione dei servizi sono principi che informano l'organizzazione interna dell'unità locale.

A tal fine, lo statuto dell'U.L.S.S.S. garantisce la partecipazione diretta dei cittadini all'organizzazione e all'esercizio dei servizi.

In particolare lo Statuto disciplina:

a) le modalità del concorso dei Comuni e delle Province consorziati nell'elaborazione del bilancio preventivo e del piano annuale di attività;

b) le modalità di verifica dell'operato dell'unità locale da parte dei Comuni e Province in essa associati.

### *Art. 7 - Organi dell' U.L.S.S.S.*

Sono organi dell'unità locale:

a) l'Assemblea consorziale;

b) il Consiglio direttivo;

c) il Presidente;

d) gli altri Organi eventualmente previsti nello Statuto.

Nel disciplinare la composizione, le modalità di elezione, le attribuzioni degli organi, e nel regolarne il funzionamento e i rapporti, gli Statuti dovranno contenere norme atte ad assicurare:

1) che tra i membri nominati da Comuni e Province nell'Assemblea consorziale sia garantita la presenza di rappresentanti della minoranza;

2) che i Sindaci dei Comuni e i Presidenti delle Province, o loro delegati, siano membri di diritto dell'Assemblea;

3) che il numero dei rappresentanti di ogni Comune nell'assemblea dell'U.L.S.S.S. non sia, in ogni caso, inferiore a tre;

4) che nel Consiglio direttivo sia garantita la presenza di almeno ... rappresentanti di minoranza.

### *Art. 8 - Adozione dello Statuto e costituzione dell' U.L.S.S.S.*

Ogni Statuto, deliberato dagli Enti consorziati, viene trasmesso al competente organo regionale di controllo.

Spetta al Presidente della Regione dichiarare con proprio decreto la costituzione dell'unità locale e l'adozione del suo Statuto.

Le delibere di modifica degli Statuti sono trasmesse agli organi regionali di controllo e sono dichiarate adottate con decreto del Presidente della Regione.

### *Art. 9 - Distretti.*

L'unità locale articola normalmente i suoi servizi per aree distrettuali, al fine di renderne più funzionale l'erogazione e di garantire una più diretta partecipazione popolare.

### *Art. 10 - Personale.*

L'unità locale provvede ai propri compiti:

a) con personale proprio, anche trasferito dagli enti associati;

b) con personale comandato dai comuni e dalle province interessate;  
 c) mediante il conferimento di incarichi speciali per un tempo determinato.

Il personale di cui alle lettere a) e c) del primo comma può svolgere le sue mansioni presso diverse unità locali.

L'U.L.S.S.S. può avvalersi, previa intesa, degli uffici dei Comuni e delle Province interessati, nonché di quelli della Regione.

#### Art. 11 - *Organizzazione dei servizi.*

I servizi in cui si articola l'attività della U.L.S.S.S. sono disciplinati dal regolamento interno secondo il principio della autonomia funzionale di ogni servizio, garantendo contemporaneamente la interdisciplinarietà, la mobilità del personale nonché la possibilità che lo stesso personale presti attività in più servizi.

Di norma il regolamento prevede l'esistenza almeno di servizi di igiene, di medicina scolastica, medicina del lavoro, igiene mentale, lotta alle malattie sociali, maternità e infanzia, assistenza agli anziani, veterinaria.

Il regolamento prevede altresì che a ciascun servizio sia preposto un responsabile e che un Comitato costituito dai responsabili dei singoli servizi stabilisca le linee fondamentali e i principi del coordinamento dei servizi stessi. Fra i responsabili dei singoli servizi il personale nomina annualmente un coordinatore. Il regolamento prevede infine il diritto del personale a riunirsi in assemblee all'interno di ciascun servizio ovvero a riunirsi in assemblea generale fra tutti i servizi complessivamente considerati e stabilisce le norme di costituzione e di funzionamento delle assemblee medesime.

#### Art. 12 - *Finanziamenti.*

L'unità locale provvede ai propri compiti con fondi costituiti:

- a) dai contributi annui dei Comuni e della Provincia interessati;
- b) dal contributo annuo della Regione relativo alle funzioni dalla stessa delegate;
- c) dagli altri contributi e proventi previsti dallo Statuto, dalle leggi e dai provvedimenti regionali o statali;
- d) dall'intero ammontare dei proventi derivanti da prestazioni di istituto rese nell'esclusivo interesse di privati.

La Regione, indicandone la destinazione, può assegnare all'unità locale ulteriori contributi oltre a quelli previsti dal comma precedente.

La determinazione delle quote relative ai contributi spettanti a ciascuno degli associati è rimessa ai singoli Statuti.

#### Art. 13 - *Coordinamento provinciale.*

Le proposte relative alla programmazione regionale in materia sanitaria e sociale, formulate dalle unità locali, sono coordinate da ciascuna Provincia nel suo ambito territoriale.

A tal fine la Provincia:

a) raccoglie e coordina le indicazioni delle U.L.S.S.S. e degli altri Enti che operano nel settore e formula proposte per la programmazione regionale socio-sanitaria, ivi compreso il piano regionale ospedaliero previsto dall'articolo 29 della legge 12 febbraio 1968, n. 132;

b) trasmette, almeno annualmente, ai competenti organi regionali, una relazione complessiva circa lo stato dei servizi sanitari e sociali e l'attuazione della programmazione per quanto concerne il territorio di sua competenza;

c) dà pareri e indicazioni per la soluzione di problemi tecnici e organizzativi, su richiesta delle U.L.S.S.S., degli enti indicati alla lettera a), o di propria iniziativa.

La Provincia, su richiesta dei competenti organi regionali, può inoltre esprimersi sui piani di intervento della Regione, sui singoli interventi e su ogni altra questione per la quale venga consultata.

Ove l'unità locale interessi il territorio di più Province, queste procedono d'intesa per i compiti di cui ai commi precedenti.

Al fine di attuare le attività di coordinamento e consultive di cui ai commi precedenti, la Provincia può istituire un Comitato di Iniziativa e Programmazione sanitaria e sociale, ponendo le norme per la sua istituzione, la sua composizione, il suo ordinamento interno e funzionamento, nonché circa i compiti che ad esso saranno affidati.

**Art. 14 - Controlli sull'unità locale.**

I controlli sull'unità locale sono esercitati nelle forme e con le modalità previste dallo Statuto regionale e dalla legge 10-2-1953, n. 62.

**Titolo III. - UNITÀ LOCALI, ENTI OSPEDALIERI, ISTITUZIONI PUBBLICHE  
DI ASSISTENZA E BENEFICIENZA, STABILIMENTI TERMALI**

**Art. 15 - Collaborazione tra unità locali ed enti ospedalieri.**

Gli enti ospedalieri collaborano con le unità locali al perseguimento delle finalità e degli obiettivi indicati nella presente legge.

Gli enti ospedalieri inviano all'unità locale o alle unità locali in cui sono ubicati gli ospedali da essi amministrati il progetto annuale della relazione previsionale programmatica, nella quale, in base all'esame dell'attività dell'anno precedente, sono indicati, con specificazione dei motivi, dei tempi di esecuzione e dei modi di finanziamento, gli interventi da svolgere in particolare per ciò che concerne l'edilizia ospedaliera, l'istituzione di nuovi servizi, le variazioni della pianta organica. L'unità locale dei servizi sanitari e sociali esprime il proprio parere sulle relazioni ricevute e le trasmette alla Provincia, ai fini del coordinamento di cui all'art. 13, e alla Giunta regionale.

Le spese di cui al quinto comma dell'art. 32 della legge 12 febbraio 1968, n. 132 sono disposte d'intesa con l'unità locale o le unità locali nel cui territorio sono ubicati gli ospedali amministrati.

**Art. 16 - Composizione dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri.**

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero che comprende almeno un ospedale regionale è composto:

1) da cinque membri eletti dal Consiglio regionale, con schede limitate a tre nomi;

2) da un membro eletto da ciascuna Assemblea dell'unità locale ove ha sede l'ente ospedaliero e ove sono situati gli ospedali amministrati;

3) da un membro eletto dal Consiglio comunale del Comune ove ha sede l'ente ospedaliero;

4) per gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi dell'art. 4 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, da due membri in rappresentanza degli originari interessi dell'ente, designati nei modi previsti dai rispettivi statuti e tavole di fondazione o, per gli enti ospedalieri costituiti ai sensi dell'art. 5 della stessa legge, da due membri designati dall'ente pubblico cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali.

Il Consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero che comprende almeno un ospedale provinciale è composto:

1) da quattro membri eletti dal Consiglio provinciale della Provincia ove ha sede l'ente ospedaliero con schede limitate a tre nomi;

2) da un membro eletto da ciascuna Assemblea dell'unità locale ove ha sede l'ente ospedaliero e ove sono situati gli ospedali amministrati;

3) da un membro eletto dal Consiglio comunale del Comune in cui ha sede l'ente ospedaliero;

4) per gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi dell'art. 4 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, da due membri in rappresentanza degli originari interessi dell'Ente, designati nei modi previsti dai rispettivi statuti e tavole di fondazione o, per gli enti ospedalieri costituiti ai sensi dell'art. 5 della stessa legge, da due membri designati dall'ente pubblico cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali.

Il Consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero che comprende uno o più ospedali di zona è composto:

1) da un membro eletto dal Consiglio provinciale della Provincia in cui ha sede l'ente ospedaliero;

2) da un membro eletto dal Consiglio comunale del Comune ove ha sede l'ente ospedaliero;

3) da tre membri eletti dall'Assemblea dell'unità locale ove ha sede l'ente ospedaliero, con schede limitate a due nomi;

4) da un membro eletto da ciascuno dei consigli comunali dei comuni nei quali sono situati gli ospedali dipendenti dall'ente ospedaliero, eccettuato il Consiglio comunale del Comune in cui ha sede l'ente medesimo;

5) per gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi dell'art. 4 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, da due membri in rappresentanza degli originari interessi dell'ente, designati nei modi previsti dai rispettivi statuti e tavole di fondazione e, per gli enti ospedalieri costituiti ai sensi dell'art. 5 della stessa legge, da due membri designati dall'ente pubblico cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali.

*Art. 17 - Fusione di enti ospedalieri che amministrano ospedali generali provinciali o di zona, ovvero ospedali specializzati ovvero istituti di ricovero e cura e infermerie non classificabili.*

Gli enti ospedalieri aventi sede nel territorio di un medesima unità locale alle cui dipendenze siano ospedali generali classificati provinciali o di zona e gli Enti ospedalieri alle cui dipendenze siano istituti di ricovero e cura o infermerie non classificabili perché privi dei requisiti previsti dal Titolo III della Legge 12 febbraio 1968, n. 132 si fondono tra loro con decreto del Presidente della Giunta regionale su conforme deliberazione della Giunta stessa.

La sede del nuovo ente ospedaliero è stabilita con decreto del Presidente della Giunta regionale, col quale si dispone la fusione, nel comune ove ha sede l'ente ospedaliero da cui dipende l'ospedale generale provinciale ovvero, nel caso in cui nel territorio dell'unità locale non esista un ospedale generale provinciale, nel Comune nel quale risiedano gli organi dell'unità locale dei servizi sanitari e sociali.

Gli enti ospedalieri alle cui dipendenze siano ospedali specializzati possono fondersi con l'ente ospedaliero avente sede nel territorio di una medesima unità locale che amministra un ospedale generale classificato regionale o, in mancanza, provinciale o, in mancanza ancora, di zona. La fusione è attuata con decreto del Presidente della Giunta regionale su conforme deliberazione della Giunta stessa, ed è promossa dall'Assessore regionale alla Sanità sentita l'assemblea dell'unità locale e i consigli di amministrazione degli enti ospedalieri interessati. Il decreto del Presidente della Giunta regionale stabilisce la sede del nuovo ente ospedaliero, anche indipendentemente da quanto indicato nel precedente comma.

Gli ospedali, gli istituti di ricovero e cura e le infermerie di cui al se-

condo comma, se dipendono da enti ospedalieri aventi sede nel territorio di altra unità locale, sono costituiti in enti ospedalieri ai sensi dell'art. 5 della Legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Il decreto del Presidente della Giunta regionale è emanato entro ... mesi dall'insediamento degli organi dell'unità locale e indica la decorrenza della fusione.

*Art. 18 - Composizione del consiglio di amministrazione degli enti fusi.*

In caso di fusione di enti ospedalieri entrano a far parte del nuovo Consiglio di amministrazione due rappresentanti degli originari interessi degli enti che vengono a fusione.

Ove la fusione avvenga fra due enti ospedalieri, entra a far parte del Consiglio di amministrazione un rappresentante degli originari interessi di ciascuno degli enti fusi.

Ove la fusione avvenga fra tre o più enti ospedalieri, i rappresentanti degli originari interessi di ciascuno degli enti fusi, designati ai sensi dell'articolo 15, eleggono fra di loro i due componenti di cui al primo comma. Il Presidente dell'unità locale dei servizi sanitari e sociali promuove la designazione dei rappresentanti anzidetti e convoca la loro riunione al fine della nomina dei due componenti.

Il Presidente della Giunta regionale, col decreto di fusione, indica la composizione del nuovo consiglio di amministrazione.

*Art. 19 - Unità locali e istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.*

Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e gli enti comunali di assistenza collaborano con l'unità o le unità locali istituite nel territorio in cui svolgono la propria attività, al perseguimento delle finalità e degli obiettivi indicati nella presente legge.

Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza inviano alla unità locale in cui hanno sede il progetto annuale della relazione previsionale programmatica nella quale, in base ad un esame dell'attività dell'anno precedente, sono indicati con specificazione dei motivi, dei tempi di esecuzione e dei modi di finanziamento, gli interventi da svolgere, in particolare per ciò che concerne l'istituzione di nuovi servizi, le variazioni della pianta organica e le trasformazioni patrimoniali. L'U.L.S.S.S. esprime il proprio parere sulle relazioni ricevute e le trasmette alla Giunta regionale e alla Provincia.

L'U.L.S.S.S. può proporre riforme degli Statuti e delle amministrazioni, le fusioni, i mutamenti del fine e le trasformazioni delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza di cui alla legge 17 luglio 1890, n. 6972.

*Art. 20 - Unità locali e stabilimenti termali.*

Gli stabilimenti termali pubblici collaborano con le unità locali al perseguimento delle finalità e degli obiettivi indicati nella presente legge con le modalità di cui all'articolo precedente.

#### **Titolo IV. - NORME TRANSITORIE**

**Art. 21 -** Con l'emanazione dei decreti con cui il Presidente della Regione dichiara costituite le unità locali, cessano di pieno diritto, ai sensi dell'art. 167 del T.U. Leggi comunali e provinciali, approvato con R.D. 3-3-1934, n. 383, i Consorzi e le organizzazioni preesistenti comunque operanti in quell'ambito territoriale e che gestivano servizi da svolgersi tramite le unità locali stesse.

I Consorzi provinciali antitubercolari saranno sciolti con Decreto del Presidente della Giunta regionale entro ..... dalla costituzione delle unità locali nei relativi territori.

I servizi provinciali di Igiene mentale e gli altri servizi che la Provincia debba obbligatoriamente consorzicare, ai sensi della presente legge, passano in gestione alle unità locali operanti nei relativi territori entro ..... dalla loro costituzione.

Art. 22 - Il patrimonio dei consorzi e organismi preesistenti e disciolti a norma dell'articolo precedente, è ripartito secondo quanto previsto dallo articolo 168 del T.U. Leggi comunali e provinciali, R.D. 3-3-1934, n. 383.

I beni che, a norma dell'art. 168 del T.U.L.C.P. citato spettano ai Comuni e alle Province, relativi all'esercizio dei compiti di cui agli artt. 3 e 4 della presente legge, sono conferiti alle U.L.S.S.S. tenendo conto delle esigenze di tutte quelle costituite sul territorio in cui i beni stessi erano precedentemente utilizzati, nonché delle eventuali indicazioni del Presidente della Giunta regionale. Per l'utilizzazione dei beni che a norma dello stesso art. 168 T.U.L.C.P. spettano a soggetti diversi da Comuni e Province, le unità locali stipulano convenzioni.

Le U.L.S.S.S. si accordano per l'uso comune delle strutture sanitarie destinate a una U.L.S.S.S., ma alla cui utilizzazione è interessata un'area più vasta.

Art. 23 - Il personale già dipendente dai consorzi preesistenti di cui all'art. 21, e comunque in servizio presso gli enti stessi ma dipendente dagli Enti consorziati a termine della presente legge, è inserito nella organizzazione dell'U.L.S.S.S. a norma della lettera a) del I comma dell'art. 10 fermo restando lo stato economico e giuridico acquisito.

A favore del personale già dipendente dagli enti associati e dai consorzi preesistenti, che ricoprissi posti divenuti in soprannumero rispetto alle necessità delle corrispondenti U.L.S.S.S., si applica l'art. 64 del T.U. Leggi sanitarie approvato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265. I sanitari, che non siano riusciti vincitori del relativo concorso interno riservato per titoli, ancorché in soprannumero rispetto alle necessità delle corrispondenti U.L.S.S.S., sono addetti ai servizi di cui all'art. 11 della presente legge fermo restando lo stato economico e giuridico acquisito. Resta inoltre fermo quanto stabilito nel secondo comma dell'art. 10.

Lo stato giuridico ed economico del personale sanitario in servizio presso le unità locali sarà disciplinato sulla base di accordi regionali stipulati con le categorie interessate per regolare, secondo il criterio dell'omnicomprensività, la rinuncia alla quota sui proventi di cui alla lettera d) dell'art. 12, nonché la piena disponibilità lavorativa e la rinuncia all'esercizio della libera professione. Gli accordi possono prevedere eccezioni alla rinuncia allo esercizio della libera professione da parte dei sanitari condotti.

Art. 24 - L'unità locale cura lo svolgimento delle funzioni demandate ai consorzi provinciali antitubercolari dalla sezione II, Capo IV, del T.U. delle leggi sanitarie e delle altre leggi, compreso il pagamento delle spese di ospedalità.

Art. 25 - Il personale già dipendente dai consorzi provinciali antitubercolari è trasferito ai servizi per la lotta alle malattie sociali gestiti dalle singole unità locali.

Il personale ha diritto, in ogni caso, alla scelta della sede per ordine di qualifica e di anzianità nella qualifica. Il Presidente della Giunta regionale lo assegna alle diverse unità locali con il decreto di cui al 2° comma dell'art. 21.

Analogamente, entro il termine di cui al 3° comma dell'art. 21, il Presidente della Provincia provvede ad assegnare alle diverse unità locali il personale dei servizi provinciali di igiene mentale e degli altri servizi che la Provincia debba obbligatoriamente consorzicare ai sensi della presente legge.

**Art. 26** - La regione destina i contributi e sussidi per la lotta contro la tubercolosi alle unità locali ripartendoli secondo le esigenze delle singole zone.

I contributi di cui al comma 3° dell'art. 12 della presente legge, devono essere comprensivi delle somme dovute dai Comuni e dalle Province a tale titolo.

**Art. 27** - I Consigli di amministrazione degli enti ospedalieri esistenti alla entrata in vigore della presente legge restano in carica fino all'insediamento del nuovo Consiglio di amministrazione, che sarà effettuato dopo la scadenza del termine stabilito dall'8° comma dell'art. 9 della legge 12 febbraio 1968 n. 132 ovvero dopo lo scioglimento dei consigli stessi ai sensi dell'art. 17 della stessa legge.

Il Presidente della Giunta regionale alla scadenza o allo scioglimento di cui sopra, indica la composizione del nuovo Consiglio di amministrazione ai sensi della presente legge e ne promuove la costituzione e il suo insediamento entro . . . . mesi dalla scadenza o dalla data di notifica del decreto di scioglimento.

**Art. 28** - A regolare le situazioni non contemplate nelle norme precedenti provvedono le unità locali con convenzioni.

*Tabella delle unità locali dei servizi sanitari e sociali allegata alla legge a norma dell'art. 5.*

. . . . .

3. A sfatare la diceria che il discorso dell'unità locale e la sua concretizzazione riguardi solo la situazione politica e socio-culturale del Nord, arriva a fine novembre il disegno di legge dell'Assessorato alla Sanità e assistenza della Regione Basilicata per la « Istituzione delle unità locali dei servizi sanitari e sociali »:

#### ISTITUZIONE DELLE UNITÀ LOCALI DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI E COSTITUZIONE DEL FONDO REGIONALE PER IL FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIALI

**Art. 1** - *Istituzione delle U.L.S.S.S. sotto forma di consorzi tra Comuni e Province.*

La Regione istituisce su tutto il territorio regionale le unità locali dei servizi sanitari e sociali (U.L.S.S.S.) sotto forma di Consorzi tra Comuni e Province.

Le U.L.S.S.S. sono costituite per l'esercizio delle competenze proprie di Comuni e delle Province e di quelle delegate dalla Regione in materia di protezione sanitaria e sociale.

Le U.L.S.S.S. sono l'organismo locale di programmazione e di iniziativa politica nel settore sanitario e sociale e assumono iniziative volte ad assicurare la realizzazione unitaria e coordinata di tutte le attività sanitarie e sociali che si svolgono nel territorio di competenza.

**Art. 2** - *Delimitazione del territorio di competenza dell'U.L.S.S.S.*

Per i fini indicati nel precedente articolo il territorio regionale è suddiviso nei comprensori che sono indicati nella tabella allegata e che costituiscono l'ambito di competenza delle rispettive U.L.S.S.S.

La delimitazione dei comprensori può essere modificata con legge regionale sentiti gli Enti locali e le U.L.S.S.S. interessati.

*Art. 3 - Servizi gestiti dall'U.L.S.S.S. in forma consorziata.*

La U.L.S.S.S. gestisce in forma consorziata i seguenti servizi di competenza degli Enti associati:

- servizi di competenza dell'Ufficio sanitario comunale e dell'Ufficio veterinario comunale;
- servizi di assistenza medica ed ostetrica;
- servizi di medicina scolastica;
- centri per la lotta contro le malattie sociali;
- servizi di assistenza agli infermi di mente;
- servizi di assistenza agli infanti illegittimi, abbandonati o esposti all'abbandono;
- servizi di assistenza ai ciechi e ai sordomuti;
- servizi di assistenza agli inabili al lavoro;
- servizi integrativi obbligatori della Provincia di cui all'Art. 92 e 93 T.U. Leggi sanitarie R.D. 27 luglio 1934;
- ogni altro servizio igienico-sanitario o assistenziale di competenza comunale e provinciale, con esclusione dei laboratori provinciali di igiene e profilassi.

*Art. 4 - Deleghe della Regione alle U.L.S.S.S.*

La Regione delega alle U.L.S.S.S. l'esercizio delle funzioni amministrative in materia sanitaria trasferite o delegate ai sensi del D.P.R. 14 gennaio 1972 n. 4, nonché le funzioni amministrative trasferite o delegate in materia di assistenza e beneficenza pubblica di cui al D.P.R. 15 gennaio 1972 n. 9.

*Art. 5 - Norme statali che regolano la istituzione delle U.L.S.S.S. sotto forma di consorzi.*

L'istituzione dei consorzi di cui all'art. 1 è regolata dai principi contenuti nella legge comunale e provinciale approvata con R.D. 3 marzo 1934 n. 383, e successive modificazioni, del T.U. delle leggi sanitarie approvate con R.D. 27 luglio 1934 n. 1265 e successive modificazioni e da quelli previsti nella presente legge.

*Art. 6 - Adozione dello Statuto e costituzione dell'U.L.S.S.S.*

Lo Statuto delle singole U.L.S.S.S. è deliberato da ciascuno degli Enti consorziati. La relativa deliberazione è sottoposta al competente organo regionale di controllo.

Il Presidente della Regione dichiara con proprio decreto la costituzione dell'U.L.S.S.S. e l'adozione dello Statuto.

Con le stesse modalità si procede alle modifiche degli Statuti.

*Art. 7 - Organi dell'U.L.S.S.S.*

Sono organi dell'U.L.S.S.S. l'Assemblea consorziale, il Consiglio direttivo, il Presidente e gli altri eventualmente previsti dallo Statuto.

Lo Statuto disciplina la composizione, le modalità di elezione e le attribuzioni degli organi e ne regola il funzionamento.

In particolare lo Statuto disciplina:

- le modalità del concorso dei Comuni e delle Province consorziati alla

elaborazione del piano annuale di attività e del conseguente bilancio preventivo;

- le modalità di verifica dell'operato dell'U.L.S.S.S. da parte degli Enti consorziati.

Lo Statuto deve, altresì contenere norme:

- per assicurare che tra i membri nominati dai Comuni e dalle Province nell'Assemblea consorziale siano presenti rappresentanti espressi dalla minoranza;
- per garantire la partecipazione diretta della popolazione alla gestione dei servizi.

#### Art. 8 - *Finanziamenti.*

Il finanziamento dell'U.L.S.S.S. è assicurato da:

- a) contributi annui dei Comuni e delle Province interessati.

La determinazione della quota a carico di ciascuno degli Enti consorziati è demandata ai singoli statuti. Le quote di contribuzione non potranno comunque essere inferiori al complesso degli stanziamenti iscritti da ciascun Ente consorziato nel proprio bilancio nell'esercizio corrente per l'attuazione dei compiti di cui al precedente articolo 3.

Le Province partecipano al finanziamento di ogni U.L.S.S.S. secondo criteri approvati dal Consiglio provinciale;

- b) il contributo della Regione relativo alle funzioni dalla stessa delegate;
- c) gli altri contributi previsti dallo Statuto, dalle leggi e dai provvedimenti regionali e statali;
- d) i proventi derivanti da prestazioni di istituto rese nell'interesse di terzi.

#### Art. 9 - *Fondo regionale.*

E' istituito a carico del bilancio della Regione il fondo regionale per il finanziamento delle attività sanitarie e sociali.

#### Art. 10 - *Utilizzazione del fondo regionale.*

La Regione utilizza il fondo regionale di cui al precedente articolo per:

- il primo impianto delle U.L.S.S.S.;
- lo svolgimento delle attività istituzionali delle U.L.S.S.S.;
- la promozione e l'attuazione di altre attività sanitarie e sociali previste dal programma regionale.

In attesa dell'adozione del programma, il fondo regionale è utilizzato secondo gli orientamenti della Regione, tenuto conto anche dei programmi presentati dalle U.L.S.S.S.

L'utilizzazione del fondo è deliberata dal Consiglio regionale.

#### Art. 11 - *Norme finanziarie.*

Il fondo regionale per le attività sanitarie e sociali è stabilito per l'anno 1973 nell'importo di lire...

Per gli anni successivi si provvederà con appositi stanziamenti negli stati di previsione della spesa corrente dei rispettivi bilanci regionali di competenza.

All'onere per l'anno 1973 si provvede con il prelevamento delle disponibilità esistenti sui seguenti capitoli di spesa del bilancio regionale per l'esercizio in corso.

#### Art. 12 - *Cessazione dei Consorzi e delle Organizzazioni preesistenti e soppressione degli Enti comunali di Assistenza.*

Con l'emanazione dei decreti di cui al precedente art. 6, cessano di pieno diritto, ai sensi dell'art. 167 del T.U. Leggi comunali e provinciali, approvato con R.D. 3.3.1934, n. 383, i Consorzi e le organizzazioni preesistenti comunque operanti in quell'ambito territoriale e che gestivano servizi da svolgersi tramite le unità locali stesse.

Sono, altresì, soppressi gli E.C.A. Con provvedimento della Giunta regionale si provvede alla devoluzione del patrimonio degli E.C.A ed al trasferimento del personale alla rispettiva U.L.S.S.S., facendo salve le posizioni giuridiche ed economiche acquisite.

#### Art. 13 - *Personale.*

L'U.L.S.S.S. provvede ai propri compiti:

- a) con personale proprio, anche trasferito dagli Enti associati;
- b) con personale comandato dai Comuni e dalle Province interessati;
- c) con personale medico specialista assunto a tempo determinato.

Il personale di cui al punto c) può svolgere le sue mansioni presso diverse U.L.S.S.S.

L'U.L.S.S.S. può avvalersi, previa intesa, degli Uffici dei Comuni e delle Province interessate e della Regione.

Lo stato giuridico e lo stato economico del personale in servizio presso le U.L.S.S.S. sarà disciplinato da accordi regionali stipulati con le organizzazioni sindacali e sarà ispirato al principio della onnicomprensività.

#### Art. 14 - *Vigilanza, promozione politica ed assistenza tecnica.*

La Regione esercita attività di vigilanza, di promozione politica e di assistenza tecnica verso le U.L.S.S.S.

La Regione assicura altresì il coordinamento delle attività delle U.L.S.S.S. con quella degli altri Enti sanitari ed assistenziali che operano nel territorio regionale.

#### Art. 15 - *Comitato regionale per i servizi sanitari e sociali.*

E' istituito presso l'Assessorato regionale alla Sanità ed Assistenza il Comitato regionale per i servizi sanitari e sociali.

Il Comitato, nominato con decreto del Presidente della Giunta regionale su conforme deliberazione di Giunta, è presieduto dal Presidente della Giunta regionale o dall'Assessore regionale alla sanità ed assistenza ed è composto da:

- a) i Presidenti delle Amministrazioni provinciali di Potenza e Matera, o da due Assessori incaricati dai rispettivi Presidenti;
- b) i Presidenti delle U.L.S.S.S.;
- c) i Medici provinciali di Matera e Potenza;
- d) un rappresentante degli enti ospedalieri designato dalla rispettiva associazione regionale;
- e) un funzionario medico regionale designato dall'Assessore alla sanità ed assistenza;
- f) un funzionario della carriera direttiva amministrativa in servizio presso l'Assessorato alla sanità ed assistenza;
- g) n. 3 esperti designati dal Consiglio regionale.

Le funzioni di Segretario saranno svolte da un funzionario amministrativo in servizio presso l'Assessorato regionale alla sanità ed assistenza.

Il Presidente può far partecipare ai lavori del Comitato, con voto consultivo, per l'esame di singoli argomenti, esperti della materia.

Il Comitato si riunisce su convocazione del Presidente e quando lo richiedano i due Presidenti della Amministrazione Provinciale o almeno n. 5 Presidenti di U.L.S.S.S.

Il Comitato regionale per i servizi sanitari e sociali:

- 1) è organo consultivo della Regione in materia di protezione sanitaria e sociale;
- 2) esercita le attribuzioni dei Consigli provinciali di sanità relative alle funzioni trasferite alla Regione ai sensi del D.P.R. 14.1.1972, n. 4;
- 3) formula voti e proposte per l'adozione di provvedimenti in materia di sanità ed assistenza.

#### Art. 16 - *Norme transitorie.*

Fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria ed assistenziale ogni modificazione delle strutture sanitarie ed assistenziali da realizzarsi nell'ambito del territorio della Regione deve essere preventivamente autorizzata dalla Giunta regionale.

A tal fine gli enti assistenziali ed ospedalieri e gli altri enti di assistenza sanitaria inoltreranno alla Giunta regionale richieste motivate in ordine alla istituzione di nuovi presidi, alla realizzazione di nuove opere e all'ampliamento ed alle trasformazioni di opere già esistenti, all'aumento di posti-letto ovvero all'istituzione di nuove divisioni, sezioni, servizi di diagnosi e cura.

La Giunta regionale delibera, sentita la competente commissione consiliare ed il Comitato regionale per i servizi sanitari e sociali.

4. Infine, dopo un pregevole studio sul nostro tema dell'Assessorato alla sanità e assistenza della Regione Veneta uscito nell'estate, viene a fine anno divulgato ufficialmente il disegno di legge d'iniziativa della Giunta regionale sulla « Costituzione dei consorzi per la gestione unitaria dei servizi sociali e sanitari di interesse locale (Unità locali dei servizi sociali e sanitari) », che riproduciamo assieme alla relativa « relazione ».

## REGIONE VENETA

### GIUNTA REGIONALE

Disegno di legge di iniziativa della Giunta Regionale sulla « Costituzione dei consorzi per la gestione unitaria dei servizi sociali e sanitari di interesse locale (unità locali dei servizi sociali e sanitari) »).

#### RELAZIONE

##### *Premessa*

Con il presente disegno di legge — che viene posto nella prospettiva delle riforme della sanità e dell'assistenza e nel quadro più ampio del generale rinnovamento delle strutture del nostro Paese — si intende dare una risposta concreta alla esigenza dell'avvio della soluzione del problema dei servizi sociali e sanitari attraverso la creazione di strumenti capaci

di rendere unitari gli interventi sia sul piano istituzionale sia sul piano operativo.

L'attuale situazione giuridico-istituzionale non consente di dare piena attuazione ai valori culturali, agli orientamenti politici ed ai contenuti tecnici che le forze politiche, sociali e sindacali hanno espresso nel dibattito sulle riforme della sanità e dell'assistenza. Tuttavia consente di porre la Regione nel suo giusto ruolo politico e costituzionale quale punto di riferimento per una politica unitaria dei servizi e quale momento di sintesi e di confronto delle espressioni delle autonomie locali.

La mancanza delle leggi cornice e della definizione delle materie e dei poteri, cioè, se da un lato impedisce o pone su un terreno di incertezza la possibilità per la Regione di esercitare in modo pieno la potestà legislativa e di programmare in modo globale sulla base delle competenze costituzionali in materia sanitaria ed assistenziale, dall'altro lato consente la realizzazione di strumenti legislativi che, posti sul terreno della certezza del diritto e proiettati dinamicamente nel quadro generale delle autonomie, predispongono le condizioni normative e sostanziali per una organica politica dei servizi.

La Regione, dunque, può operare immediatamente avvalendosi dei suoi poteri attuali che, anche se limitati e frammentari, offrono tuttavia concrete possibilità di esercizio di competenze per l'avvio ad una ricomposizione unitaria dei servizi attraverso nuovi indirizzi politici che comportino nuovi modi organizzativi e nuovi contenuti tecnico-operativi.

Il motivo ispiratore del presente disegno di legge consiste, appunto, nella creazione di condizioni normative e quindi organizzative ed operative capaci di superare la logica settoriale tuttora dominante e, nel contempo nella creazione di strumenti e mezzi capaci di porre e risolvere in modo unitario e globale tutti i problemi relativi ai servizi.

Date queste finalità, i contenuti principali del disegno di legge sono i seguenti:

1) predisposizione di un quadro unitario di riferimento e orientamento per ogni iniziativa di politica sanitaria e assistenziale sia a livello regionale sia a livello di Comune e « Comprensori » di comuni;

2) creazione di strumenti territoriali, istituzionali e tecnici per la programmazione e la gestione dei servizi;

3) indicazione, promozione e coordinamento di quelle attività che, nei limiti consentiti dalle leggi e dagli attuali poteri e competenze della Regione e degli Enti locali minori, si inseriscano nelle linee delle riforme e, in particolare, nella prospettiva di un assetto generale dei servizi sociali e sanitari.

Si tratta allora di una meta intermedia, perché resta fermo che solo le leggi di riforma, conferendo i pieni poteri costituzionali spettanti alla Regione, possono dare completa soluzione ai problemi della sanità e della assistenza, realizzando in modo definitivo gli obiettivi che si vogliono perseguire e che, dal punto di vista organizzativo, consistono essenzialmente nella creazione di strutture atte a rendere effettivo il diritto alle prestazioni che da settoriali e spesso puramente formali devono diventare unificate ed effettive.

La esigenza delle riforme sanitarie e assistenziali è sorta in contrapposizione all'attuale assetto istituzionale ed organizzativo che, essendo rispettivamente basato sul sistema mutualistico e sulla concezione caritativa e riparatrice invece che sul diritto soggettivo, si discosta dalle reali e dinamiche esigenze della società e dai principi della Costituzione.

Si tratta del diritto soggettivo alla tutela della salute ed alla promozione e valorizzazione della persona umana. Nel concetto di tutela e di promo-

zione è implicita l'esigenza di interventi preventivi, oltre e prima che sullo individuo, nell'ambiente nel quale egli vive e lavora.

E' evidente che l'attuale situazione organizzativa — derivante da un assetto istituzionale caratterizzato da sovrapposizioni di competenze e di funzioni dei più disparati Enti — non può rispondere alle esigenze di interventi diretti al superamento delle attuali soluzioni emarginanti molto spesso effettuate con azione discrezionale e riparatrice degli effetti negativi derivanti dagli squilibri economici, sociali e territoriali.

A superamento, appunto, di tale situazione si rende necessaria, nella attesa delle Riforme, la creazione di strumenti territoriali e istituzionali che, inseriti nel quadro generale della politica del territorio e dello sviluppo economico e sociale, assumano la gestione unitaria delle strutture e dei servizi esistenti, e, nel contempo, promuovano servizi nuovi, da creare in base alle risorse e a seconda delle esigenze e della volontà delle comunità interessate.

In tale contesto possono inserirsi le iniziative private, anche in ossequio alla concezione pluralistica della Costituzione.

Nell'attuale situazione giuridico-istituzionale, la creazione di strumenti con tali scopi e contenuti potrebbe sembrare improponibile se non venisse caratterizzata da cose possibili sia sul piano giuridico sia sul piano operativo.

La opportunità di mantenersi nell'alveo della certezza del diritto non deve, però, comportare la menomazione degli effettivi poteri che la Costituzione conferisce alla Regione. Il disegno di legge, cioè, anche se non abbraccia in modo pieno la materia, deve immediatamente caratterizzarsi come espressione dell'autonomia e della potestà legislativa regionale.

Così il disegno di legge si caratterizza per le norme volte alla soluzione del problema organizzativo che è il più preoccupante tra quelli relativi ai servizi sociali e sanitari.

Per la soluzione di tale problema si sono recepiti i principi politici e democratici e i contenuti tecnico-scientifici ed organizzativi offerti dalla tematica intorno all'unità sanitaria locale e all'unità locale dei servizi che, per motivi non solo formali ma anche sostanziali, possono essere denominate unità locali dei servizi sociali e sanitari (U.L.S.S.S.).

Con quest'ultima, i problemi non vengono affrontati in modo settoriale e parziale, ma globale, sulla base della politica generale dell'assetto del territorio.

I servizi sanitari di base si possono allora strettamente collegare con i servizi ospedalieri e con i servizi sociali e scolastici che, avendo numerosi fattori in comune, devono essere considerati in una prospettiva unitaria tra essi da una parte e con tutte le componenti il processo di sviluppo economico e territoriale dall'altra parte.

Dal punto di vista dell'assetto del territorio, l'unità locale dei servizi sociali e sanitari concorre a garantire a tutta la comunità interessata condizioni di residenza sufficientemente omogenee, offrendo a tutti i residenti possibilità di facile accesso ai vari servizi con distanze sopportabili e tali da consentire libertà di scelta, concorrendo altresì al riequilibrio del territorio.

Quanto alla organizzazione, l'unità locale dei servizi sociali e sanitari è una diretta emanazione delle comunità locali alle quali spetta la programmazione e la gestione dei servizi.

I servizi sociali infatti, dovranno anche realizzare le aspirazioni dei cittadini a diventare protagonisti del loro sviluppo sociale, economico ed umano.

Ciò significa non solo che l'uomo deve essere al centro dell'interesse di

ogni politica sociale, ma anche che l'uomo, in quanto utente del servizio, deve essere posto in grado di influire sul servizio stesso, cioè deve partecipare alla sua gestione nei modi che una democrazia reale propone.

### *Illustrazione del disegno di legge*

Venendo alla illustrazione del disegno di legge con il quale si intende tradurre sul piano normativo i concetti ed i principi esposti ed anticipare, nei limiti consentiti dagli attuali poteri e competenze regionali, le riforme della sanità e dell'assistenza, è da dire che il problema centrale si rinviene nel dare un nuovo assetto territoriale ai servizi sociali e sanitari attualmente gestiti dagli enti territoriali minori.

Non già per la via degli interventi legislativi puntuali e scoordinati, ma con quella visione globale del problema stesso, che sola consente una programmazione dell'intero complesso delle attività pubbliche in gioco. Più precisamente, con l'istituzione su tutto il territorio regionale di Consorzi necessari fra i Comuni e le Province, denominati appunto « unità locali dei servizi sociali e sanitari », il disegno di legge si propone di porre rimedio alle difficoltà nelle quali si trovano tutti quegli enti comunali i cui servizi sono oggi degradati o resi inoperanti, sia per ostacoli di ordine finanziario, sia per la concorrenza dei più ampi enti pubblici (dallo Stato alle istituzioni assistenziali non territoriali), sia per la frequente insufficienza delle loro dimensioni demografiche e territoriali. La precaria situazione in atto lascia per se stessa intendere, in altre parole, la necessità di creare un sistema che permetta di svolgere in tal campo un'azione coordinata, concentrando negli enti territoriali minori più ampi poteri effettivi e maggiori responsabilità. E di qui nasce la presente proposta, che mira in sostanza da una parte, ad aggregare gli sforzi attualmente dispersi e dall'altra parte a promuovere quelle attività che si inseriscano nelle linee delle riforme, fornendo i supporti normativi e gli incentivi finanziari indispensabili allo scopo.

Lungo questa linea si pongono gli interventi di carattere preparatorio o transitorio che taluni singoli enti regionali, speciali ed ordinari, hanno già adottato o si propongono di adottare con analoghi intenti. Basti ricordare, in questo senso, che nel Friuli-Venezia Giulia è in corso di applicazione la legge regionale 12 dicembre 1972, n. 58, sull'unificazione dei presidi sanitari di base per mezzo di consorzi costituiti dai Comuni e dagli enti ospedalieri; che in Lombardia è stata approvata la legge regionale 5 dicembre 1972, n. 37, istitutiva di comitati sanitari di zona comunali od intercomunali, sia pure con l'unico compito di promuovere in materia sanitaria rapporti di collaborazione fra i vari soggetti interessati; e che nell'Emilia-Romagna la Giunta Regionale ha da tempo predisposto un progetto di legge tendente ad associare i Comuni e le Province per l'esercizio unitario di una serie di funzioni in tema di assistenza sanitaria e sociale.

Un insuperabile ostacolo al nostro disegno di legge parrebbe derivare dalla clausola dell'art. 5, I comma del D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4, che ha stabilito in proposito — analogamente a tutti gli altri decreti sul trasferimento delle funzioni statali alle Regioni — una vastissima riserva di competenza statale. « Fino a quando con legge dello Stato non sia provveduto al riordinamento ed alla distribuzione delle funzioni amministrative fra gli enti locali » — dispone in effetti questo articolo — « sono conservate alle province, ai comuni ed agli altri enti locali le funzioni amministrative di interesse esclusivamente locale... ». Letteralmente ed isolatamente interpretata, una clausola del genere potrebbe escludere alle Regioni ordinarie qua-

lunque misura rivolta a modificare l'assetto territoriale delle funzioni sociali e sanitarie di interesse locale, ivi compresa l'istituzione di consorzi sulla base di leggi regionali. In altri termini, l'ordinamento dei Comuni e delle Province sembrerebbe essere stato escluso dalla competenza regionale, anche per quanto si riferisce alla regolamentazione ed alla creazione dei consorzi di enti locali, nelle stesse materie integralmente spettanti alle Regioni, quali l'assistenza sanitaria e la beneficenza pubblica.

Ragionamenti del genere si fondano, però, sopra una serie di premesse infondate e comunque inapplicabili al caso in esame. In realtà, il presente disegno di legge non incide affatto sull'orientamento delle funzioni e dei servizi comunali e provinciali, per sé considerati. Al contrario, esso si limita a prevedere — sulla base di precise indicazioni del D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4, e delle stesse leggi statali preesistenti (a cominciare dal Testo Unico delle leggi sanitarie e dalla legge comunale e provinciale del 1934) — che il loro servizio e la loro gestione si svolgano ad un livello più congruo, in modo da non disperdere le forze dei singoli enti locali coinvolti in questa azione.

Si aggiunga che la via seguita dal presente disegno per raggiungere lo scopo, cioè l'istituzione di appositi consorzi, trova precisi riscontri tanto nella legge comunale e provinciale del 1934 quanto nel ricordato Testo Unico delle leggi sanitarie. La prima consente, infatti, la costituzione anche coattiva di consorzi fra gli enti locali, là dove si tratti di provvedere a opere o servizi di natura obbligatoria (cfr. artt. 157 e 171 del T.U. 5 marzo 1934, n. 383, e successive modificazioni); ed il secondo specifica questa generale previsione, recante una serie di esempi di consorzi sanitari suscettibili di essere formati con atto di autorità, indipendentemente da una previa intesa fra gli enti consorziati (cfr. artt. 33, 59, 63 ss., 95 del Testo Unico 27 luglio 1934 n. 1265).

Del resto, sono proprio le norme di trasferimento delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria, che riconoscono esplicitamente alle Regioni la potestà di creare (e dunque di disciplinare con legge) le amministrazioni consorziali occorrenti per gestire servizi sanitari di natura obbligatoria. Nell'enumerare gli oggetti più importanti del trasferimento, l'art. 1, 2° comma lett. i) del D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4, reca un'apposita menzione delle funzioni amministrative concernenti « la costituzione di consorzi per il servizio di assistenza medico-chirurgica ed ostetrica ». Del pari l'art. 1 ultimo comma del medesimo decreto abilita le Regioni ordinarie alla « costituzione di consorzi per il servizio di assistenza veterinaria ». Né si può dire che il consorzio degli enti locali ricade in questi soli punti nella competenza regionale. Vale in contrario la disposizione generale dell'art. 3 del D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4, che affida alle Regioni « le funzioni amministrative, ivi comprese quelle di vigilanza e di tutela, esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in ordine agli enti, consorzi, istituti ed organizzazioni locali operanti in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera. E vale, inversamente, la considerazione decisiva che le relative riserve di competenza statale, elencate dall'art. 6 del D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4, non riguardano affatto la costituzione di consorzi fra gli enti locali.

Procedendo alla costituzione dei consorzi previsti dal disegno di legge, la Regione Veneta non attua, pertanto, alcuna invasione della competenza statale. Né, d'altra parte, essa viene a ledere l'autonomia degli enti interessati, malgrado la natura necessaria della loro aggregazione. Basta considerare la inadeguatezza dei servizi sociali e sanitari prestati da molti se non da tutti i Comuni della regione, per rendersi conto che la presente proposta non comporta una diminuzione, ma un potenziamento delle loro reali possibilità;

tanto più che in questo quadro sono sempre gli enti locali a prendere le decisioni ultime, sia pure in una forma congiunta anziché dissociata, mentre alla Regione non rimane che un'attività d'impulso, di coordinamento e di finanziamento.

Venendo ai particolari della disciplina in tal senso progettata, giova anzitutto precisare che i compiti suscettibili di essere svolti dalle istituende « Unità locali dei servizi sociali e sanitari » saranno di due specie. Da un lato staranno, cioè, le funzioni o i servizi obbligatori, elencati nella prima parte dell'art. 1 del presente disegno di legge, in ordine ai quali il consorzio risulterà necessario, e non potrà non estendersi a tutto il territorio regionale. D'altro lato, però, i singoli consorzi potranno anche venire investiti di una serie previamente indefinita di servizi ulteriori, a condizione che il loro esercizio congiunto sia deliberato dagli organi rappresentativi di tutti gli enti locali consorziati.

Precisamente, i servizi obbligatori dei Consorzi coincidono con l'area delle funzioni obbligatorie spettanti ai Comuni, in base a precise disposizioni di legge statale, per i settori della sanità e dell'assistenza sociale. In particolare modo, si tratta qui di servizi di natura preventiva: intendendosi per prevenzione, oltre che la diagnosi precoce, la ricerca e la rimozione delle cause di malattia e di emarginazione sociale. E' sotto questo profilo, in verità, che appare in piena evidenza la saldatura esistente fra gli aspetti sanitari e quelli assistenziali dei problemi affrontati dal presente disegno di legge. I servizi che nel campo preventivo sono volti — rispettivamente — alla tutela della salute ed alla promozione sociale della persona, interagiscono infatti in modo tale da non poter essere distinti con nettezza. E da qui deriva il precipuo motivo della necessità di dare una base territoriale ed istituzionale comune alla programmazione ed alla gestione dei servizi non solo sociali e sanitari ma anche scolastici. Per questo motivo, appunto, sorgerà anche la necessità di una identificazione territoriale dell'unità locale dei servizi sociali e sanitari con il distretto scolastico.

A fondamento dell'individuazione di questi piuttosto che altri compiti consorziali obbligatori stanno, al tempo stesso, ragioni di politica legislativa e considerazioni di legittimità costituzionale. Nel primo senso, le argomentazioni già esposte rendono chiara l'esigenza di mettere i mezzi e le esperienze delle Province o dei grandi Comuni al servizio degli enti comunali incapaci di gestire da soli un adeguato complesso di servizi sanitari e sociali. Nel secondo senso, giova ricordare che l'istituzione di consorzi necessari rappresenta tuttora alcunché di eccezionale nel sistema della legislazione comunale e provinciale; e che l'eccezione si giustifica attualmente, proprio nelle ipotesi in cui si palesi l'opportunità di un servizio unitario di determinate funzioni comunali o provinciali obbligatorie. Ciò spiega il perché della pedissequa indicazione delle fonti legislative statali, cui si ricollegano e sulle quali si basano le previsioni delle singole lettere della prima parte dell'art. 1.

Effettivamente, l'art. 1, 1° comma del presente disegno di legge non comporta alcuna deroga all'ordinamento vigente, salvi soltanto due profili che sono importanti nel quadro della normativa regionale così progettata, ma sicuramente non incidono sui principi fondamentali delle materie in questione. La prima di tali innovazioni sta in ciò che i Consorzi per i servizi sanitari e sociali comprendono anche le Province, mentre le amministrazioni consorziali previste dal T.U. delle leggi sanitarie sono costituite dai soli Comuni; ma la riforma in tal modo introdotta corrisponde a quel principio della legge comunale e provinciale, onde Comuni e Province possono venire consorziati per esercitare funzioni obbligatorie di comune competenza. A sua volta, la

seconda innovazione consiste nel carattere plurifunzionale dei Consorzi sanitari e sociali, al di là della prassi per cui tali enti si vedono comunemente affidate funzioni amministrative assai puntuali. Ma il disegno non può considerarsi neanche da questo lato lesivo delle norme generali sui Consorzi fra enti locali, visto che la legge comunale e provinciale del 1934 si limita a richiedere che gli scopi dei consorzi stessi siano determinati; e la determinazione non manca nel caso in esame, dato che le funzioni obbligatorie dei Consorzi sanitari e sociali sono già direttamente definite dal presente disegno di legge, mentre le funzioni facoltative troveranno pur sempre la loro definizione nei singoli statuti consorziali.

Più delicata, se mai, potrebbe parere l'estensione delle competenze consorziali a determinati soggetti, sul tipo della profilassi delle malattie trasmissibili, in ordine ai quali la Regione non dispone di attribuzioni proprie, ma esercita solo funzioni statali delegate. Tuttavia, esiste una evidente connessione tra i poteri istitutivi di consorzi sanitari relativi al primo ed al secondo genere di competenze.

La soluzione prescelta ricava pertanto la propria giustificazione dalla necessaria organicità delle materie regionali, espressamente voluta dall'art. 17 lett. b) della legge finanziaria; ed anzi ritrova un aggancio nelle stesse norme statali di trasferimento, le quali hanno disposto la delega alle Regioni delle funzioni amministrative concernenti « i servizi di vigilanza igienica e di profilassi negli enti locali e loro consorzi ».

Ora, la serie dei compiti obbligatori elencati dall'art. 1, 1° comma, sarebbe per sé bastevole a legittimare la creazione di appositi Consorzi. Lo sforzo che sarà loro richiesto a questa stregua risulterà assai notevole: tanto più che le funzioni consorziali si dovranno estendere — secondo l'art. 2 del presente disegno di legge — alla deliberazione dei regolamenti per la disciplina dei servizi loro attribuiti. Peraltro, l'art. 1, 2° comma facoltizza gli enti consorziati ad assumersi altri compiti sanitari od assistenziali; senza che in tal caso si debbano ogni volta costituire consorzi formalmente nuovi, ma semplicemente sulla base di opportune modificazioni statutarie, ai sensi dell'art. 6 ultimo comma dello stesso disegno di legge. Inoltre, è parso opportuno fare dei Consorzi stessi i punti comuni di riferimento di tutte le altre funzioni sanitarie ed assistenziali infraregionali, attualmente svolte da una miriade di enti del più vario tipo: consentendo loro di promuovere — ai sensi dell'art. 1, 3° comma — incontri e scambi di informazioni con le istituzioni concorrenti, secondo l'esempio della citata legge Lombarda 5 dicembre 1972, n. 37.

In questo stesso quadro si colloca poi la disposizione dell'art. 3 del presente disegno di legge, per cui i Consorzi sono i naturali destinatari delle deleghe amministrative regionali in materia sanitaria ed assistenziale in genere. Quanto alle deleghe, invero, due sarebbero state le soluzioni estreme astrattamente possibili: l'una consistente nel dettare una disposizione limitantesi a facoltizzare in questo senso l'amministrazione regionale (secondo l'art. 6 della legge 12 dicembre 1972, n. 58 cit., della Regione Friuli-Venezia Giulia), l'altra implicante, viceversa, la devoluzione immediata di determinate funzioni nei confronti dei Consorzi sanitari e sociali. Ma entrambe le alternative sono state deliberatamente scartate; giacché una previsione meramente autorizzativa, sul tipo di quella contenuta nella legislazione del Friuli-Venezia Giulia, appare affatto superflua e carente di ogni contenuto; mentre una delega immediata a favore di consorzi non ancora organizzati ed entrati in funzione sarebbe chiaramente prematura (e per di più lascerebbe insoddisfatta l'esigenza che le funzioni regionali da delegare siano individuate di concerto con gli stessi enti delegati). Di qui, pertanto, la soluzione intermedia

prescelta dall'art. 3, che nell'impossibilità di concretare fin d'ora specifici rapporti delegativi intende quanto meno stabilire un vincolo, sia pure meramente politico, a carico delle future leggi regionali deleganti.

Circa le procedure per la determinazione e per l'organizzazione dei Consorzi — disciplinate dagli artt. 4, 5 e 6 del disegno di legge — esse sono fondamentalmente caratterizzate dalla compartecipazione dell'Ente Regione e degli enti locali interessati; sicché la natura necessaria dei Consorzi stessi non esclude per nulla che la loro dimensione e il loro assetto risultino da una serie di scelte almeno parzialmente autonome.

L'art. 4, I comma, indica una soglia minima di popolazione pari a 50.000 abitanti, al di sotto della quale i Consorzi non saranno di regola istituibili, data l'impossibilità di organizzare servizi funzionali ed economicamente convenienti al di sotto di una certa soglia demografica.

Le dimensioni spaziali e demografiche del Consorzio devono cioè essere tali da risultare diretta funzione dei fini da raggiungere e, in particolare, devono permettere:

1) una programmazione, una integrazione funzionale e una gestione unitaria dei servizi economicamente conveniente (necessità di superare una soglia minima di popolazione);

2) un agevole accesso ai servizi intensivi in un tempo ragionevole.

Da questi vincoli derivano i criteri fondamentali per la suddivisione del territorio.

Criteri che, però, incontrano spesso dei limiti nelle condizioni geomorfologiche che variano da una zona all'altra e che, per ciò stesso, consigliano di adottare soglie di popolazione minima e massima adattabili alle varie situazioni.

Conseguentemente, la gran parte degli istituendi Consorzi dovrà essere composta da una o più Province o da vari Comuni; e solo in via di eccezione, cioè nelle zone appartenenti ai Comuni maggiori, vi potranno essere Consorzi costituiti tra un singolo ente comunale ed il rispettivo ente provinciale. Così non possono costituirsi Consorzi composti da quartiere o da frazioni comunali, anziché da Comuni complessivi, poiché in quest'ultimo caso ne deriverebbe una troppo sensibile frattura del vigente ordinamento comunale e provinciale.

Ora, in questi termini, l'art. 5 dispone che il progetto per l'individuazione di ciascuna circoscrizione consorziale venga elaborato dalla Giunta. Ma il medesimo articolo precisa che le varie Province e i Comuni interessati potranno a questo punto formulare le loro controproposte, aggiungendo che le richieste degli enti locali dovranno venire soddisfatte dal Consiglio regionale, salva — beninteso — l'indispensabile opera consiliare di mediazione fra le tesi comunali o provinciali eventualmente incompatibili.

Al fine di accentuare la democraticità del procedimento organizzativo dei Consorzi, l'art. 5, ultimo comma, prevede altresì che la loro istituzione sia disposta con decreto del Presidente della Giunta Regionale; ma non affida al Presidente stesso l'approvazione contestuale del relativo Statuto. Al contrario, la normativa statutaria è previamente deliberata dalle stesse assemblee consorziali (provvisoriamente costituite ai sensi dell'art. 5, ultimo comma, nonché dell'art. 6, 3° comma del disegno).

Per accelerare la sollecitata emanazione e per assicurare una certa uniformità dei diversi testi statutari, l'art. 6, 2° comma, si limita a prevedere che il Consiglio regionale formuli preventivamente uno statuto-tipo, da sottoporre all'esame di ciascuna assemblea consorziale. Ma le uniche disposizioni inderogabili da parte dei Consorzi sono quelle direttamente stabilite dall'art. 6, 3° e 4° comma. Il primo stabilisce infatti che i componenti delle

assemblee consorziali vengano comunque eletti con voto limitato, così da garantire un certo numero di rappresentanti alle stesse minoranze politiche.

Il secondo aggiunge che ogni statuto debba contenere norme sulla consultazione delle organizzazioni più direttamente interessate; norme che avranno essenzialmente l'ufficio di regolamentare un apposito comitato consultivo, secondo un modello non dissimile da quello che già si ritrova nella legge regionale 25 gennaio 1973, n. 7, in materia di asili nido.

Oltre che per la scelta del campo preventivo, la legge si caratterizza anche nel creare ampio spazio per la partecipazione dei cittadini alla gestione dei servizi. La partecipazione oltre che un fatto democratico, è un mezzo per il superamento della burocratizzazione e della categorizzazione, in quanto una comunità cosciente pone in primo piano le esigenze collettive della promozione sociale e, superando la concezione tecnicistica, adatta i servizi alla propria realtà che è dinamica e non statica.

Con la partecipazione, inoltre, si può iniziare a dare l'avvio all'importante aspetto della educazione sanitaria il cui compito primario consiste nel fare acquisire anche dalla popolazione le conquiste della medicina.

La partecipazione, che coinvolge problemi non facilmente risolvibili né sul piano politico né su quello pratico, deve essere concretizzata in ogni caso attraverso una commissione consultiva composta da rappresentanti nominati dalle « formazioni sociali presenti nell'ambito territoriale del Consorzio ».

Con l'istituzione e la prima entrata in funzione dei Consorzi sanitari e sociali, cesseranno di esistere tutti gli enti consorziati congeneri, fatta eccezione per i Consorzi provinciali antitubercolari, che sono fatti salvi dall'art. 7, 2° comma del presente disegno di legge, visto che la loro persistenza sembra essere imposta dall'art. 13, 3° comma del D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4 cit. Quanto alle altre concorrenti istituzioni l'art. 8 del disegno di legge prevede la possibilità per i Consorzi di stipulare, per la migliore effettuazione dei servizi di loro competenza, apposite convenzioni oltre che con gli enti ospedalieri con le altre istituzioni pubbliche e private operanti in materia di assistenza sociale, sanitaria e di beneficenza pubblica.

Con tale norma, riaffermando la legittimità costituzionale dell'assistenza privata, si instaura sul piano operativo la concezione pluralistica dell'assistenza attraverso la valorizzazione dell'iniziativa sia pubblica che privata.

L'assistenza privata, con determinate garanzie qualitative dei servizi, può partecipare ai pubblici servizi sociali.

Tale partecipazione si effettua attraverso la programmazione dei servizi a tutti i livelli e, in particolare, a livello locale.

Le iniziative private, cioè, qualora intendano far parte dei progetti sociali di servizio pubblico, devono concretamente partecipare alla formulazione dei piani e devono porsi nel più vasto quadro dei servizi sociali pubblici perseguendo insieme con questi ultimi il raggiungimento di finalità comuni.

Soltanto attraverso tale modo di procedere, le iniziative private possono assumere un ruolo integrativo e non conflittuale o di concorrenza o duplicativo delle iniziative pubbliche, con tutti i vantaggi di varia natura facilmente immaginabili.

A tali scopi, evidentemente, la Regione dovrà svolgere un'opportuna attività di impulso e di coordinamento, provvedendo eventualmente a trasformare o anche, dove possibile, a sopprimere quelle istituzioni che non risultino atte al raggiungimento degli obiettivi posti.

Una volta pienamente organizzate, le Amministrazioni consorziali do-

vranno d'altra parte elaborare annuali programmi di attività, per poter richiedere ed ottenere i finanziamenti regionali previsti dagli artt. 9 e 10 del disegno di legge. In particolar modo, è per questa via che la Regione potrà promuovere il consorzio di ulteriori servizi sociali e sanitari, diversi da quelli obbligatori cui si riferisce l'art. 1, 1° comma. La manovra finanziaria rappresenta, infatti, l'unico modo per indurre i Consorzi ad allargare il loro ambito di attività, senza violare i principi della legge comunale e provinciale del 1934. Del pari, è con questo tipo di incentivi che la Regione può indurre i Consorzi a gestire unitariamente determinati servizi facoltativi, di primaria importanza dal punto di vista regionale, come sono quelli specificatamente indicati dall'art. 9, 2° comma del disegno di legge.

Ne segue che il sistema progettato si fonda su due specie di contributi regionali, cui corrispondono distinti stanziamenti ai sensi dell'art. 11: gli uni destinati a fronteggiare una parte delle spese di primo impianto e di funzionamento ordinario delle amministrazioni consorziali; gli altri assegnabili, appunto, per agevolare gli ampliamenti dello scopo sociale dei Consorzi, secondo le esigenze prioritarie già individuate da parte regionale. In entrambi i casi, tuttavia, comune è il procedimento di assegnazione, che si conclude con l'approvazione consiliare dei piani di riparto proposti dalla Giunta, in applicazione del criterio stabilito dall'art. 2, 1° comma della legge regionale 1 settembre 1972, n. 12.

### *Conclusioni*

Sembra che le funzioni e i compiti — sia obbligatori che facoltativi elencati dal disegno di legge — possano essere sufficienti e validi per la promozione di servizi nuovi e per lo sviluppo e l'integrazione dei servizi esistenti.

In particolare, per quanto riguarda la promozione di servizi nuovi che hanno specifico riferimento nel settore dell'assistenza — alla quale pure si vuole dare una accentuazione in senso preventivo — di fronte ai pochissimi poteri degli enti locali in tale materia e alle frammentarie funzioni della Regione (tutte peraltro improntate alla sostanza e ai procedimenti tradizionali), non ci si può riferire che alla invenzione di attività facoltative.

Si tratta di servizi imposti da precise esigenze emergenti dalla società e che, superando la linea della povertà, devono essere rivolti a tutti i cittadini ed essere concretamente finalizzati alla rimozione delle cause di emarginazione e di esclusione sociale e al mantenimento dell'individuo nel proprio ambiente.

E' evidente che per una conveniente produttività di tutti i servizi si rende indispensabile sia la collaborazione degli ospedali che devono mettere a disposizione il proprio personale e le proprie attrezzature diagnostiche, sia la collaborazione delle I.P.A.B. che devono essere trasformate nel senso di porle in grado di prestare servizi specializzati ad integrazione dei servizi di base dei consorzi.

Ed è chiaro che, a tal fine, i servizi ospedalieri di base in sede di programmazione dovranno trovare la loro collocazione nelle unità locali dei servizi sociali e sanitari in virtù delle quali tutto il territorio regionale si può caratterizzare per servizi di base distribuiti in modo capillare e strettamente integrati con la comunità, che li gestisce.

Ciò anche allo scopo della riduzione dei ricoveri.

Così la programmazione dei servizi sociali e sanitari deve essere posta nel quadro e nella prospettiva di un profondo rinnovamento e non sulla base

di un semplice coordinamento delle strutture esistenti e di quelle da creare.

In quest'ultimo caso si esalterebbe la realtà esistente e si otterrebbe inevitabilmente la estrapolazione e il rafforzamento dell'attuale situazione che, invece, deve essere cambiata in coerenza con le nuove mutevoli esigenze poste continuamente in essere da una società in evoluzione.

Da tutto ciò discende che i Consorzi, visti quali strumenti innovativi, devono far parte integrante di un più generale processo di programmazione economica, territoriale e sociale, in quanto il raggiungimento dei loro obiettivi potrà essere realizzato in modo soddisfacente soltanto in presenza di convergenti effetti derivanti da più ampie scelte politiche: scelte nel settore del territorio ed urbanistico per la creazione di un ambiente adatto alla vita e alla promozione sociale; nel settore della scuola per la promozione culturale e la formazione di personale adeguato ai nuovi compiti.

E' in un processo di rinnovamento siffatto che i Consorzi, nell'attesa delle riforme, possono iniziare a svolgere un ruolo positivo nel campo della tutela della salute e della promozione sociale, attraverso interventi volti in modo prevalente alla rimozione delle cause di malattia e di bisogno, effettuati mediante un sistema di servizi aperti a tutti i cittadini in contrapposizione ai servizi chiusi e molto spesso emarginanti.

Infine, è evidente che alla emanazione della legge istitutiva dei Consorzi — che hanno il precipuo scopo di effettuare una inversione di tendenza nella organizzazione, gestione e prestazioni sanitarie e assistenziali — devono seguire coerenti normative e direttive che la Regione, con azioni ed atti opportuni, darà conformemente alla sua funzione di indirizzo e di coordinamento.

Tali essendo i contenuti e gli scopi del disegno, la Giunta confida che esso venga sollecitamente approvato dal Consiglio Regionale.

## TESTO DEL DISEGNO DI LEGGE

### ART. I

Nella prospettiva delle riforme della sanità e dell'assistenza, la Regione del Veneto promuove su tutto il territorio regionale, ai sensi della presente legge, la costituzione di Consorzi fra i Comuni e le Province, denominati « unità locali dei servizi sociali e sanitari », per la gestione unitaria dei seguenti servizi obbligatori:

a) assistenza medico-chirurgica ed ostetrica e somministrazione gratuita dei medicinali ai poveri, secondo gli articoli 4 e 55 e seguenti del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265;

b) profilassi e cura gratuita delle malattie veneree, di cui agli articoli 8 e seguenti della legge 25 luglio 1956 n. 837;

c) vigilanza igienica e profilassi delle malattie trasmissibili, di cui agli articoli 3, 33 ed 82 e seguenti del testo unico delle leggi sanitarie;

d) vigilanza igienica degli asili-nido e delle scuole e tutela sanitaria della popolazione scolastica, ai sensi degli articoli 10 e seguenti del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, nonché dell'articolo 7 della legge 6 dicembre 1971, n. 1044;

e) tutela sanitaria delle attività sportive, nelle forme previste dalla legge 26 ottobre 1971, n. 1099;

f) assistenza, ispezione e vigilanza veterinaria, ai sensi dell'articolo 3 del D.P.R. 11 febbraio 1962, n. 264;

g) assistenza degli infanti illegittimi, abbandonati o esposti all'abbandono, di cui agli artt. 91 lett. h) n. 5 e 144 lett. g) n. 2 del testo unico della legge comunale e provinciale approvato con regio decreto 5 marzo 1934, n. 383;

h) mantenimento degli inabili al lavoro, di cui all'articolo 91 lett. h) n. 6 del predetto testo unico della legge comunale e provinciale.

Ai consorzi può essere affidata, d'intesa fra i Consigli di tutti gli Enti interessati, la gestione di ulteriori servizi sociali e sanitari di carattere facoltativo.

Il Consorzi sono inoltre competenti a presentare proposte alle altre istituzioni assistenziali e ad organizzare con queste gli incontri e gli scambi di informazioni necessari per coordinare, nell'ambito delle loro circoscrizioni, la gestione di qualunque tipo di servizio sociale e sanitario.

#### ART. 2

Spetta ai Consorzi la deliberazione dei regolamenti relativi alla disciplina dei servizi comunque consorziati sulla base della presente legge.

#### ART. 3

In materia di assistenza sanitaria e di assistenza sociale, le deleghe delle funzioni amministrative regionali, di cui agli artt. 118 terzo comma della Costituzione e 55 dello Statuto, sono conferite ai Consorzi.

#### ART. 4

Fatta eccezione per le zone che richiedano un diverso assetto dei servizi, in relazione a particolari condizioni geomorfologiche, ciascun Consorzio deve corrispondere di regola ad una popolazione non inferiore ai 50.000 abitanti.

In nessun caso il territorio di un Comune può venire ripartito fra più circoscrizioni consorziali. Il Consorzio può invece ricomprendere Comuni situati in diverse circoscrizioni provinciali.

I Consorzi comprendenti Comuni con popolazione superiore ai 100.000 abitanti possono essere suddivisi in quartieri secondo modalità stabilite nello Statuto di cui all'art. 6.

#### ART. 5

Entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta Regionale formula un progetto per l'individuazione di ciascuna circoscrizione consorziale, comunicandolo ad ogni Amministrazione Provinciale o Comunale interessata, che ha la facoltà di presentare proposte di modifica, non oltre 60 giorni dalla comunicazione stessa.

Alla scadenza del termine di presentazione di tali proposte, il progetto della Giunta è sottoposto all'esame del Consiglio Regionale, unitamente alle controdeduzioni delle Province e dei Comuni. Il Consiglio determina con un unico provvedimento l'ambito territoriale dei vari Consorzi, tenendo conto per quanto possibile delle indicazioni provinciali e comunali.

Su questa base la costituzione di ogni Consorzio è disposta con decreto del Presidente della Giunta Regionale. Lo stesso decreto determina la composizione provvisoria dell'assemblea consorziale, fino all'approvazione del relativo statuto, ai sensi dell'art. 6 quinto comma della presente legge.

#### ART. 6

Si applicano ai Consorzi sociali e sanitari, in quanto compatibili con la presente legge, le disposizioni stabilite in materia di Consorzi dal testo unico

della legge comunale e provinciale approvato con regio decreto 3 marzo 1934, n. 383, e successive modificazioni.

Per rendere uniformi le strutture dei Consorzi, il Consiglio Regionale pre-dispone uno statuto-tipo, da trasmettere a ciascuna assemblea consorziale, che vi può apportare le integrazioni e le modificazioni eventualmente necessarie.

I componenti dell'assemblea consorziale devono in ogni caso essere scelti mediante elezione, con voto limitato, da parte dei rispettivi Consigli comunali e provinciali.

Ogni statuto deve altresì contenere, oltre alle indicazioni previste dall'art. 158 del predetto testo unico della legge comunale e provinciale, norme per la costituzione, presso ciascuna amministrazione consorziale di un comitato composto da membri designati:

a) dalle organizzazioni sindacali più rappresentative;

b) dalle altre formazioni sociali presenti nell'ambito territoriale del Consorzio;

c) dagli eventuali consigli di quartiere funzionanti nei singoli Comuni.

Il Comitato ha funzioni consultive e di proposta agli Organi del Consorzio.

In ogni caso spetta al Comitato la formulazione di pareri sui bilanci e sui programmi annuali di attività del Consorzio, prima della loro approvazione da parte dell'assemblea consorziale.

Lo Statuto è deliberato dall'assemblea consorziale come suo primo atto ed è approvato con decreto del Presidente della Giunta Regionale, previa deliberazione della Giunta stessa. Con il medesimo procedimento si adottano le norme di revisione statutaria, rese necessarie dagli ampliamenti dello scopo sociale, ai sensi dell'articolo 1° secondo comma della presente legge.

#### ART. 7

Con l'entrata in funzione dei Consorzi sociali e sanitari cessano di pieno diritto gli altri consorzi già costituiti fra i Comuni o le Province della Regione per provvedere a taluno dei servizi consorziati in base alla presente legge.

Salvo il coordinamento previsto dall'articolo 1 ultimo comma, nulla è innovato per quanto riguarda i Consorzi Provinciali Antitubercolari, di cui agli articoli 269 e seguenti del citato testo unico delle leggi sanitarie.

#### ART. 8

I Consorzi possono stipulare, per la migliore effettuazione dei servizi di loro competenza, convenzioni con gli enti ospedalieri e con altre istituzioni pubbliche e private operanti in materia di assistenza sociale, sanitaria e di beneficenza pubblica.

#### ART. 9

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad agevolare, mediante la concessione di contributi a fondo perduto, il primo impianto ed il funzionamento dei Consorzi.

L'Amministrazione regionale è altresì autorizzata a concedere ulteriori contributi a favore dei Consorzi cui venga affidata, ai sensi dell'articolo 1 secondo comma della presente legge, la gestione di servizi sociali e sanitari di carattere facoltativo. Tali contributi sono assegnati preferibilmente a quei Consorzi che assumano fra i loro scopi:

a) l'esercizio di funzioni di medicina preventiva, con particolare riguardo all'accertamento degli stati premorbosi e morbosi latenti, da compiere in collaborazione con i centri regionali di medicina sociale;

- b) la creazione di consultori di igiene mentale, da gestire in collegamento con gli esistenti servizi psichiatrici provinciali;
- c) l'istituzione di centri di medicina del lavoro nonché di servizi per la tutela sanitaria nei luoghi di lavoro;
- d) l'effettuazione di servizi per la tutela sanitaria e sociale della maternità e dell'infanzia;
- e) la creazione e la gestione di centri per la riabilitazione dei mutilati e degli invalidi, secondo l'articolo 4 della legge 30 marzo 1971, n. 118;
- f) l'assistenza domiciliare ai minorati fisici, agli anziani ed agli individui altrimenti bisognosi;
- g) la gestione unitaria degli asili-nido;
- h) la realizzazione di forme di assistenza economica diretta, che assicurino un minimo vitale agli individui in condizione di particolare necessità;
- i) la realizzazione del servizio di segretariato sociale;
- l) altri servizi sociali e sanitari anche a titolo sperimentale.

#### ART. 10

Le domande delle amministrazioni consorziali, intese ad ottenere i contributi di cui al precedente articolo, devono essere presentate alla Giunta Regionale entro il mese di agosto di ogni anno, corredate dai preventivi delle spese da sostenere sulla base di appositi programmi annuali di attività. Relativamente al primo anno di funzionamento dei Consorzi, il termine di presentazione delle domande scade dopo sessanta giorni dalla costituzione dei Consorzi stessi.

Entro il 31 gennaio di ogni anno, la Giunta presenta al Consiglio regionale, per la loro approvazione, i piani di riparto dei fondi annualmente disponibili. Relativamente al primo anno di funzionamento dei Consorzi, la presentazione dei piani suddetti deve essere operata nei sessanta giorni successivi al termine di presentazione delle relative domande.

Ciascun contributo è conseguentemente concesso con decreto del Presidente della Giunta Regionale.

#### ART. 11

All'onere derivante dall'attuazione dell'art. 9 della presente legge previsto in lire 430 milioni, si farà fronte per l'esercizio 1974, mediante riduzione di lire 430 milioni del Cap. 530 del Bilancio di previsione per l'esercizio 1974 e conseguente istituzione per uguale importo del Cap. 321 denominato « Contributi per l'istituzione ed il funzionamento delle unità locali dei servizi sociali e sanitari ».

Alla copertura della spesa per gli esercizi successivi e fino al 1976 si provvederà mediante istituzione, nei rispettivi bilanci della Regione, di apposito capitolo, corrispondente al Cap. 321 di importo di lire 430 milioni.

Le somme eventualmente non impegnate nell'anno di competenza potranno essere utilizzate negli esercizi successivi.

### C) LE INIZIATIVE LOCALI « DI AVVICINAMENTO »

1. Ma ciò che interessa di più noi — anche se, ovviamente, entrando nel campo dell'operatività, le remore prendono tutta la

loro consistenza — è lo sforzo che da alcuni anni certi enti locali vanno realizzando per avvicinarsi alla attuazione del modello della unità locale.

Abbiamo già verificato nel seminario triennale sull'unità locale (1968-70) che una sperimentazione globale ed effettiva dell'unità locale è irrealizzabile (a differenza della sperimentazione di singoli servizi innovativi) in quanto essa comporterebbe di mettere da parte tutto l'attuale sistema (delle autonomie locali, della sanità, dell'assistenza, ecc.) rispetto al quale l'ipotesi di unità locale si pone come « contro-sistema » e non come azione di miglioramento e aggiustamento.

Occorre evitare infatti gli equivoci ed i comodi consensi generali e superficiali su un termine nuovo e facilmente di moda, che tutti sono pronti a « catturare » purché faccia i propri interessi e lasci sostanzialmente tutto immutato. Evidentemente ogni « sistema » ha i suoi centri di potere e distribuisce il « potere » in un certo modo, congeniale alla sua logica. Altrettanto evidentemente occorre perciò prendere atto che un « contro-sistema » ineluttabilmente viene boicottato ed avversato dagli attuali centri di potere, con i quali degli accordi di convivenza sono pertanto pericolosi ed equivoci. L'unità locale punta tutte le carte sugli enti locali (i Comuni consorziati) e sulla effettiva partecipazione popolare (sindacati, cittadini organizzati, ecc.): in quest'area dunque occorre impegnarsi per realizzare consenso e per trovare le alleanze congeniali.

Ribadiamo — sintetizzando le acquisizioni generali dei sei incontri che a Malosco, prima di questo del 1973, hanno riunito sempre ai primi di settembre coloro che erano interessati ad approfondire e a verificare con le realtà locali il modello di unità locale — che parlare di unità locale, ovvero di politica locale dei servizi, cioè di pianificazione ed organizzazione locale dei servizi (e citiamo tutte queste alternative di « etichettazione » per significare che non siamo emotivamente attaccati ad una sigla), significa:

- contrapporsi concretamente alla settorializzazione, centralizzazione, burocratizzazione;
- organizzare i servizi con una logica: locale, programmata, integrata, partecipata;
- avere effettivo potere locale di decisione (il che comporta anche il discorso dei bilanci e della politica delle entrate).

Per raggiungere questi obiettivi politici occorre soprattutto che

a livello locale si verifichi che spazio effettivo c'è — con l'attuale sistema e la vigente legislazione — per concretizzare questa volontà politica in iniziative coerenti fin d'ora con i fini che si vogliono perseguire. Occorre che ogni decisione sia un passo in avanti nella direzione dell'unità locale e che la tattica non sia in contrasto con la strategia generale. In tal modo ci si avvicinerà progressivamente all'obiettivo e con un ritmo che magari si rivelerà più incisivo del previsto, perché si metterà in moto un processo irreversibile.

Ogni occasione è buona (le leggi settoriali per gli anziani o per gli handicappati, le comunità montane, l'attuazione dei distretti scolastici, l'assistenza economica, ecc.), purché la si usi inserendola nella « logica » nuova.

Pericolosi invece gli atteggiamenti di chi « predica bene e razzola male », con la scusa che ora non si può far niente e che occorre aspettare i tempi belli delle riforme.

Così facendo non si muove consenso e non si comincia a sperimentare fin d'ora i problemi nuovi, le ottiche nuove, le esigenze organizzative diverse che il « contro-modello » dell'unità locale porrà. Quando arriveranno le leggi di riforma — se arriveranno — la gente e la classe politico-tecnica locale non saranno per niente pronti a gestire diversamente un potere che ambivano a parole di possedere, ma che non hanno fatto nulla per conquistarsi.

2. Ora sul piano dell'iniziativa degli enti locali — certo favoriti laddove la Regione si è esposta con una chiara linea politica e programmatica ed ha anticipato l'unità locale puntando sul comprensorio dei Comuni (o sul quartiere) — occorre distinguere due livelli di impegno.

a) Le esperienze « molecolari » di realizzazione di nuovi tipi di servizi, alternativi all'istituzionalizzazione e alla segregazione.

Numerose ormai le iniziative comunali di assistenza domiciliare, significative alcune esperienze di « gruppi-appartamento » o similari, faticosi i tentativi di razionalizzare almeno l'assistenza economica, proficui i risultati dell'affidamento familiare e della adozione speciale...

Certamente queste iniziative sono apprezzabili: sia perché rispondono a bisogni reali ed urgenti, sia perché avviano un impegno politico locale coerente con gli orientamenti maturati in questi anni. Per loro natura, però, essendo « molecolari » (cioè iniziative isolate), incorrono facilmente nel pericolo di non collegarsi coe-

rentemente e vitalmente con un sistema di altre iniziative che si integrano tra di loro.

La distorsione più macroscopica — accanto al diffuso andazzo di una settorializzazione per categorie di età, in genere per i soli anziani — la si è riscontrata con il boom delle « vacanze »: iniziative di per sé talora plausibili, ma controproducenti laddove non siano precedute da una soluzione del « minimo vitale », della presenza del servizio di assistenza domiciliare, della creazione in loco di servizi aperti. Invece sulla scia fascista, la logica della « colonia » sembra essersi estesa dai ragazzini sino ai vecchietti.

b) Le esperienze « globali » di avvicinamento all'ipotesi di unità locale.

Non sono numerose, però esistono, e servono di campanello di allarme per tante amministrazioni comunali: perché non si muovono anche loro, se altri si sono rimboccate le maniche e faticosamente stanno creando qualcosa di realmente nuovo? Certo chi non opera, non sbaglia. Ma qui non ci troviamo per dirci bravi o presumendo che le ipotesi teoriche siano facilmente e di peso concretizzabili...

Di queste esperienze, alcune vengono considerate in questo seminario (pur nell'ottica particolare dei due temi presi quest'anno in esame); di altre purtroppo non abbiamo potuto avere una testimonianza diretta (dato che gli amministratori od i quadri tecnici interessati non hanno potuto essere qui presenti).

Alcune di queste esperienze « globali » si sono impegnate innanzitutto in una fase di progettazione, valida ed anzi indispensabile, purché sia contenuta nei tempi, gestita direttamente dagli enti locali interessati (pur con la collaborazione di cosiddetti « esperti ») ed avvii subito un processo di informazione e di partecipazione.

Altre esperienze — o perché l'analisi della situazione e delle esigenze era già stata fatta recentemente, o perché la si riteneva scontata — sono partite a sperimentare un « blocco » di servizi di base, accorpendo progressivamente attorno ad essi altre iniziative di modifica dell'esistente sistema.

Contro gli attendismi ed i perfezionismi, mi sembra importante seguire e controllare queste esperienze, realizzando — e Malosco ne è un'occasione — un sistema di informazione estesa e stimolante all'impegno di tutti (anche di coloro che mordono il freno perché la situazione locale è stagnante o peggio refrattaria).

**PER UNA DEFINIZIONE DELLA PARTECIPAZIONE POLITICA  
E UNA SUA APPLICAZIONE NEL CAMPO  
DELLA PROGETTAZIONE OPERATIVA DELL'U.L.S.**

**Enzo MORGAGNI**

**dell'Istituto di Sociologia - Facoltà di Magistero - Università di Urbino**

*(Testo della relazione tenuta al seminario del settembre '73,  
rivisto e integrato successivamente dall'autore.*

## *Premessa*

L'arco dei problemi racchiuso nel termine, ormai così confuso, polivalente, ambiguo e inflazionato, di « partecipazione », e le specifiche carenze della ricerca sulla partecipazione sociale e politica nel contesto italiano nazionale e locale, credo farebbero spaventare chiunque, pur profondamente interessato dal punto di vista intellettuale e coinvolto dal punto di vista professionale e più complessivamente politico, si volesse accingere ad offrire un quadro di riferimento di valutazioni, di indicazioni progettuali complessive e specifiche.

Nonostante i limiti qualitativi e temporali della mia esperienza nel campo prima della politica locale dei servizi sociali e del decentramento politico-amministrativo e poi nel campo dello studio sociologico della partecipazione politica, ho egualmente accettato di introdurre questa parte del seminario nella speranza di poter comunque, in tutta umiltà intellettuale, offrire un contributo, non certo ancora organico, a quella elaborazione critica progettuale più collettiva che insieme dovremo sviluppare sulla base del confronto fra quadro teorico di riferimento e precise esperienze locali di diversa dimensione e complessità politica, organizzativa e gestionale.

### **1 - REALTÀ, PROBLEMI, PROSPETTIVE DELLA « PARTECIPAZIONE »: VERSO UN CAMBIAMENTO DI ROTTA**

Nell'affrontare il problema della « partecipazione » e dei fattori determinanti della partecipazione bisogna subito dire che, pur in presenza di numerosissimi studi intorno ad esso (prevalentemente operati da ricercatori e studiosi americani e francesi), non esiste ancora (forse con la sola eccezione degli studi di Pizzorno che analizzeremo più avanti) un reale ed organico sforzo di sintesi dei risultati. Queste ricerche moltiplicano dati empirici che meriterebbero di essere sistematizzati e collegati tra loro da un filo conduttore teorico capace di operare una selezione esplicativa dei fenomeni analizzati, anche in stretto e fecondo collegamento con i

risultati di altri settori specifici di ricerca quali quelli sui sistemi politici, sui processi di acculturazione, di diffusione delle innovazioni.

Ma certo una prima cosa da affermare, contro ogni ideologia dello « sviluppo comunitario » endogeno e della « partecipazione innovativa » a livello microsociale, è il ruolo e il peso determinante che le condizioni strutturali e sovrastrutturali esterne (di sistema, della formazione sociale complessiva e specifica), rivestono sui progetti e sui modi attuali di partecipazione all'interno di contesti locali specifici, istituzionali o meno.

Albert Meister, ricercatore a mio avviso molto indicativo del più generale fenomeno di evoluzione critico-dialettica delle scienze sociali europee sulla « partecipazione sociale e politica », sullo « sviluppo » in contesti locali, sull'« acculturazione innovativa » (indicativo sia per le ambiguità del tipo di approccio teorico sia per le importanti parziali affermazioni che comunque in modo crescente e sempre più organico emergono dai suoi studi<sup>1</sup> afferma in proposito: « L'indagine microsociologica, pur presentando un'incontestabile utilità, non può esaurirsi in se stessa e, nella misura in cui il particolare che essa studia spesso non è che il riflesso di condizioni nazionali che vengono tralasciate, si impone con evidenza un rapporto di complementarietà tra gli studi microsociologici e quelli che investono le società nella loro totalità ».<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> ALBERT MEISTER è un sociologo che pur nella varietà degli interessi e delle ricerche svolte, ha sempre focalizzato la sua attività di studio sul tema e sui fenomeni di partecipazione sociale all'interno di programmi di sviluppo economico-sociale-culturale, in particolare in Francia prima, poi in Jugoslavia, Israele, Africa Orientale e America Latina. Questo gli ha consentito un confronto sempre più critico tra queste realtà e gli approcci e risultati teorici della letteratura di ricerca anglosassone, francese e marxista. Cfr. tra l'altro, A. MEISTER, *I piccoli gruppi: partecipazione spontanea, partecipazione organizzata*, ed. A.V.E., Roma, 1965, *Socialismo e autogestione: l'esperienza jugoslava*, ed. A.V.E., Roma, 1967, *La pianificazione rurale in Israele*, ed. di Comunità, Milano, 1964; *Les communautés de travail*, (in collaborazione con H. Desroche), ed. Entente Communautaires, Paris, 1959; *L'Afrique peut-elle partir? Changement social et développement en Afrique Orientale*, ed. du Seuil, 1966, Paris; *Sviluppo comunitario e partecipazione sociale*, ed. di Comunità, 1971, Milano; questo ultimo libro è una elaborazione e una riflessione sviluppata sulla base di una ricerca specifica svolta in Argentina e là pubblicata, cfr.: *Desarrollo comunitario y cambio social*, Consejo Federal de Inversiones, Buenos Aires, 1965.

<sup>2</sup> A. MEISTER, *Sviluppo comunitario e partecipazione sociale*, cit., pp. 15-16.

« Le condizioni esterne alla zona sembrano infatti rivestire un peso determinante sui modi attuali e possibili di partecipazione nella zona esaminata. Prima di essere tipicamente locali, le condizioni concrete di un approccio partecipazionista allo sviluppo sono di natura economica e politica nazionale. (...) Su questo doppio sfondo, economico e politico, si gioca l'avvenire della partecipazione allo sviluppo, e anche a livello locale ».<sup>3</sup>

In particolare, sempre nella sua ultima opera sui fenomeni di partecipazione sociale nel contesto di piani di sviluppo, Meister, dopo aver trattato in generale la casistica della partecipazione, si sofferma sul tipo di partecipazione definita « indotta » o « provocata » da agenti esterni, tecnici, assistenti sociali, educatori, quadri politici all'interno di interventi di lavoro sociale, assistenza tecnica, animazione rurale, sviluppo di comunità, e di interventi interni a prospettive di trasformazione strutturale in paesi socialisti.

Come ben nota Angela Zucconi nell'introduzione, gran parte di queste attività si rivelano espedienti per « alzare il tetto basso », e le popolazioni procedono pressoché con le proprie capacità e energie e a proprio rischio a questa operazione di « self help », sostanzialmente conservatrice perché costringe a « non cambiare casa » e a « contentarsi di quello che si ha ».

In altri casi, invece, la partecipazione è più istituzionalizzata e lo « sviluppo », la « modernizzazione » sono visti solo in funzione del profitto che proviene dal progresso tecnologico; la richiesta e la sollecitazione della partecipazione dal basso in questi casi è solo tattica e funzionale a questo scopo strategico e alla parte della classe dominante interessata.<sup>4</sup>

In altri casi ancora queste attività di « partecipazione provocata » sono attivate con un progetto politico migliore: alzare sì il tetto basso, ma come « buon esercizio per mantenersi in forma »

<sup>3</sup> A. MEISTER, op. cit., pp. 17-18.

<sup>4</sup> « Meglio canalizzare e controllare la partecipazione intorno a programmi di sviluppo che diano l'impressione alla base di un effettivo potere, piuttosto che vedere esplodere le zone sottosviluppate con conseguente pericolo per i poteri costituiti », scrive Meister, e il riferimento alle zone « sottosviluppate » non credo debba impedirci di applicare queste considerazioni alla realtà italiana nazionale e locale, dopo l'ormai esplicito rapporto sviluppo-sottosviluppo anche all'interno delle cosiddette aree continentali e nazionali sviluppate.

per l'ora in cui si avrà la possibilità di partecipare sul serio al cambiamento strutturale.

Restano indicative e valide le situazioni di partecipazione in cui l'esistenza di un piano di sviluppo sia « reale » e cioè carica di volontà politica in termini di rottura dei rapporti di dipendenza internazionale e nazionale-locale, di eliminazione delle strutture di disuguaglianza, e in cui l'egemonia di classe, la carica ideale del piano e la formazione politica dei tecnici confluiscono a caratterizzare la richiesta e lo sviluppo dei processi partecipativi.

Soprattutto ci sembra estremamente indicativo e significativo del « cambiamento di rotta », a nostro parere così necessario nello studio e nella progettazione politica e tecnica della partecipazione, ciò che, in sede di riflessione e di indicazione complessiva, indica Meister circa l'impossibilità di studiare e praticare la partecipazione al di fuori del conflitto sociale (che, a sua volta, poi, andrebbe definito nei suoi caratteri e all'interno di precisi contrasti storici e geografici) e al di fuori di una prospettiva di trasformazione strutturale.

Se si vuole considerare la partecipazione — afferma Meister — come qualcosa di diverso dalle semplici relazioni umane o insieme di « trucchi » per integrare gli individui e le collettività locali in programmi o attività di tipo assistenziale o educativo — e quindi senza rilevante portata sul piano dello sviluppo... — non si può evitare l'analisi della struttura del potere, né si può evitare di considerare anche gli ostacoli che questa struttura di potere oppone attualmente ad ogni tentativo di partecipazione in quanto, a breve o lungo termine, essa sembra porre in discussione le classi dirigenti e i loro privilegi. In questa prospettiva l'analisi della partecipazione dovrà collegarsi piuttosto agli studi sui movimenti popolari di contestazione sociale e politica compiuta dagli storici del movimento operaio e rivoluzionario, che ai lavori di psicologia sulla leadership e la coesione dei piccoli gruppi ».<sup>5</sup>

L'assenza totale di riferimenti alla divisione e alla struttura delle classi sociali, l'accentuazione psicologico-sociale (o ideologico- astratta-interclassista e/o populista) sono responsabili infatti di un effettivo riduzionismo del significato e dell'ambito dei processi di partecipazione-trasformazione e dei conflitti sociali che, senza ri-

---

<sup>5</sup> A. MEISTER, op. cit., p. 18. Cfr. anche pp. 197-199, e 244-254.

ferimento reale alle dimensioni del cambiamento, sia in termini di grandezza delle unità considerate (classi, nazioni, gruppi di nazioni) sia in materia di discipline diverse dalla psicologia sociale (storia, geografia, sociologia, economia, tecniche, ecc.), hanno la funzione di minimizzare gli antagonismi sociali e soprattutto le loro radici strutturali (modo di produzione, modo di organizzazione sociale-politica), dislocandoli a livello localistico-settoriale e interindividuale. Di qui lo strano silenzio e l'assenza operativa delle teorie e delle esperienze partecipazioniste (nel campo dell'assistenza, dei servizi, dell'educazione, nel decentramento urbano...) sulle questioni vitali della struttura economica, delle istituzioni di controllo sociale e politico, della lotta di classe in atto ai livelli internazionali, nazionali e locali, e soprattutto il mancato legame teorico e operativo tra le aree e le classi trainanti della lotta di classe e le aree e le classi, meno organizzate, sindacalizzate, politicizzate, prevalentemente oggetto dei programmi di sviluppo, degli esperimenti partecipativi, delle politiche dei « servizi » (aree e classi rurali, componenti « deboli » della forza-lavoro, disoccupati, inoccupati, precari, anziani, donne, bambini, giovani, il sottoproletariato).

Per tutte queste ragioni lo studio e la pratica della « partecipazione provocata » diventano e devono sempre più diventare analisi, sociologia della partecipazione politica, progetto e intervento politico, seguendo del resto l'evoluzione, anzi il salto dialettico della cosiddetta « sociologia dello sviluppo » a parte integrante della analisi economica e della sociologia politica.

## 2 - IL PROBLEMA DELLA PARTECIPAZIONE POLITICA

Per affrontare quindi il problema della partecipazione politica, è necessario da una parte individuare un insieme di indicatori di essa validi per una varietà di condizioni politiche e sociali che cioè non si lasci fuorviare dall'uso di indicatori validi, al limite, solo in alcuni contesti sociali, culturali e politici, o comunque capaci di individuare un solo tipo di partecipazione, quali quelli indicati prevalentemente dagli studiosi nordamericani di sociologia della partecipazione politica.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Cfr. L. W. MILBRATH, « Political Participation », Chicago, 1965. Raccolta organica, pur se sommaria, con classificazione dei risultati, delle ricerche

Per far questo è necessario, come ha fatto il prof. Pizzorno, costruire un concetto di partecipazione politica capace di porre solidi rapporti fra i fenomeni analizzati e il sistema di variabili scelto.<sup>7</sup>

Tale concetto non può che emergere andando anzitutto a verificare perché e come ci si è posti il problema della partecipazione politica, in quanto la consapevolezza dei termini storici del sorgere e svilupparsi di un certo problema è indispensabile alla costruzione degli strumenti concettuali necessari per l'analisi e l'interpretazione empirica oltre che per l'intervento operativo.

### 2.1. - *Lo sviluppo storico del problema: alla riscoperta della lotta di classe dalla società civile al sistema politico.*

La partecipazione politica moderna diviene problema e fenomeno rilevante quando cessa la corrispondenza automatica tra posizione sociale e posizione politica che faceva della partecipazione politica un fatto automatico, una componente dei diritti attribuiti a un certo status sociale. Il problema della partecipazione politica è legato cioè allo sviluppo della « società civile », e al sorgere dell'idea di sovranità popolare, cioè al passaggio da rappresentanze di mandato a rappresentanze libere, e alla conseguente trasposizione sul piano politico-statuale dei conflitti interni alla società civile. « Ciò avviene — dice in proposito Pizzorno — per due processi di origine opposta, ma convergenti: per una rivendicazione dal basso, popolare, di allargamento dei diritti politici, da una parte; dall'altra, perché i gruppi che sono al potere nello stato cercano di rafforzarsi acquisendo alleanze con le nuove parti popolari e rivestendosi di nuovi fondamenti di legittimità ».<sup>8</sup>

---

sulla partecipazione politica fino agli anni '60. Quasi tutti gli indicatori di partecipazione politica si rifanno alla partecipazione elettorale, e rivelano come al di sotto di queste ricerche stia essenzialmente e solamente il problema del consenso al sistema politico dato e quello della funzione dell'attività di partecipazione politica pubblica nell'integrazione della personalità. Il saggio di A. Pizzorno che analizzeremo, dimostra invece che il problema del consenso e quello dell'integrazione della personalità non sono i soli problemi che muovono o devono muovere allo studio della partecipazione politica e che esiste almeno un'altra dimensione essenziale da prendere in considerazione, come vedremo.

<sup>7</sup> ALESSANDRO PIZZORNO, *Introduzione allo studio della partecipazione politica* in « Quaderni di Sociologia », n. 3-4, 1966, pp. 225-287.

<sup>8</sup> A. PIZZORNO, op. cit., p. 239.

Di fronte alla logica ugualitaria implicita nell'allargamento del suffragio a livello del sistema politico operano processi di ristrutturazione delle disuguaglianze attraverso la ripenetrazione delle strutture civili in quelle politiche: « (...) alla potenzialità ugualitaria degli allargamenti del suffragio elettorale risponde l'organizzarsi politico degli interessi privati (partiti in particolare: prima di notabili, poi partiti organizzati di massa, n.d.a.) e quindi il riaffermarsi nella società politica del sistema di disuguaglianza della società civile ».<sup>9</sup>

Ma, come nota lo stesso Pizzorno, questo stesso fenomeno contiene a sua volta una componente ugualitaria, presente in quella parte di organizzazioni che mirano a correggere con strumenti politici la struttura delle disuguaglianze, se non altro nel fatto stesso del loro organizzarsi che è, agli inizi, un associarsi tra eguali. Suffragio elettorale e nascita dei partiti sono alla base poi della formazione di una classe politica professionale che fonda la sua legittimazione tecnica e la sua relativa autonomia sulla rappresentanza di posizioni civili mediate e fondate sul fatto organizzativo. Ma sono alla base anche di un'altra conseguenza contraddittoria: l'organizzazione di massa — partito o movimento — tende a diventare da strumento di partecipazione, oggetto e fine della partecipazione, struttura fine a se stessa. Qui stanno le radici della *burocratizzazione* e della *subcultura politica*:<sup>10</sup> da una parte burocratizzandosi e, dall'altra, relegando gli strati di base in isole subculturali, il fatto organizzativo a sua volta fissa e cristallizza nuove disuguaglianze.

Per ritornare al riemergere del sistema di interessi privati dentro la sfera politica, Pizzorno nota come portando il sistema degli interessi privati nella sfera dello Stato, la rivoluzione borghese vi aveva portato la lotta di classe, che era nata fuori dello Stato, nella contrapposizione di gruppi che si identificavano in base a categorie della società civile, e che conteneva in sé l'aspirazione a un conflitto rivoluzionario universale quasi non influenzato dalla

---

<sup>9</sup> A. PIZZORNO, op. cit., p. 243.

<sup>10</sup> Per « *burocratizzazione* » si intende l'azione politica che ha per solo fine la sopravvivenza dell'apparato organizzativo in quanto tale, anche nell'abdicazione dei fini politici originari; per « *sub-cultura politica* » si intende generalmente quella partecipazione associativa in organismi politici di base che diventa ripetizione di relazioni sociali chiuse, espressione di un sentimento di appartenenza e non di una prospettiva di intervento sulle strutture politiche complessive.

realtà degli Stati nazionali.<sup>11</sup> La lotta di classe apporta così alla lotta politica moderna un elemento universalistico che tuttora la caratterizza: e costituisce una delle alternative suscitate da quella sostanziale, ma contrastata e contraddittoria, uguaglianza implicita nell'allargamento della partecipazione nello Stato a sovranità popolare.<sup>12</sup>

Le argomentazioni di Pizzorno danno così al fenomeno della lotta di classe un significato più ampio di quanto spesso le stesse scienze sociali « moderne » e « progressive » le attribuiscono, in quanto spesso la vedono chiusa e inscritta, fin dall'inizio solo in un quadro nazionale, e volta solo ad ottenere per la classe operaia un diritto di « cittadinanza » nella comunità nazionale. Significato più ampio, eredità e virtualità universalistica, non dissociabile dalla nostra immagine della partecipazione politica. Eredità che, pur se quasi, a volte, irricognoscibile, ha appunto radice in quelle lotte e concezioni dell'uomo, prima borghesi e poi proletarie, contro specifici sistemi di disuguaglianze.

« Per questo — conclude sull'argomento Pizzorno — mi sembra appropriato considerare tutto ciò un momento della partecipazione politica che si riferisce al principio extra-statale della lotta di classe, che non risponde a nessun problema di consenso a certe istituzioni, ma a un *problema di uguaglianza* ».<sup>13</sup>

Alla domanda sulle condizioni in cui sorge il problema della partecipazione politica, la risposta, sulla scorta di Pizzorno, è quindi che esso si collega storicamente sia a un modo di fondare la legittimità e quindi di verificare il consenso del nuovo Stato

<sup>11</sup> Pizzorno anzi afferma che bisogna tener molto presente questa origine e qualità extra-statale (extra-nazionale, extra-territoriale) della lotta di classe: « Essa è in parte contingente, legata cioè a precise circostanze storiche; in parte costituisce una caratteristica permanente, che sopravvive all'attenuazione e alla istituzionalizzazione della lotta di classe all'interno degli ordinamenti statali, e che permea di sé, in misura maggiore o minore, tutta la lotta politica ». Op. cit., p. 244.

<sup>12</sup> L'alternativa, o le due vie d'azione, sono così precisate da Pizzorno: « (...) o giocare entro le regole politiche per estrarre le conseguenze della loro potenzialità egualitaria (così la lotta politica parlamentare); o agire all'interno della struttura di disuguaglianza per rovesciarla e infrangerla: e questa è l'alternativa della lotta di classe ». Op. cit., p. 245.

<sup>13</sup> A. PIZZORNO, op. cit., p. 247. L'A. ovviamente avverte che questa distinzione non esclude fortissime interrelazioni-condizionamenti tra sistema politico statale-nazionale e partecipazione politica a valenza universalistica, almeno nell'attuale fase storica. Il corsivo è nostro.

nazionale a sovranità popolare; sia a un modo di lottare, con mezzi anche « politici », per mantenere o combattere le condizioni di disuguaglianza proprie della società civile.

« Il problema della partecipazione politica è quindi insieme problema di consenso e problema di uguaglianza. Ciò significa che esso è il problema dei modi in cui si attua concretamente il consenso consapevole di una popolazione nelle istituzioni statuali che la reggono: ed è il problema dei modi di organizzazione collettiva che consentono di agire su una struttura di disuguaglianze, mettendo in questione, positivamente o negativamente, i valori che la reggono ».<sup>14</sup>

## 2.2. - *Per una definizione sistematica della partecipazione politica.*

Quindi, se la partecipazione politica riflette non solo un problema di consenso, ma anche di azione collettiva sulla struttura delle disuguaglianze, per « politica » dobbiamo intendere qualcosa di più ampio sia della partecipazione elettorale che della attività dello Stato.

Nella concezione della partecipazione politica come lotta per il potere nello Stato, e come lotta di classe, devono cioè convergere, pena una spiegazione e precisazione monca dei fatti politici contemporanei, i due filoni a lungo irriducibili del pensiero politico moderno, quello che ha pensato la politica come un particolare sistema di rapporti nell'ambito dello Stato, e l'altro che l'ha pensata come espressione dei rapporti di classe, per arrivare a definire con Pizzorno la partecipazione politica come una *azione in solidarietà con altri (specifica di due sistemi di solidarietà, quello nato dalla formazione dello Stato nazionale, e quello nato dallo sviluppo della lotta di classe), in vista di conservare o modificare la struttura (e quindi i valori) del sistema di interessi dominante.*<sup>15</sup>

<sup>14</sup> A. PIZZORNO, op. cit., pp. 247-248.

<sup>15</sup> Per « *sistema di solidarietà* » si deve intendere, secondo Pizzorno, un sistema d'azione in vista della solidarietà fra gli attori, che mira a rendere eguale per tutti l'appartenenza a una determinata collettività, che fa derivare le singole identità dalla identificazione alla collettività in cui l'azione si realizza in un ambito di eguaglianza di partecipazione. Per « *sistema di interessi* » si intende un sistema d'azione in vista dell'interesse dell'attore, o soggetto dell'azione, in vista cioè di un suo distinguersi da altri attori, migliorando la sua posizione relativa rispetto ad essi, valutabile da un sistema di valutazioni comuni (es. sistema economico, sistema professionale della carriera, sistema scolastico selettivo-meritocratico...).

### 2.3. - *Partecipazione politica e « Aree di eguaglianza ».*

Quando un sistema di solidarietà opera sulle strutture e sui valori di un sistema di interessi, si sviluppa — dice Pizzorno — un processo che potremmo chiamare di formazione di « *aree di uguaglianza* » come condizione della partecipazione.<sup>16</sup> Il sistema di solidarietà di classe, ad es., si organizza, specie all'inizio, come associazione tra uguali: i suoi membri sono uguali tra loro di fronte ai fini comuni che essi si pongono: e poiché tali fini coinvolgono il sistema di interessi, come fonte delle disuguaglianze, la comunanza di fini annulla, in linea di principio, la valorizzazione delle disuguaglianze e pone tutti i partecipanti su di un uguale livello nella specifica azione organizzata.<sup>17</sup> Tale esigenza però sorge ed è condivisa solo all'inizio, al momento della formazione del movimento e/o partito, quando la partecipazione egualitaria è la principale forza su cui si fonda. Poi l'organizzazione si rafforza sempre più grazie anche ad altre risorse, reintroducendo così un sistema di interessi privati e quindi di disuguaglianze, pur se ideologicamente si tenti di nascondere e/o giustificarlo.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> « Poiché il sistema di interessi è un sistema di disuguaglianze, si può formare un sistema di solidarietà che agisce su di esso nella misura in cui, in un'area anche minima d'azione, le disuguaglianze vengono negate ». PIZZORNO, op. cit., p. 257. Pizzorno fa gli esempi della « cittadinanza nello stato nazionale » come livello minimo di eguaglianza, e della « appartenenza di classe » (in sé: cioè, in senso lato, posizione lavorativa - categoria professionale; e per sé: cioè coscienza organizzata (sindacato, movimento, partito...)).

<sup>17</sup> Pizzorno osserva qui come tale osservazione non sia discutibile, quando la si riferisca a movimenti politici e a partiti classisti, riformisti o rivoluzionari, in quanto raccolgono persone che vivono in condizioni simili nella società civile, o persone che pur provenendo da posizioni sociali diverse per scelta ideologica affermano una comune volontà di uguaglianza. Diverso è il caso dei partiti conservatori o borghesi tradizionali per i quali non si poneva il problema della partecipazione in quanto erano « corti di clienti ». Quando poi i partiti conservatori diventano partiti di massa essi tendono a costruire al loro interno aree sociali omogenee che evitano o cercano di ridurre al massimo la percezione ravvicinata delle disuguaglianze e il suo effetto scoraggiante sulla partecipazione (v. ad es. il partito conservatore britannico, e — pur con più elaborate e complesse giustificazioni ideologiche — i vari partiti cristiano-sociali o democratico-cristiani organizzati su basi o aree di ceto).

<sup>18</sup> Scrive molto bene Pizzorno, esemplificando questo processo: « (...) l'organizzazione deve allacciare rapporti con la società esterna, adoperarne le risorse sottostando ai vincoli di proprietà, agli incentivi degli interessi, e deve quindi differenziarsi in funzione delle differenziazioni della struttura interna; e inoltre all'interno si costituiscono le specializzazioni, la carriera e quindi gli interessi e le differenze ad essa legati ». Op. cit., n. 259.

« Legge tendenziale delle organizzazioni politiche è quindi l'assottigliarsi progressivo delle aree di uguaglianze iniziali su cui si era fondata la partecipazione, con conseguente caduta di questa. Ciò non esclude che nella vita di un'associazione possa riaccendersi in determinati momenti: ma molto probabilmente — osserva acutamente e conseguentemente Pizzorno — sarà grazie alla formazione di nuove aree di uguaglianze ».<sup>19</sup>

La proposizione finale che ne consegue è, come scrive Pizzorno, che « si partecipa soltanto quando si è tra pari ». Quali siano poi gli attributi che di volta in volta qualificano e vengono inclusi nell'area di uguaglianze, è da una parte la ricerca empirica che deve verificarlo, dall'altra l'elaborazione teorico-politica a fissarlo.

#### 2.4. - *Due modelli interpretativi: quello della « coscienza di classe » e quello della « centralità ».*

Il lavoro di ricostruzione storica, specificamente richiesto dall'inesistenza di un'analisi storica del problema della partecipazione politica,<sup>20</sup> permette poi a Pizzorno di sviluppare e organizzare una ricostruzione teorica-nazionale dei termini del problema.

L'utilità dell'assunzione, delle distinzioni tra radici di classe (universalistiche) e radici statuali-nazionali della lotta politica appare ancor più evidente quando si voglia passare alla formulazione delle ipotesi circa le condizioni della partecipazione politica. Infatti

---

<sup>19</sup> A. PIZZORNO, op. cit., p. 259. Non si tratta tanto, si badi bene, di una usura derivante da « invecchiamento fisiologico », o da « tradimento delle origini », bensì dall'abbandono dell'iniziale isolamento costitutivo del fatto associativo. L'associazione d'origine è in rapporto diretto-ideale con i suoi fini, e non ha altri rapporti: poi progressivamente diventa una maglia fra le altre della struttura sociale. Per ristabilire i momenti di intensa partecipazione, le « tecniche » sono molte: in particolare le scissioni, o le lotte di corrente che creano nuove aree o sub-aree di eguaglianza (a volte non di posizione sociale, ma solo ideologica) tecnica-principe è la creazione e l'enfaticizzazione di tensioni con l'ambiente esterno (si veda il ruolo delle guerre per gli stati nazionali).

<sup>20</sup> Secondo Pizzorno non è che gli studiosi specializzati della partecipazione politica manchino di retroterra storico (quali Dahl, Lane, Lipset, ...), ma ciò che dalle loro opere non è ancora chiarito sarebbe il modo di formarsi e di modificarsi dei termini con cui, sia il pensiero politico, sia la scienza politica, e la sociologia hanno posto il problema della partecipazione. Si tratta quindi di sviluppare, ed è ciò che l'A. sviluppa nel saggio che citiamo, un'analisi storica e una ricostruzione razionale capace di precisare quali sono i diversi tipi di partecipazione che vengono considerati da differenti trattazioni e ricerche.

i due tipi di lotta politica permettono di aggregare in due fondamentali modelli le varie ipotesi sin qui avanzate sul tema.

Il primo modello è quello definito da Pizzorno della « *coscienza di classe* », così formulabile: la partecipazione politica è maggiore quanto maggiore (più intensa, più chiara, più precisa) è la coscienza di classe, affermazione che rimanda alla questione: in che modo si forma la coscienza di classe. Sostanzialmente le ipotesi su ciò che favorisce lo sviluppo della coscienza → azione → partecipazione di classe, riconducibili e parzialmente verificabili all'interno di questo modello, sono tre:

1 - *ipotesi dell'organizzazione*: solo l'organizzazione può permettere di acquisire coscienza di classe e solo essa quindi può intensificare la partecipazione politica: è necessario cioè passare dalla trasformazione di situazioni e bisogni oggettivi in fini organizzati. Questo però, come si è detto, è verificabile solo o prevalentemente nel momento nascente dell'organizzazione, perché successivamente l'organizzazione contiene in sé anche i germi che la portano a sclerotizzare la partecipazione.

2 - *ipotesi della lotta di classe*: la coscienza-solidarietà-partecipazione di classe sono più forti quanto più forte è la lotta o la tensione in cui la classe, o una organizzazione di classe, si trova nei confronti del suo avversario. Tale ipotesi però non dà ragione della cosiddetta « nazionalizzazione » della classe, cioè dell'intervento dello Stato-nazionale e delle conseguenti e differenti solidarietà che comporta nella dialettica di classe.

3 - *ipotesi dei movimenti collettivi, o delle fasi o stati innovativi-rivoluzionari*: trasformazioni rapide e concentrate nella struttura dei rapporti sociali vanno insieme con intensa partecipazione; cioè, il formarsi di nuovi sistemi di solidarietà è connesso con il disfacimento del dominante sistema di interessi e delle sue strutture di disuguaglianza.

La parziale verificabilità di queste tre ipotesi sta nel fatto che esse individuano, come giustamente ricorda Pizzorno, condizioni instabili, fasi specifiche, addirittura momentanee, della partecipazione e che si limitano solo a certi tipi di partecipazione (quasi esclusivamente quella attraverso un movimento collettivo).

Per spiegare sia le variazioni del fenomeno in altri momenti, sia gli altri tipi di partecipazione, l'Autore formula appunto il secondo modello interpretativo, quello della « *centralità-perifericità* », così formulato: « *la partecipazione politica è maggiore quanto*

*più alta è la posizione sociale di un individuo* ». La « posizione sociale » è misurata in vari modi, con vari indicatori, cumulati in un'ipotesi più generale che usa appunto la dimensione « centralità-perifericità », che si riferisce alla posizione di cui un individuo gode in un gruppo e assume che di essa si possa misurare la maggiore o minore vicinanza a un « centro » del gruppo stesso.

In questa ottica, sia la posizione in un gruppo come in una intera struttura sociale può essere schematizzata in un insieme di cerchi concentrici, più o meno vicini-lontani dal centro stesso: ogni cerchio definirebbe una certa fascia di « posizioni sociali » comuni, o una scala di livelli di posizioni sociali. A quello più basso (o cerchio più lontano periferico) l'attività politica ha poco significato perché si ha poca capacità di partecipare a decisioni politiche e in ogni caso queste non inciderebbero sulla posizione dell'individuo nel sistema di interessi. A livello medio (o cerchio mediano) le posizioni private sono tali da rendere relativamente facile la partecipazione, e abbastanza interessate all'incidenza di questa o quella decisione politica. A livello più alto (o zona centrale) ogni posizione privata è suscettibile di essere coinvolta in un'alternativa politica, come è in grado di produrre decisioni con diretta portata politica e incidenza tendenzialmente collettiva (caso della professione politica e della massima rilevanza politica di decisioni private di alcuni ambienti).

Pizzorno mostra con vari esempi come tale modello sia applicabile e verificabile nella partecipazione politica sia a livello di una società nazionale, come a livello di singoli gruppi intermedi, per cui emerge che la partecipazione politica è espressione della appartenenza o meno, più o meno forte, a un certo gruppo sociale.

Ambedue i modelli interpretativi sono parzialmente verificabili e individuano i vari tipi di partecipazione, ma analizzandoli bene, essi si basano sul principio comune che la partecipazione è possibile solo all'interno di certe « aree di eguaglianza ». Questo principio, con le conseguenze che ne derivano circa le caratteristiche specifiche di eguaglianza-solidarietà e il diverso peso delle fasi di movimento collettivo e/o delle fasi di organizzazione, costituisce quindi una proposta che permette di unificare le varie proposizioni particolari e in particolare di rendere conto delle divergenze-differenze-complementarietà fra i due modelli interpretativi.

Così emerge con chiarezza un'altra constatazione in relazione alla connessione tra partecipazione e coscienza di classe e cioè quel-

la che viene definita la « *qualità cumulativa* » della partecipazione politica, per cui la partecipazione politica « nutre se stessa »: e quanto più cioè una persona partecipa, insieme con altri, all'azione in vista di certi fini collettivi, tanto più ne prende coscienza, e tanto più sarà portata a partecipare ancora, relativizzandosi così, per sé e per gli altri, il condizionamento delle posizioni e dei valori del sistema di interessi e enfatizzandosi quello dei valori della solidarietà.

## 2.5. - *I tipi di partecipazione politica.*

Il rifarsi così alla dicotomia fondamentale dell'azione sociale, e il distinguere tra radici statuali e radici classiste della lotta politica, permette poi a Pizzorno, attraverso una loro classificazione incrociata, di far emergere e di fondare sistematicamente una tipologia della partecipazione politica.

I tipi sono quattro e sono fondati sul comporsi delle variazioni del rapporto « azione d'interessi » - « azione politica (statale o di classe) » e del rapporto « azione statale (cioè inserita nei fini dello Stato) » - « azione universalistica extrastatale (estranea, almeno originariamente, ai fini dello Stato) », come è possibile seguire nella seguente tabella costruita da Pizzorno:

I tipi di partecipazione politica

	la solidarietà politica è prevalente	la solidarietà privata è prevalente
azione inserita nel sistema statale	<i>professionismo politico</i> (a)	<i>partecipazione civile alla politica</i> (b)
azione extra-statale	<i>movimento sociale</i> (c)	<i>subcultura</i> (d)

(a) *La partecipazione professionale alla politica* si definisce sul fatto di « vivere di politica » e implica un sistema di divisione del lavoro in cui la funzione politica sia riconosciuta come una specializzazione fra le altre.

(b) *La partecipazione civile alla politica* è espressione della domanda e delle pressioni-imposizioni che la società civile rivolge allo Stato; essa è funzione delle solidarietà che si formano nella lotta degli interessi privati (di quegli interessi riconosciuti nel sistema dominante) e funzione della posizione sociale (cioè è maggiore quanto più alta è la posizione sociale). E' attuata in vista della conferma della struttura sociale esistente: questo ovviamente non esclude azioni di modifica o correzione del funzionamento del sistema. Gli studiosi americani finiscono quasi sempre per identificare questo tipo con « la partecipazione » tout-court.

(c) *La partecipazione a movimenti sociali* si pone fini, ampi o limitati, di riforma della società, e può essere definita come « impresa collettiva per stabilire un nuovo ordine di vita ». Lo Stato viene preso in considerazione solo in quanto agente mobilitatore del potere necessario per trasformare la società, con lo scopo quindi di modificare i fini stessi dello Stato. Il « movimento sociale » non è una forma stabile di partecipazione: o raggiunge relativamente presto i suoi scopi o si trasforma. Le condizioni che lo fanno sorgere sono quelle di « mobilitazione sociale » che conseguono a mutamenti nelle strutture della società civile o a mutamenti nei rapporti tra gli Stati (nascita di nuovi stati e guerre).

(d) la *subcultura* è alla base di una partecipazione che esprime posizioni e solidarietà private precedenti l'eventuale azione politica, ma, a differenza della « partecipazione civile », è esclusa dai normali canali di accesso alle istituzioni statali ed è in comunicazione con esse solo tramite intermediari e a differenza del « movimento sociale » non è collettiva e non propone valori alternativi ma ne elabora di diversi, in un contesto di marginalità o di « isolamento politicizzato ». Anch'essa è instabile: o cade nell'apatia o si trasforma nella partecipazione civile, secondo Pizzorno. Ma ci sono esempi (e comunque andrebbe previsto) di un terzo esito: quello del superamento-passaggio dalla sub-cultura al « movimento ».

A volte questi tipi di partecipazione coesistono dentro una stessa organizzazione, collocandosi nei vari livelli o aree interni. Ad esempio nei partiti di massa in Italia sono evidenziabili subculture a livello di sezione; organizzazioni inserite nel sistema e orientate a fini privati, con forte tasso di professionismo politico, ai livelli provinciali; una somma parziale e complessa di subcultura-movimento-partecipazione civile-professionismo politico è verificabile

nelle organizzazioni sociali collaterali o fiancheggiatrici dei partiti di massa italiani. L'evoluzione della partecipazione sindacale in questi ultimi anni ci sembra evidenziare invece con chiarezza la dialettica tra partecipazione di movimento (sindacato-movimento) e partecipazione sindacale tradizionale quale somma di subculture categoriali, di sistemi di interessi categoriali e di forte professionalismo politico dei vertici categoriali e confederali dal livello provinciale in su (sindacato - associazione).

### 3 - SPUNTI PER UN'ANALISI DEI PROCESSI E ISTITUTI DI PARTECIPAZIONE SOCIALE E POLITICA NELLA GESTIONE DEGLI ENTI LOCALI

Se possiamo ora a verificare la natura e i processi della partecipazione a livello di enti locali, è necessario chiarire subito come l'intervento degli enti locali e delle forze politiche che li gestiscono si situano, in termini economici, in un sistema di mercato oligopolistico e, in termini politico-statuali, in un sistema politico-istituzionale-normativo che ne condiziona fortemente la natura, le caratteristiche specifiche, la capacità reale di incidenza.

In ogni caso, analizzando il processo di formazione della « volontà politica » collettiva a livello locale, si deve notare come le modalità di partecipazione « attivata » nella gestione anche riformatrice degli enti locali non tenga adeguato conto dei presupposti di una politica di reale cambiamento strutturale e cioè:

- gestione dell'iniziativa economica diretta o indiretta dell'ente locale in termini di preciso apporto, pur se limitato, alle lotte anticapitalistiche;
- gestione-incentivazione dei processi di partecipazione sociale e politica in termini di apporto, anche attraverso l'ente locale, allo sviluppo della « partecipazione proletaria » cioè alla progressiva crescita del potere del proletariato (previa sempre una aggiornata analisi delle divisioni delle classi e della loro articolazione-differenziazione interna) e la pratica di politiche-obiettivi capaci di spingere alla ricomposizione interna, materiale e di coscienza, del proletariato e alla sua pratica di alleanza-guida-egemonia nei confronti del sottoproletariato e delle varie componenti democratiche della piccola borghesia, e dei ceti medi.

Questo è dovuto sia al peso assolutamente relativo che la gestione degli enti locali ha avuto all'interno del mercato economico

e del sistema di potere politico caratteristico degli anni '50-'60, sia al persistere di condizioni di grave carenza legislativa, sia alla non ancora sviluppata potenzialità promozionale delle politiche regionali, ma soprattutto, dietro tutte queste pur grandi difficoltà di contesto, a difficoltà e/o scelte di mancata individuazione di una strategia anticapitalistica del mutamento sociale e politico complessiva e articolata, con un coerente ruolo, all'interno di essa, degli enti locali.

Deve essere invece un punto fermo di partenza che un processo di partecipazione innovativa di massa, lo si progetta, lo si realizza, lo si verifica « realmente » solo fondandosi teoricamente e praticamente sulla *attualità* (e non sulla più o meno dichiarata obsolescenza) della contraddizione del modo di produzione capitalistico e sulla attualità conseguente delle contraddizioni che produce in termini di strutture di diseguaglianza e di squilibrio indotte a livello di divisione del lavoro, distribuzione dei compensi di organizzazione del territorio e dei servizi.

In ogni caso va negata radicalmente la validità di una concezione e di una prassi della cosiddetta « partecipazione » vista e praticata come problema parallelo, sovrastrutturale, « politico » appunto, rispetto a quella dei meccanismi economici e sociali di diseguaglianza.

Sia per esplicite (anche se variamente mimetizzate) scelte teoriche e pratiche, sia per scarsa consapevolezza del reale quadro economico-sociale (specie in molti quadri politici locali), la varia e articolata realtà del movimento, dei sindacati, dei partiti « riformatori », almeno nelle loro componenti attualmente egemoni, soffre di ipotesi progettuali, di volontà politiche e di approcci pratici alla « partecipazione » che sono fortemente caratterizzati in termini o di innovazione funzionale o di adattamento sociale al meccanismo di sviluppo dato. Infatti, nel campo delle politiche dell'ente locale, come del resto in altri campi, la variabile « partecipazione democratica » al di là di una sua stessa corretta definizione e concezione non interviene, se non come ripetuta affermazione retorica, in termini di « *primato della partecipazione* », in termini cioè di « *partecipazione istituyente* » il *processo di cambiamento strutturale-sovrastrutturale*, cioè come *variabile principale a cui tutto ricondurre*, bensì in termini di preoccupazione secondaria, parallela, importante al massimo in termini di « correzione » dell'attuale meccanismo di sviluppo economico e sociale, e dei suoi effetti locali.

Anche quando si passa a incidere sul « funzionamento » specifico di singoli o vari aspetti dell'organizzazione economica sociale e culturale, specie a livello locale (razionalizzazione), anche quando si passa poi a verificare e a cambiare il funzionamento in base a nuovi « progetti di funzione » (riforme), anche quando infine si arriva a percepire e a tentare di rispondere alla nuova « domanda di partecipazione », non si vede e non si colloca quest'ultima nella teoria e nella pratica in termini di *centralità istituyente* il progetto di cambiamento generale e specifico.

Né la teoria né la prassi di tale partecipazione, del resto, sono uscite dai desideri, dalle utopie o da realizzazioni dal segno ambiguo, salvo esperienze e casi significativi ma limitati, all'interno di una pur diffusa esperienza locale di politica del « decentramento » a livello comunale, fotografia dello stato di un sistema che persa l'occasione storica di gestire e valutare la città nel suo complesso, tenta di gestirne le parti separatamente.<sup>21</sup>

Si cerca di motivare e praticare nuovi ambiti e dimensioni della partecipazione contro i vari « disagi », si è individuata la « malattia » in particolare come perdita di partecipazione,<sup>22</sup> ma non si è ancora teorizzata, né si sono tratte le conseguenze pratiche dalla « perdita di partecipazione » come « malattia sociale primaria ».

La gestione dell'ente locale, al di là delle stesse fondamentali carenze o scelte erranee di cui si è detto all'inizio, non viene neppure indirizzata in termini di promozione, incentivazione, sviluppo di processi di partecipazione collettiva-ugualitaria alla politica locale. E quando poi si afferma di volere e di fare questo lo si attua (o per trasformismo politico o per reale arretratezza di teoria e di prassi politica) con strumenti, istituti partecipativi, metodi per per lo meno inadeguati, anzi, il più delle volte contraddittori con questo fine di « partecipazione » (pur così generico e ambiguo nelle sue prevalenti accezioni liberal-democratiche e/o comunitaristiche e/o populistiche). E' soprattutto il caso del decentramento politico-amministrativo, che è sbandierato propagandisticamente come modello esemplare e trainante del « nuovo modo » di gestione dell'ente locale, in quanto sarebbe capace di articolare processi

---

<sup>21</sup> Cfr.: i vari studi di G. DELLA PERGOLA sul decentramento e l'ultimo suo libro *La conflittualità urbana*, Ed. Feltrinelli, Milano, 1972.

<sup>22</sup> T. PARSONS, « *Il sistema sociale* », ed. Comunità, 1968, Milano.

e istituti di « *gestione sociale* » nella complessa organizzazione territoriale e sociale, gestione « sociale » il più delle volte in realtà ridotta a gestione « interistituzionale », o, peggio, « *gestione intercorporativa* ». <sup>23</sup> La gestione dell'ente locale non ha sinora fatta sua, invece, potenziandola e arricchendola, l'altra linea teorica e pratica di « partecipazione » che è emersa, certo non in maniera totalmente chiara e organica, in questi anni di sviluppo dei movimenti collettivi: quella emersa prima nelle lotte studentesche, poi operaie, e nelle lotte urbane e di quartiere di questi ultimi anni, che ha trovato una sua omogeneizzazione politica, una sua forza trainante e una sua configurazione organizzativa nel « movimento consiliare » (consolidatosi all'interno dell'ipotesi del « sindacato nuovo », nei consigli di fabbrica e ora teso a costruire, pur con pesanti ritardi e con forti limiti politici, i consigli inter-categoriali territoriali di zona).

Non va certo sottovalutata la carenza teorica, politica e organizzativa del movimento e delle forze politiche e sindacali più omogenee o vicine ad esso, quando dagli obiettivi di fabbrica e di scuola si è passati alla individuazione di obiettivi e di lotte sociali più generali, sul territorio; ma certo una delle cause tra molte altre, di tale carenza è che non si sono incontrati, fuori delle fabbriche, interlocutori sociali e istituti democratici omogenei a queste spinte e alla loro direzione di marcia.

La politica di « partecipazione democratica » gestita dagli enti locali, specie attraverso il decentramento, non privilegia infatti precisi soggetti sociali collettivi che non siano i « cittadini » tutti (cioè privilegia solo chi oggi, in questo specifico sistema economico-sociale è già « cittadino » e che quindi « gioca in casa »: i ceti medio-alti), e i « cittadini » visti, poi, con un ulteriore riduzionismo, in quanto « utenti » di « servizi »); organizza tale partecipazione in « isole » (i quartieri, le zone); spezzando la reale unità del territorio capitalistico della città, e spezzando la circolazione orizzontale, e la generalizzazione delle lotte e della coscienza culturale e politica; costruendo su queste isole ulteriori livelli di delega e di rappresen-

---

<sup>23</sup> Sarebbe ad esempio interessante verificare, in base a precise analisi del linguaggio politico e di esperienze concrete, la varietà di accezioni (a volte fra loro addirittura contraddittorie) con cui si intende la cosiddetta « gestione sociale » che se deve avere un senso andrebbe intesa come « gestione della base sociale », nelle sue articolazioni di interessi e composizione di classe a cui adeguare - inventare i livelli e istituti di partecipazione.

tanza politica (consigli di quartiere, comitati di presidenza) che vanno ad aggiungersi, anche nell'omogeneità dei criteri di rappresentanza e di funzionamento, a quelli già preesistenti dell'ente locale; soprattutto decentrando la « consultazione » più che il « potere ». La volontà politica collettiva e gli obiettivi che risultano da questa « partecipazione piramidale articolata » non hanno più, né potrebbero avere, la qualità e la forza dell'eventuale movimento collettivo fondato su basi di classe, qualora esista, né possono prepararne le condizioni, qualora non esista, bensì il tutto rientra nella tradizione logica dello scontro-incontro, della mediazione e della lottizzazione del potere, con effetti innovativi minimi o comunque secondari sulle reali dinamiche decisionali interne e soprattutto esterne all'ente locale.<sup>24</sup>

Inoltre, in molte situazioni, lo stesso decentramento è esplicitamente voluto e viene istituito come gabbia istituzionale per regolare i conflitti sociali emersi o emergenti nel territorio a livello generalizzato o specifico (es. movimenti delle controscuole, doposcuole, per la casa, ecc.).

In ogni caso, gli stessi risultati positivi raggiunti, in termini di riforma parziale, di cambiamento nella gestione di singoli servizi (v. scuola, infanzia...) che si ottengono, all'interno di queste maglie di « formalizzazione istituzionale » della società, sono risultati derivanti più dalla forza dirompente delle contraddizioni del movimento complessivo, e da processi di partecipazione micro-sociale che per soggetti sociali e politici, istituti partecipativi, li-

---

<sup>24</sup> Qualitativamente diverse le proposte che, fondandosi sui consigli operai di zona, indicano nello sviluppo di movimenti di massa orizzontali-territoriali sui bisogni sociali prioritari, e nell'estensione a questi bisogni della conflittualità organizzata e gestita dal « sindacato nuovo », la prospettiva più adeguata. Cfr. GIULIANO DELLA PERGOLA, *Lotte urbane, conflitto sociale e diritto alla città*, in « Edilizia Popolare », 1973, e il capitolo sul « diritto alla città » nel libro citato curato dallo stesso autore. Romano Bettini, analizzando la dinamica delle interrelazioni stato-regione-città, e la rispondenza del decentramento comunale come esperimento amministrativo e come occasione di partecipazione, così scrive: « Certamente assume ... consistenza la legittimità delle preoccupazioni di chi rileva, da un lato, che i maggiori problemi comunali, sono, per così dire, interorganizzativi ed esterni all'aerea comunale, in quanto problemi della casa, dei trasporti, delle aree industriali, e, dall'altro, sul piano endo-organizzativo, esprime il timore che il decentramento rappresenti un'operazione politico-amministrativa autoritaria e reazionaria ». V. suo articolo: *Decentramento metropolitano*, in « Promozione Sociale », anno 3, n. 2, febbraio '74, pp. 5-16.

velli di delega, ecc., contraddicono le caratteristiche del modello della « partecipazione istituzionale decentrata », e anzi, nella misura in cui si generalizzano, escono tendenzialmente fuori del modello-gabbia, sia in termini di aggregazione sociale di classe, che di obiettivi e di coscienza politica, che di strumenti organizzativi (v. molte esperienze di lotte per la casa, per la salute specie nel campo della medicina del lavoro,<sup>25</sup> di pedagogia alternativa...).

Sta a una nuova maturità del movimento di classe e delle varie forze culturali, sindacali e politiche, che ne sono espressione e direzione, saper controllare in termini di adeguata conoscenza e di corretta valutazione tali dinamiche di partecipazione anche dentro l'ente locale e, soprattutto, saper valutare e intervenire sulle potenzialità sociali e politiche che le contraddizioni della gestione di tali dinamiche aprono anche nel tessuto micro-sociale.

Una fondamentale forma di intervento sui processi e sugli istituti partecipativi attuati dall'ente locale nel territorio è, a nostro parere, il lavoro tenace, chiaro, non disperso, per costruire i presupposti prima (consigli di fabbrica, di ente, non burocratizzati, collettivi sociali nel territorio sui problemi della scuola, della casa, della salute...) e poi gli obiettivi e le forme organizzative dei futuri *Consigli di zona*, per poi farli interagire con le politiche e le strutture del decentramento e dell'ente locale in termini di crescente condizionamento-egemonia-utilizzazione.<sup>26</sup>

#### 4 - L'UNITÀ LOCALE DEI SERVIZI COME SISTEMA DI PARTECIPAZIONE

Passando poi dai problemi di partecipazione nell'ente locale, a quelli ancor più specifici della partecipazione nelle politiche locali dei servizi, va subito notato come l'evoluzione delle proposte, delle elaborazioni e delle prime esperienze, prima sull'unità sanitaria locale, poi più recentemente sull'unità locale dei servizi (che va da una accezione ristretta ai servizi sanitari e socio-assistenziali al progetto globale onnicomprensivo di servizi integrati, comprendenti, in particolare, la scuola — v. distretto scolastico —) eviden-

<sup>25</sup> Cfr. GIOVANNI JERVIS, *Condizione operaia e nevrosi*, in « Inchiesta », anno 3, n. 10, aprile-giugno 1973, pp. 5-18.

<sup>26</sup> Si vedano, ad esempio, le parziali ed iniziali esperienze di intreccio tra Consiglio di zona « aperto » e Consiglio di quartiere comunale in alcune aree urbane del bolognese.

zia con chiarezza, ad una attenta ricostruzione, come le ipotesi progettuali, pur nella loro differenziazione specifica, abbiano subito una univoca sequenza di trasformazione, a nostro parere lucidamente tratteggiata dal prof. Giulio A. Maccacaro in questi termini: « Inizialmente concepita come riassetto unificante e razionalizzante di presidi terapeutici e profilattici divenuti plurimi e incoordinati; proposta, quindi, come interpretazione organizzativa di una medicina integrata e orientata da nuovi contenuti (prevenzione, riabilitazione, etc.), riconosciuta, infine, come sede e ambito di autogestione democratica, cioè di partecipazione attiva della società civile al governo del proprio sistema sanitario ».<sup>27</sup>

#### 4.1. - *L'emergere reale del « primato della partecipazione ».*

Il prof. Maccacaro nel saggio citato, che costituisce, a mio parere, l'elaborazione più corretta e avanzata sull'argomento che ci sia dato conoscere a tutt'oggi, e a cui faremo continuo riferimento in questa parte della relazione, giustamente osserva come, pur se questi diversi termini sono compresenti, con alterna evidenza, in tutte le fasi del dibattito sull'unità locale, la loro emergenza sia avvenuta secondo la sequenza indicata. E questo non a caso, perché « (...) gli anni del suo sviluppo sono stati infatti, "questi" anni che hanno visto le istituzioni in genere — e non solo quelle sanitarie — investite da un processo critico che partendo, appunto, dall'*analisi di funzionamento* e passando per il *progetto di funzione* è arrivato alla *domanda di partecipazione* dell'utente, ridefinito istituyente, al governo della istituzione ».<sup>28</sup>

Tale domanda di partecipazione non è certo nuova, nota l'Autore, ma *nuovo è il suo primato su ogni altra*, e su ogni altro valore (specie quello illuministico del progresso tecnico-scientifico e quello derivato dall'efficienza).

---

<sup>27</sup> GIULIO A. MACCACARO, *L'unità sanitaria locale come sistema*, in « Unità sanitaria », n. 4, ottobre-dicembre 1972, pp. 4-13. Si tratta di note stese nel corso di una ricerca affidata dall'Istituto Studi per la Programmazione Economica all'Istituto di Biometria e Statistica medica dell'Università di Milano, sul sistema informativo dell'unità sanitaria locale. Purtroppo non conosciamo ulteriori e più diffusi materiali inerenti alla ricerca, né ci risulta che i risultati finali siano stati ancora pubblicati. Il contributo di Maccacaro è interno ad una accezione « sanitaria » dell'unità locale, ma le indicazioni sono facilmente generalizzabili ad accezioni più vaste.

<sup>28</sup> Op cit., p. 4.

Di fronte a tale domanda sussiste tuttora una grave carenza di validi contributi sul problema della partecipazione sanitaria in particolare e democratica in generale; la ricerca e le ipotesi progettuali del prof. Maccacaro intendono appunto contribuire ad una affermazione e difesa di scelte possibili e rispondenti alla qualità di tale domanda.

Contributo che per essere reale non può che essere fortemente demistificante, come già s'è cercato di dire, circa l'effettivo spessore « partecipativo » della nostra organizzazione sociale e in particolare sanitaria.

« Infatti — scrive l'A. — benché siano trascorsi oltre vent'anni da quando la nuova Costituzione ... poneva " *l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica economica e sociale del Paese* " tra i compiti fondamentali della Repubblica, né la teoria né la prassi di tale partecipazione si sono alzate dal piano dell'ottatività, nemmeno in quelle ipotesi di sanità riformata che declama la partecipazione come carattere essenziale delle sue unità di base. Anzi, prima e senza aver non solo disposto ma nemmeno proposto le garanzie strutturali per una gestione partecipativa di tali unità, si vengono per esse tracciando perimetri, progettando strutture, studiando strumentazioni, allestendo apparati, prefigurando burocrazie. Si vengono proponendo banche di dati, anagrafi sanitarie, sistemi informativi secondo modelli mutuati dalla gestione d'impresa, che è soprattutto gestione privilegiata dell'informazione e della decisione ».<sup>29</sup>

*Tutto questo non solo non crea le premesse, ma crea anzi la impossibilità strutturale della partecipazione: ancora una volta cioè dietro l'apparente positività e progressività delle proposte organizzativo-tecnologiche si nasconde una precisa scelta culturale e politica negativa rispetto alle conclamate scelte e premesse di valore.*

Maccacaro parte dunque da queste considerazioni per evidenziare *l'intrinseca solidarietà tra il problema della « salute » e quello della « partecipazione »*, e l'opportunità di considerare i sistemi stranieri (britannico, scandinavo) cui si fa abituale (ma anche acritico) riferimento come « esperienze » da valutare più che come « modelli » da seguire, e infine l'inopportunità della persistenza dicotomica, nel nostro pensiero come nelle nostre elaborazioni pro-

---

<sup>29</sup> G. A. MACCACARO, op. cit., p. 4, in premessa. Il corsivo è del testo.

gettuali e programmatiche, di una *immagine « tecnica »* e di una *immagine « politica »* del problema.

Circa i sistemi stranieri l'Autore ricorda che oltre che per ovvie differenze di contesto socio-politico e culturale e di tradizione medica, l'imitazione eventuale dei loro modelli sarebbe erronea soprattutto perché quei servizi sanitari e sociali sono nati e cresciuti prima e fuori dell'ipotesi partecipatoria così come oggi è intesa, per cui il nostro disegno progettuale ha di fronte un'altra qualità della « domanda », e vi deve rispondere con altri impegni e opportunità. Né è possibile assumere i modelli stranieri pensando di integrarli e correggerli con progetti partecipativi perché un sistema (sanitario in particolare) non può, restando se stesso sul piano strutturale, essere o non essere ad un tempo « partecipatorio », diventarlo o meno, in quanto *il criterio-primato della partecipazione ridefinisce « in toto » e quindi « ri-struttura » tutto il sistema.*

Circa la « doppia immagine » (tecnica-politica) della « forma » sanitaria Maccacaro verifica in questo l'incompiuto iter del processo evolutivo dell'ipotesi progettuale di unità locale, in quanto tale doppia immagine denuncia il persistere di un difetto di convergenza nel guardare ad una realtà che invece è intrinsecamente unitaria.

#### 4.2. - *Dall'analisi e correzione del funzionamento alla ridefinizione della funzione, al problema del governo nella politica locale dei servizi: dal primato dell'efficienza alla antinomia efficienza-partecipazione, al primato reale della partecipazione nell'unità locale.*

Sia nella progettazione che nella programmazione che nella gestione operativa delle politiche locali dei servizi (laddove tali politiche esistono!), sia nell'elaborazione teorica del modello di unità locale, si avverte con chiarezza come il rapporto efficienza-partecipazione si presenti come un ulteriore « problema », un'ulteriore difficoltà, quasi un « elemento di disturbo », in ogni caso un rapporto non risolto, se non risolto a favore dell'efficienza (riduttivamente intesa).

Sia nelle elaborazioni o nelle esperienze che è possibile inserire all'interno di una logica di funzionamento e in un'ottica di razionalizzazione, sia in quelle che approdano ad una logica di reinterpretazione funzionale e in un'ottica di socializzazione dei servizi,

ci troviamo sempre di fronte a realtà o modelli che continuano a definire un « ambito tecnico » più che « politico » di intervento sanitario e di sicurezza sociale, anche se continuamente circondato da continue, enfatiche, convinte o strumentali, dichiarazioni « politiche » sulla « democraticità » e sulla « partecipazione » come attributo essenziale di quelle politiche e di quei modelli.

« Ne è prova, facilmente verificabile nella letteratura specifica — scrive Maccacaro — il fatto che mentre le definizioni programmatiche dell'unità sanitaria locale arrivano a indicazioni di governo, quelle strutturali si arrestano a precisazioni di esercizio. In altre parole: mentre alla affermazione di " unitarietà " e " globalità " dell'assistenza ... eroganda si accompagna la enumerazione delle sedi, delle persone, degli strumenti organizzativi che devono tradurla in realtà, nessuna indicazione è ancora stata fornita delle strutture (intese come enti fisici e relazioni funzionali) che sono necessarie perché la " democraticità " di cui sopra non resti vocazione o promessa ma si attui e si autentichi ».<sup>30</sup>

Così, anche quelle esperienze e modelli che si attestano al livello di politiche organiche di riforma (o di reinterpretazione della funzione), contribuiscono sì ad avvicinarci alla soluzione del problema, ma senza raggiungerla.

« Infatti — osserva l'A. a questo proposito — mentre tutte rappresentano un progresso rispetto alle precedenti per aver dato alla partecipazione un rilievo paragonabile a quello dell'efficienza, non superano la concezione antinomica di queste due funzioni cui sono attribuite esigenze contraddittorie ».<sup>31</sup>

E' a questo punto che l'intervento di Maccacaro fa operare alla riflessione un salto qualitativo da cui poi fa discendere una definizione e una articolazione progettuale dell'unità locale come « sistema informativo partecipato ».

« Di fatto — scrive appunto Maccacaro riferendosi alla percezione e concezione antinomica contraddittoria del rapporto efficienza-partecipazione — sono proprio questa concezione e questa attribuzione che creano il problema, tutt'altro che nuovo: *lungo la storia corre una continua domanda di partecipazione, continuamente negata in nome della efficienza. Se accettiamo questo con-*

---

<sup>30</sup> G. A. MACCACARO, op. cit., p. 5.

<sup>31</sup> Ibidem.

*fronto, ne scontiamo anche l'esito. Risolvere il problema vuol dire, dunque, negarlo*».<sup>32</sup>

Ecco allora che per impegnarsi in una elaborazione progettuale dell'unità locale il prof. Maccacaro rivede prima, in base a questa analisi, la sequenza « Funzionamento-Funzione-Governo » nel suo tratto terminale « Efficienza-Partecipazione ».

Tale sequenza non va infatti intesa secondo l'A. solo come direzione di lettura, o come definizione concettuale; ma anche come criterio di subordinazione dei tre termini e concetti.

Se è comprensibile e condiviso il diritto della « funzione » a stabilire i criteri di giudizio del « funzionamento », onde l'impossibilità di giudicare il funzionamento se non in subordine alla funzione (criterio dell'efficienza), ora bisogna appunto andare oltre riconoscendo « *l'impossibilità di giudicare l'efficienza se non in subordine alla partecipazione* » onde « *il diritto della partecipazione a stabilire i criteri di giudizio dell'efficienza* ».

« I due termini non sono più quelli di un'antitesi: *questa non esiste senza quelli* e con essa scompare il problema del suo superamento. Ma ove sembrasse ancora necessario comporla in una sintesi non avremmo dubbi nel formularla: *l'unica efficienza che conti è quella della partecipazione al governo* che individui le funzioni cui subordina il funzionamento del sistema... in generale e dell'unità... locale in particolare ».<sup>23</sup>

## 5 - LE CONDIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE: IL RIFIUTO STRUTTURALE DELLA DELEGA

La definizione della partecipazione che Maccacaro dà, apparentemente asettica emerge da una semplice e non controversa analisi degli elementi dell'atto partecipatorio e delle relazioni intercorrenti tra essi.

L'A. afferma quindi che si ha partecipazione quando « un'azione collettiva è voluta e operata da più agenti nel ruolo di soggetti » e in particolare limita l'analisi ad un solo tipo di azione: la *decisione*, intesa come *scelta tra alternative d'intervento* in un

<sup>32</sup> Ibidem (il corsivo è nostro).

<sup>33</sup> G. A. MACCACARO, op. cit., p. 6 (il corsivo nel primo periodo e nella citazione è nostro, nel secondo è dell'A.).

sistema, basata su una qualche conoscenza-informazione sullo stato del sistema.

Da questa definizione emergono con chiarezza gli enti e le relazioni della partecipazione: *i soggetti, gli oggetti, le decisioni prese dai soggetti, le informazioni rese dagli oggetti.*<sup>34</sup>

### 5.1. - *I soggetti della partecipazione.*

Nella individuazione dei soggetti, Maccacaro ricorda che in ogni caso la partecipazione nel settore specifico dei servizi sanitari e sociali non può essere mai vista in termini di autonomia, di separazione, in quanto costituisce un momento di una più larga partecipazione, anche se può accadere che in certi momenti e luoghi essa possa diventare eminente e trainante nei confronti delle altre forme di partecipazione.

« (...) l'ambito del suo attuarsi — scrive l'A. — è quello in cui già naturalmente si attuano o sono possibili altre forme di partecipazione diretta o indiretta, rappresentabili come reticolo relazionale in una comunità oggettivamente e soggettivamente tale. Là dove la lettura del territorio consente di individuare aree di particolare densità del reticolo ora detto, sarà ipotizzabile una unità di partecipazione sanitaria la cui autenticità non dipende — a meno di alcune precisazioni che seguiranno — dai contenuti tecnici e dai volumi demografici. Naturalmente questa ricognizione andrà condotta con riferimento non solo allo stato attuale ma alle previsioni di sviluppo ».<sup>35</sup>

Nella successiva definizione dei soggetti, Maccacaro ricorda come i soggetti partecipanti non siano soltanto i singoli individui, « cittadini », « utenti », bensì anche le aggregazioni degli stessi<sup>36</sup>

<sup>34</sup> MACCACARO chiarisce bene come, essendo i soggetti parte integrante del sistema, e le decisioni nient'altro che una classe particolare di informazioni, l'immagine e la progettazione dell'unità locale come « sistema informativo partecipato » si ponga con naturale evidenza.

<sup>35</sup> Op. cit., p. 6.

<sup>36</sup> L'A. spiega molto bene come « tali aggregazioni, totalizzanti più che la somma dei loro addendi », popolano di nuovi « individui », connessi da nuove valenze informativo-decisionali, il sistema: così come arricchiscono di nuove capacità di presenza il singolo individuo (...), potremmo dire che la partecipazione del singolo avviene non solamente con la sua « coscienza reale » ma con le « coscienze possibili » della sua socializzazione.

Ibidem. Cfr. anche L. GOLDMAN in *Il concetto di informazione nella scienza contemporanea*, De Donato ed., Bari, 1971.

nelle dimensioni e nei luoghi significativi della vita associata (scuola, fabbrica, residenza...). Di tali aggregazioni va sottolineata la realtà sostantiva di soggetti, agenti collettivi, in cui si esprime la realtà individuale; per cui, come conseguenza, emerge la necessità di commisurare all'originalità di questi soggetti collettivi, come mittenti e destinatari, la proprietà e i caratteri del linguaggio informativo come una delle garanzie dell'effettiva capacità decisionale. Capacità che è tale in quanto dotata di potere politico effettivo, cioè totale nella sua formazione e nella sua applicazione (né ristretto nella prima né settoriale per la seconda).

Questo porta l'A. a riconoscere l'ente locale democratico (sostanzialmente il Comune, o meglio il Comune rifondato) come altro soggetto di partecipazione con funzioni e ruoli particolari derivanti dalla sua istituzionalità.

A questi tre tipi di soggetti: *individuali*, *collettivi* (scuola, fabbrica, residenza), *istituzionali* (Comune) va la esclusiva capacità di riconoscerne altri in quanto « (...) il diritto di cittadinanza in un ambito di partecipazione non può essere conferito che dai partecipanti stessi, perché la partecipazione nasce proprio in quel momento — che può durare un'epoca — in cui una comunità oggettiva diventa comunità soggettiva ».<sup>37</sup>

## 5.2. - *La decisione: programma, intervento, controllo, partecipazione diretta e mediata.*

Circa le caratteristiche delle decisioni dei soggetti di partecipazione l'A. le qualifica con due attributi essenziali: *efficaci ed informate* nella misura in cui tali decisioni non devono essere soltanto indicative dell'azione (*programma*), ma anche capaci di promuoverla, nel senso sia di porre le condizioni dell'operatività, che di operare (*intervento*) e di verificarla, nel senso sia di verifica delle operazioni che dei risultati (*controllo*).

E' a questo punto che Maccacaro affronta il problema di una partecipazione organizzata in modo tale da eliminare la delega, in quanto la cosiddetta « partecipazione delegata » è ovviamente una contraddizione in termini.

La distinzione tra programma, intervento, controllo (con le successive articolazioni interne) permette infatti, secondo l'A., di af-

---

<sup>37</sup> Op. cit., p. 7.

*fidare l'operatività* (nel senso dell'*intervento operativo* e del *controllo delle operazioni*) e suggerisce una possibile distinzione tra « *partecipazione diretta* » e « *partecipazione mediata* » senza alcuna confusione con la « *partecipazione delegata* ».

« La delega, infatti — scrive Maccacaro — è intesa qui come consegna almeno *pro tempore*, dal delegante al delegato, degli specifici attributi di titolare dell'informazione e della decisione, estinguendoli o sospendendoli come flussi che legano il soggetto all'oggetto della partecipazione. Invece la mediazione è intesa a mantenere tali flussi, in quanto associa e non emargina i soggetti, conferendo la capacità di raggiungere operativamente oggetti e punti non prossimi del sistema sanitario. In altre parole, se la delega è un elemento disgregante della partecipazione, l'aggregazione di unità partecipanti elementari crea modi e livelli di mediazione partecipatoria commisurati a funzioni di diverso raggio e livello ».<sup>38</sup>

Ora, proprio per garantire un ambito di partecipazione diretta e/o mediata cioè autentica, Maccacaro scrive che condizione di fondo è che nel rapporto informativo decisionale il soggetto mittente (mediato) possa, in ogni momento, sostituirsi al messo (mediatore). E questo significa, conseguentemente, quanto meno che: 1) il linguaggio di quel rapporto deve essere sempre quello del mittente; 2) questi deve essere raggiunto dalle informazioni nell'ambito naturale della sua presenza; 3) da questo ambito le sue decisioni devono poter raggiungere verificabilmente gli altri punti del sistema.

« Se si riesce a garantire con l'osservanza di questi o/e altri criteri — afferma l'A. — l'autenticità della partecipazione mediata, cioè se si risolve articolatamente e realisticamente il problema che abbiamo riconosciuto prioritario: "*l'efficienza della partecipazione*", si supera veramente la necessità di scegliere tra la partecipazione totale in un ambito così ristretto da essere senza contenuti e l'ambito onnicomprensivo per una partecipazione così diluita da essere senza efficacia.

« La presenza di tutti in tutte le decisioni: tutte le informazioni alla conoscenza di tutti: l'osservanza di questo principio è autentica, pur variando strutturalmente sul *gradiente* delle sue componenti *dirette-mediate*). E' chiaro che esiste un raggio per

---

<sup>38</sup> *Ibidem*.

questo gradiente: cioè un centro di massima partecipazione diretta e una periferia di massima partecipazione mediata. Ma questi centro raggio periferia non vanno più intesi in senso socio-urbanistico ma propriamente sanitario, cioè di prevalenza epidemiologica, utenza di servizi, ecc. Se non si può ottenere la partecipazione diretta totale ("tutti in tutto"), è più importante che l'intera popolazione dei soggetti (individuali, collettivi e istituzionali) partecipi direttamente a quel 20 % di problemi sanitari che incidono nella vita dell'80 % di essa piuttosto che il 20 % della popolazione si occupi dell'80 % dei problemi: cioè si ritiene meglio ridurre il numero dei problemi gestiti in partecipazione diretta da tutti piuttosto che ridurre il numero dei soggetti che gestiscono direttamente tutti i problemi ».<sup>39</sup>

Del resto solo l'esercizio di una vera, pur se graduale, partecipazione permette di apprendere e articolare quei criteri specifici che ne verifichino l'autenticità rispetto alla delega e solo tale esercizio, nella misura in cui estende il raggio e riduce il gradiente della partecipazione diretta, tende ad eliminare le aree scoperte residue della delega.

### 5.3. - *L'informazione: verso una sua riappropriazione politica e tecnologica.*

Si è visto come l'unità locale — come area di autogoverno in un campo specifico — è un « sistema informativo ». Tale sistema può allora dirsi « partecipato » nella misura in cui è « partecipata » l'informazione.

La partecipazione infatti, come abbiamo visto nelle precedenti argomentazioni di Maccarò, rimane autentica se conserva al soggetto (cioè se rifiuta di delegare) i momenti di alta specificità informativa: *il programma e il controllo*.

L'informazione definita dall'A. come 1) notizia sullo stato del sistema, ma anche 2) messaggio decisionale, 3) controllo di efficacia, rimane quindi come il termine più rilevante e più incognito del problema. « Ove si creasse un controllo privilegiato dell'informazione — a qualsiasi livello: afferenze, elaborazioni, efferenze — ogni partecipazione sarebbe spenta o mistificata. Noi — afferma Maccarò — non sappiamo ancora come impedire che ciò avven-

---

<sup>39</sup> Ibidem.

ga. Sappiamo però di aver individuato un tema che deve essere proposto e mantenuto ad un notevole livello di tensione nella dialettica dei poteri (centrale e regionale, regionale e locale, locale e individuale): ovvero il ritiro della delega *a misura della appropriazione tecnologica dell'informazione*.

« Il potere sovrastante si vale sempre di questa appropriazione e tende, pertanto, a enfatizzare la *necessità tecnologica* di quella delega: il potere di base deve riaffermare il primato delle sue *necessità politiche* e chiedere una tecnologia alternativa ».<sup>40</sup>

Maccacaro ne affida la soluzione all'esperienza della partecipazione di base, soprattutto nella fase di attivazione dei servizi a livello locale, consigliando, in questa fase di distinguere nelle sedi di attività dell'unità locale, l'*informazione di governo* dall'*informazione di esercizio*, e di concentrare sulla prima il primo impegno partecipatorio lasciando la seconda a quello di particolari soggetti che possono essere riconosciuti idonei mediatori.<sup>41</sup> Inoltre l'A. fa presente un'altra distinzione, interna alla precedente, tra *informazione primaria* (così come nasce dai soggetti e dagli oggetti della partecipazione: decisione di un soggetto, indicazione di stato o variazione di stato di un oggetto) e *informazione secondaria* (così come nasce da processi elaborativi, ai vari livelli, della precedente; somma delle decisioni dei soggetti trasformate in strategia operativa; rappresentazione-interpretazione di stato degli oggetti).

E, a questo proposito, ricorda che nel nucleo centrale del sistema informativo, « tutto è governo ».

« Per questo la base partecipante non potrà disporsi né alla delega né alla mediazione in questo settore, ma dovrà osservare la più attenta cautela nell'accettare soluzioni tecniche rigidamente predefinite ed esercitare la più diretta sorveglianza sul loro impiego. La soluzione corretta è anzi da ricercarsi in una struttura elaborativa relativamente indeterminata capace di determinarsi a misura e immagine dell'uso che viene fatto dai soggetti... della partecipazione. Questa soluzione — avverte l'A. — non è chimerica, nel

<sup>40</sup> Op. cit., p. 8.

<sup>41</sup> « (...) *l'informazione di esercizio* — spiega l'A. — è riscontro di ciò che abbiamo chiamato allora *intervento*, mentre *programma* e *controllo* si riscontrano assieme nell'*informazione di governo*. Così appare plausibile la nostra proposta di rifiutare la delega in quanto consegna dell'informazione di governo ed accettare la mediazione per la gestione dell'informazione di esercizio ». Ibidem.

senso che non è fuori delle possibilità di studio e di realizzazione, allo stato attuale dell'arte ».<sup>42</sup>

Nell'attesa, suggerisce che l'informazione diffusa sia sempre classificata, manifestamente e comprensibilmente, con l'indicazione dei livelli di elaborazione, e l'informazione secondaria sia sempre resa con il linguaggio dell'informazione primaria e questa in quello dei suoi soggetti di partecipazione e che l'educazione sanitaria-sociale sia anche e prioritariamente intesa come educazione all'uso dell'informazione sanitaria-sociale.

#### 5.4. - *Gli oggetti della partecipazione.*

Non ha senso in questa prospettiva, anzi sarebbe contraddittorio, definire allora a priori perimetri e contenuti dell'unità locale, cioè di oggetti della partecipazione, perché tutto ciò a cui i soggetti applicano la loro azione di partecipazione, è oggetto di partecipazione, per cui solo la comunità partecipante può farlo e può farlo con quell'originalità di scelte che è garanzia della sua libertà di determinare il proprio operare.

« Ciò che si deve programmare pertanto non è un certo tipo di unità sanitaria locale, ma una U.S.L. che possa essere di un certo o di un altro tipo, quello voluto dalla comunità locale (...). In questo senso è bene considerare ipotesi strutturali dell'U.S.L. purché ... siano ipotesi sulla "struttura della partecipazione" e non solo sulla "struttura dell'efficienza", siano ipotesi sulle componenti modulari e non sulla architettura totale, siano ipotesi ispirate ad esigenze di articolazione e flessibilità piuttosto che di fissazione e consolidamento di un disegno purchessia ».<sup>43</sup>

Così come Maccacaro ha distinto i vari soggetti al fine di non perderne con la realtà sostantiva, la capacità decisionale, così per gli oggetti l'A. ritiene necessario distinguerne la molteplicità per non smarrirne l'identità.

« Se, come affermiamo convintamente, la comunità scolastica, il gruppo omogeneo, la popolazione di quartiere sono esempi di autentici soggetti collettivi... è perché dalla scuola, dalla fabbrica, dalla residenza nascono informazioni e proposte di decisioni che sono loro proprie. A sua volta ciò è vero perché la residenza, la

<sup>42</sup> Ibidem.

<sup>43</sup> Op. cit., p. 9.

fabbrica e la scuola sono altrettanti esempi di fattori condizionanti la salute fisica e psichica dell'uomo. (...) Ciò per dire che gli oggetti della partecipazione... non sono semplicemente quelli che la tradizione o l'uso corrente connotano con tale aggettivo: ma naturalmente tutti quelli la cui modificazione di stato determina modificazioni della salute individuale e collettiva ».<sup>44</sup>

Ne consegue appunto, come si era detto, l'impossibilità di dissociare la partecipazione nell'ambito dell'intervento sanitario-sociale da altre forme di partecipazione: quella scolastica, quella lavorativa, quella abitativa, ecc. E emerge anche che finché gli oggetti della prima partecipazione sono in larga misura sotto altri governi (didattico, sindacale, comunale...) occorre che questi entrino nel novero dei suoi soggetti istituzionali oppure che la partecipazione sia un modo di essere globale della società e investa ogni suo bene ed assetto.

---

<sup>44</sup> Ibidem.

## APPENDICE

Riportiamo integralmente l'ultima parte del saggio del prof. Maccacaro relativa alle « strutture della partecipazione » in connessione con le strutture e i livelli operativi dell'unità locale, sia per l'indubbio interesse progettuale delle proposte coerenti col « primato della partecipazione », sia per permetterne una conoscenza adeguata ed un raffronto con le altre ipotesi tecnico-organizzative elaborate in questi ultimi anni.

3. LE STRUTTURE DELLA PARTECIPAZIONE <sup>1</sup>

3.1. Così come l'abbiamo delineata per quei tratti che crediamo essenziali, l'U.S.L. appare come un *sistema* perché è veramente tale: un insieme di unità in relazione, noto cioè per conoscenza delle parti che lo compongono e delle relazioni che le connettono, in senso statico e in senso dinamico.

Naturalmente, come tutti i sistemi, può essere descritto secondo "struttura" o secondo "funzione" a misura che sia privilegiato il momento statico o quello dinamico. Ma poiché abbiamo visto essere la partecipazione al governo della U.S.L. che definisce di questa le funzioni cui subordina il funzionamento delle strutture, vogliamo continuare a vedere nella U.S.L. non soltanto un sistema sanitario, semplice aggregazione coordinata di enti e di servizi, ma anche un sistema partecipatorio.

Tale sistema — s'è visto — è fatto: *i*) di soggetti individuali, collettivi ed istituzionali, *ii*) di oggetti modulari o singolari che si aggregano per livelli definiti da funzioni, *iii*) di flussi decisionali e informativi che legano gli uni agli altri.

Abbiamo cercato di mostrare come l'informazione non basti alla decisione e come questa non sia autonoma da quella. Ma conviene ora sottolineare che la progettazione di un sistema informativo è sempre una ipotesi sul potere che lo gestirà se non addirittura un'oblazione allo stesso. Così come il tipo di committenza definisce già le caratteristiche del sistema informativo per essa progettato.

Infatti i modelli di sistema informativo cui possiamo oggi fare riferimento, sono quelli costruiti secondo esigenze di razionalità ed efficienza di sistemi produttivi o di sistemi (v. ospedali) produttivisticamente interpretati. In essi si riflette l'immagine di un potere concentrato, di un processo decisionale discendente e di un processo informativo ascendente: un'immagine, cioè, contraddittoria di ciò che abbiamo chiamato partecipazione. Pertanto non è pensabile che il sistema informativo di una U.S.L., così come intesa da chi ne ha fatto la maggiore speranza progettuale di una sanità veramente riformata, possa essere descritto e costruito per mutazione e adattamento dei modelli esistenti. Ciò non significa, naturalmente, rinunciare ad alcun portato delle esperienze raccolte, delle conoscenze acquisite e delle realizzazioni compiute in altri campi della sistemistica in generale e di quel-

---

<sup>1</sup> Da « Unità Sanitaria », Anno II, n. 4 ottobre-novembre 1972.

la informativa in particolare. Significa invece volerli utilizzare criticamente per l'esame e il confronto delle proposte, conservando alla originalità di implementazione della nuova struttura sanitaria locale la possibilità di definire originalmente il corrispondente sistema informativo del quale pertanto non è possibile e sarebbe comunque vano anticipare una dettagliata definizione.

È possibile ed utile meditarne, sin d'ora, alcune fondamentali caratteristiche strutturali e paradigmi di sviluppo.

### 3.2. Livelli delle strutture partecipatorie

L'U.S.L., nella sua forma compiuta, esaurisce i bisogni sanitari dei suoi cittadini rinviandone, per competenza, soltanto quelli di più rara occorrenza e più speciale esigenza all'ospedale regionale o ad altri presidi esterni al suo perimetro.

Naturalmente i bisogni sanitari non si esauriscono in nessuna delle componenti mediche fondamentali: preventiva, curativa, riabilitativa. Ovvero, queste componenti totalizzano sempre l'atto medico ovunque si svolga, se pur in diversa misura ed a diversi livelli di organizzazione e qualificazione. Principali tra questi livelli sono: il Distretto, la Subunità e l'Unità.

#### Il Distretto

Può sembrare che il primo naturale livello di organizzazione sanitaria partecipatoria sia il settore, quell'unità topodemografica (1.000-1.500 abitanti) cui attende un medico residente di base. In situazioni di estrema dispersione residenziale non è da escludere che il settore assuma di fatto tale attributo, ma sembra più giusto riconoscerlo nel *distretto*, inteso non come multiplo (2-3) settoriale ma come primo ambito di pratica medica globale. Se, infatti, questa è definibile, a livello di settore, quasi esclusivamente in termini di assistenza curativa e segnatamente domiciliare, la pratica medica a livello di distretto, pur essendo di base, assorbe, sviluppa ed integra anche altri momenti e, in particolare, quello preventivistico. Dal *settore* al *distretto* c'è — dunque — un primo salto di qualità e, quindi, una prima aggregazione qualificata da una nuova funzione. Infatti nel distretto è attivo un gruppo di operatori sanitari che non diluisce tutte le sue valenze funzionali in ogni membro della stessa né le distribuisce fissandone ciascuna a qualcuno, ma affida e riassume secondo necessità la funzionalità individuale e collettiva. Naturalmente ciò avviene a precise condizioni.

1. L'attività del gruppo medico deve trovare una sua forma organizzativa. Nasce la *squadra sanitaria integrata* la cui composizione è decisa dalla comunità distrettuale in ragione non solo della sua numerosità ma anche dei modi del suo insediamento e, soprattutto, dei suoi particolari problemi di salute. Tre medici residenti, un pediatra, un ostetrico-ginecologo, un dentista, un farmacista, una ostetrica, un assistente sociale: tali presenze sono vagamente indicative per un generico distretto di 3.000-5.000 abitanti. Questa squadra deve agire come tale — pertanto deve avere un momento di coordinamento rappresentato dal *medico distrettuale*: non una presenza ulteriore ma una funzione circolante.

2. L'attività della *squadra sanitaria integrata* deve avere un adeguato supporto fisico (ambientale, strumentale, ecc.). Nasce l'*ambulatorio di distretto* non solo come luogo di attività diagnostica, terapeutica e profilattica ma come riferimento condiviso dai sanitari e dalla popolazione: non soltanto, quindi, un "punto di visita" ma anche un "punto di vista" — il meno elevato ed il più risolutore — sulla situazione sanitaria locale e l'attività medica corrispondente. E' da prevedere, o da auspicare, che presso l'ambu-

latorio distrettuale abbiano sede la farmacia ed eventualmente altri servizi ausiliari.

3. Anche e prima ancora, deve trovare il supporto necessario la partecipazione di base ai momenti decisionali e informativi della vita sanitaria distrettuale. Pertanto l'ambulatorio, oltre che predisporre ambienti e servizi per l'attività strettamente sanitaria (sale di attesa, sale di visita, sale di medicazione etc.) deve attrezzarsi "come un terminale" informativo il che non significa necessariamente "come un terminale" elettronico. Gestirà quindi a livello distrettuale:

- i) un archivio dei soggetti individuali e collettivi;
- ii) un archivio degli oggetti sostanziali e strumentali;
- iii) il coordinamento operativo delle attività sanitarie;
- iv) il collegamento con il servizio informativo della *Subunità Sanitaria Locale*.

Conseguentemente al *medico distrettuale* compete la doppia responsabilità di curare e conservare aperta all'accesso della partecipazione l'ultima efferenza dell'U.S.L. come sistema sanitario e la prima afferenza dell'U.S.L. come sistema informativo. L'uno e l'altro, qui raggiungendo l'estremo grado di localizzazione, sono anche al limite della differenziazione: per contenuti e per modi volta per volta definiti dalla realtà distrettuale (cioè: distribuzione della popolazione, tipologia lavorativa, situazione ambientale, prevalenze nosografiche, etc.) attraverso una interpretazione partecipata. Ciò indica la inopportunità (sia sul piano organizzativo sia su quello strumentale) di schemi precostituiti di gestione della informazione.

### *La subunità*

Nasce come aggregazione di distretti ma si definisce e delimita come funzionalmente nuova rispetto alla somma delle loro funzioni.

Tale novità si rappresenta soprattutto in:

1. Una squadra di *medicina preventiva* che opera a livello interdistrettuale: all'attività preventivistica degli operatori sopra indicata cui si ricorda, questa squadra aggiunge quella promossa dall'esigenza e dal risultato di una conoscenza globale dell'ambiente in un perimetro naturalmente definito. "Naturalmente" significa qui che la definizione perimetrica non è raggiunta con criteri amministrativi ma attraverso una lettura del territorio e della realtà sociale che vi insiste. In particolare attraverso la ricognizione delle nocività ambientali compiuta dai soggetti stessi della partecipazione: è in questo modo che la comunità di base scopre la sua solidarietà nella solidarietà dei rischi cui è esposta la salute dei suoi componenti. Ciò significa anche che, se a livello di distretto si attua la tattica della prevenzione, la strategia corrispondente è proprio della *Subunità* polidistrettuale. E' a questo livello, infatti, che prendono particolare rilievo i soggetti collettivi di cui si è parlato nel capitolo precedente.

2. Un *Poliambulatorio* che deve assicurare:

- i) la complementazione dell'attività medica di base con le prestazioni specialistiche da essa richieste;
- ii) l'erogazione di tutta l'assistenza sanitaria capace di minimizzare la necessità del ricovero ospedaliero (la segregazione è sempre una perdita di partecipazione);
- iii) il funzionamento dei servizi medico-sociali (assistenza a domicilio, etc.) necessari al mantenimento del malato nel suo contesto naturale;

iv) il funzionamento dei servizi tecnici (laboratori, unità mobili, etc.) necessari all'attività preventiva e curativa.

A sua volta il *Poliambulatorio* dovrebbe essere non solo il luogo in cui sono erogate prestazioni sanitarie ulteriori a quelle di base ma la sede in cui la comunità "naturale" della *Subunità* può appropriarsi degli strumenti necessari alla sua volontà partecipatoria. Pertanto noi vediamo il poliambulatorio come parte tecnica di una struttura politica cui diamo il nome di

3. *La Casa della Salute*, una sede il cui ingresso — per la pluralità di funzioni ora assegnatele — non è più in alcun modo stigmatizzante: vi si accede, infatti, per partecipare alla gestione dei problemi sanitari della comunità, portandovi anche, ma non soltanto, il proprio che è anche, ma non soltanto, medico. Nella misura in cui la *Subunità Sanitaria Locale* è davvero un ambito naturale e integrato di vita collettiva ed il vero modulo costruttivo della U.S.L., la *Casa della Salute* deve porre, anche strutturalmente, sullo stesso piano:

- i) l'assistenza,
- ii) la consultazione,
- iii) l'educazione,
- iv) l'informazione,

affinché sia possibile e piena la sintesi partecipatoria delle decisioni.

Da qui la necessità di una nuova stazione del sistema informativo dove siano raccolti e donde vengano distribuiti, in un senso ai distretti e nell'altro al governo dell'U.S.L., i dati originali ed elaborati attinenti alla situazione demografica, nosografica ed ambientale della *Subunità* oltre a quelli indicatori delle attività sanitarie (preventivistiche, poliambulatoriali, ausiliarie, etc.) svolte nell'ambito della stessa.

E' prevedibile che il flusso di informazioni corrente nei due sensi tra *Distretto* e *Subunità* non sia necessariamente gestito in modo automatico e ciò non solo per evitare investimenti sproporzionati ma per salvare ogni possibile grado di libertà alle scelte di base, anche in materia di informatica. E' del pari prevedibile che l'opportunità dell'automazione sia riconosciuta nel tramite dalla *Subunità* all'U.S.L.

Per gli attributi ora appena accennati è già chiaro il salto qualitativo dal *Distretto* o dal semplice aggregato di distretti alla *Subunità* che diventa il vero modulo costruttivo dell'U.S.L., nella quale si trasforma non tanto per integrazione con altre quanto per acquisizione di nuove valenze funzionali e, quindi, oggetti sostanziali e strumentali di partecipazione.

### *L'Unità Sanitaria Locale*

Il perimetro dell'U.S.L., secondo un concetto già precedentemente sviluppato non è definito dagli oggetti che deve includere per adesione a uno schema prefissato ma si modella sui limiti di un'autentica partecipazione intesa come presenza di soggetti titolari del diritto di informazione e di decisione ed intesa anche come disponibilità di oggetti necessari a rendere la decisione efficace e l'informazione utilizzabile.

Si vuol dire che non è la presenza di un *Ospedale* che autentica una U.S.L. ma è l'U.S.L. che decide sull'opportunità di un proprio *Ospedale* o del ricorso a quello di un'U.S.L. viciniera. Così dicasi per il *Paraospedale*, per il *Servizio Preventivo*, per il *Servizio Farmaceutico* e per quanti altri presidi siano di volta in volta riconosciuti come necessari.

La loro enumerazione e la loro descrizione appare pertanto irrilevante a questo livello di esame. Conviene invece sottolineare che essi sono altret-

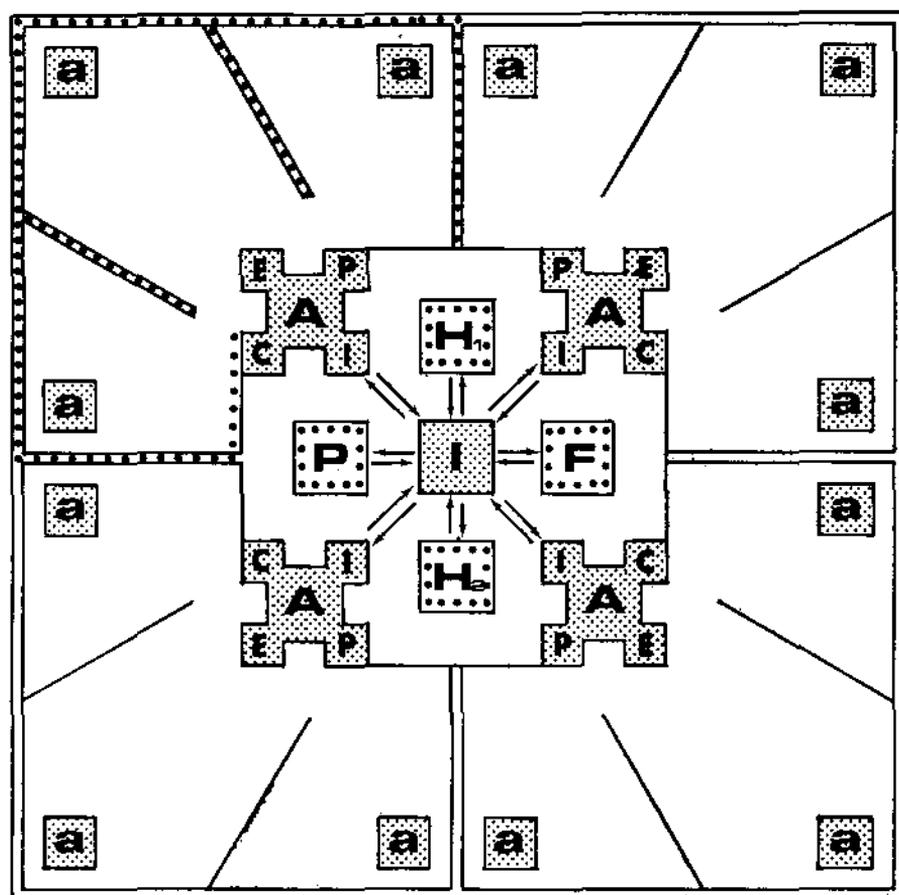


Figura 1. Rappresentazione schematica dell'U.S.L. L'Unità è composta di alcune Sub-unità (quattro nella figura), ciascuna delle quali costituita da tre distretti a ciascuno dei quali possono corrispondere 3.000-5.000 abitanti.

I è il centro del sistema informativo cui si raccordano le varie strutture (A) della sub-unità (v. fig. 2).

H1 e H2 sono rispettivamente l'ospedale e il para-ospedale.

P indica il Servizio di prevenzione; F il Servizio farmaceutico. C ed E rappresentano le sedi della Consultazione e dell'Educazione.

In genere le lettere minuscole indicano i livelli di decentramento delle funzioni centrali indicate con le medesime lettere maiuscole (F, f; P, p; ecc.).

tante componenti del sistema e che quindi devono subordinare la loro attività al suo governo. Noi non vediamo più l'*Ospedale* come vertice e motore dell'attività sanitaria locale, ma come servizio e tali vediamo anche le altre istituzioni che gli si paragonano e che abbiamo in parte nominate. Pertanto ne disconosciamo qualsiasi centralità al processo decisionale che per essere partecipatorio non può essere periferico.

L'*Ospedale* e gli altri servizi sono certamente sottosistemi, anche notevolmente complessi, che pongono il problema di propri sistemi informativi per un corretto esercizio delle loro attività. Ma il governo degli stessi è esterno a tali sistemi e prossimo al *centro del sistema informativo* dell'intera U.S.L. Tale *centro* è destinato ad archiviare, selezionare ed elaborare le informazioni primarie e secondarie che gli giungono dalle *Subunità* per ridistribuirle alle stesse come indirizzi decisionali e per coordinare l'U.S.L. al *Sistema Sanitario Regionale*. In questo senso il *centro* si pone come strumento di sintesi informazionale per un governo di sintesi decisionale. La sua funzione non è quindi semplice né unica: deve infatti assumere informazioni dai servizi per distribuire loro decisioni ma distribuire informazioni ai soggetti della partecipazione per assumerne le decisioni. E' quindi naturale prevedere per esso l'adozione delle più vantaggiose risorse tecnologiche ma anche il controllo più attento, partecipato e politicamente avvertito del loro impiego.

### 3.3. Lo sviluppo delle strutture partecipatorie

La partecipazione non "è" ma "diventa" e diventa per forza non di decreto ma di esercizio. Quindi bisogna dimettere ogni ipotesi di governo sanitario improvvisamente partecipatorio che si realizzi *ope legis* in una qualsiasi situazione storica e medica, politica e tecnologica. Così come bisogna dimettere ogni illusione che il processo di crescente partecipazione possa compiersi senza risentire delle soluzioni tecniche e organizzative adottate nel suo corso.

Questa doppia preoccupazione ispira le considerazioni che seguono e che richiamano altre già sviluppate in precedenza. Avevamo fatto cenno della distinzione, nelle diverse sedi di attività dell'U.S.L., tra *informazione di governo* ed *informazione di esercizio* associando alla prima il controllo della funzione ed alla seconda il controllo del funzionamento. Se ora utilizziamo questi termini per una lettura della situazione attuale — cioè di una fase che dovrebbe essere di transizione verso una sanità riformata — risulta che la maggior parte degli sforzi e degli investimenti per l'implementazione di sistemi informativi o di embrioni degli stessi sono dedicati alla gestione dell'informazione di esercizio piuttosto che a quella di governo.

Sono molti gli ospedali, certamente la maggioranza dei maggiori, che si vengono dotando di elaboratori o di centri di calcolo; così alcuni centri di prevenzione secondaria, così laboratori pubblici o privati di analisi cliniche, etc. Estrapolando un *trend*, sul quale molto incidono la pressione dei produttori e la depressione dei programmatori, non è azzardato prevedere un futuro abbastanza prossimo in cui la decisione di implementare un sistema informativo partecipatorio per l'U.S.L. dovrà fare i conti con una realtà preconstituita secondo tutt'altra ispirazione e di ben difficile recupero, proprio nel campo dell'informatica.

Naturalmente questo *trend* è soprattutto manifesto a livello di quelli che abbiamo chiamato *servizi* per la loro naturale tendenza a rivendicare come autonome le proprie esigenze di razionalità. A questi servizi avevamo negate ogni centralità nel processo decisionale che essi, però, ritrovano o almeno

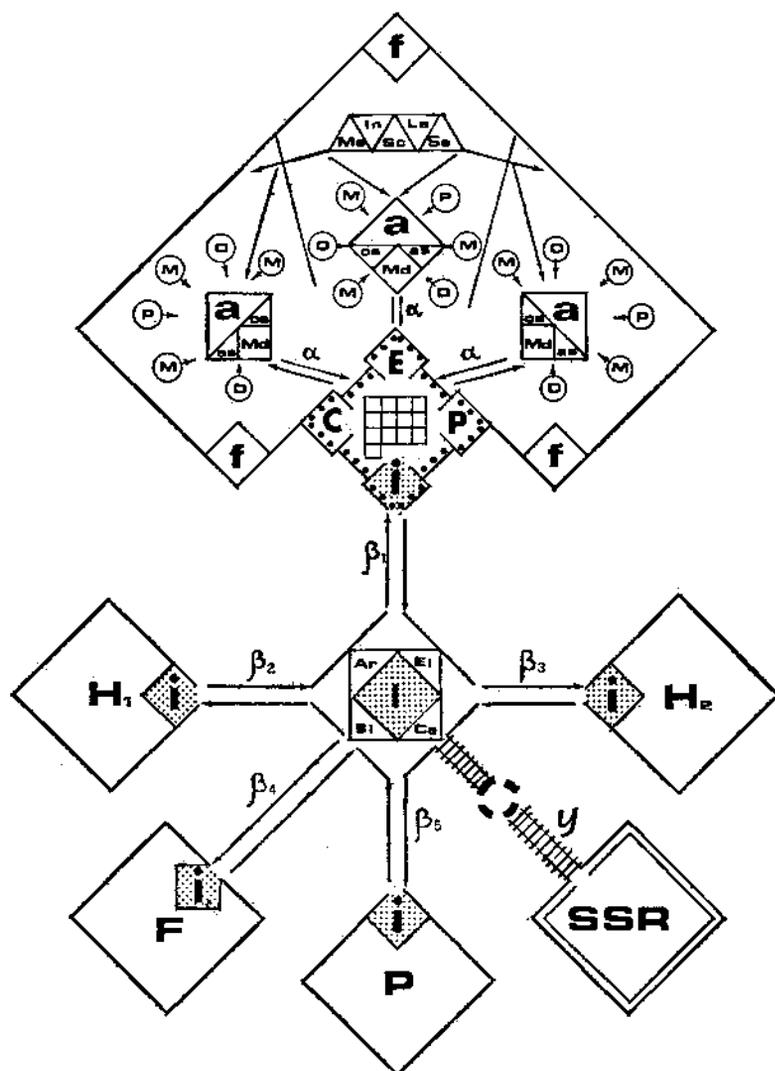


Figura 2. Sub-unità polidistrettuale. La squadra medica distrettuale è costituita da tre medici di base (M), un ostetrico (O), un pediatra (P) e un odontoiatra (D), e gravita sull'ambulatorio distrettuale (a) che è pure sede del medico distrettuale (Md) coadiuvato da un assistente sociale (As) e da un'ostetrica (Os).

La squadra interdettoriale di medicina preventiva complementa l'attività degli altri operatori sanitari di distretto particolarmente nei campi di: maternità (Ma), infanzia (In), scuola (Sc), lavoro (La), senescenza (Se).

SSR rappresenta il Sistema Sanitario Regionale. Le frecce e le lettere greche indicano i flussi di informazione.

richiedono nel momento in cui propongono i propri modelli di gestione dell'informazione.

Senza insistere ulteriormente su un'analisi di cui è facile intravedere gli sviluppi, si vorrebbe dire che l'avvio alla partecipazione implica un'opzione che favorisca l'informazione di governo nei confronti di quella di esercizio.

Tale opzione priorizza la costituzione dei *terminali informativi* presso gli *Ambulatori Distrettuali*, delle *stazioni informative* presso il poliambulatorio delle Subunità, e del *centro informativo* presso il governo dell'U.S.L. rispetto allo sviluppo di servizi di informatica presso i diversi servizi, ospedali inclusi. Se questi ultimi devono essere congrui a quelli è giusto che siano quelli a dettare i modi di questi e non viceversa, come sta forse avvenendo. Un'ulteriore opzione, che come la precedente è contraddittoria delle tendenze in atto o in espressione, è da farsi sulla direzione di sviluppo del processo: che deve essere centripeta nella misura in cui deve essere la partecipazione più periferica cioè di base che va incentivata ed assistita prioritariamente perché operi e non accetti le scelte di gestione diretta, mediata e delegata dell'informazione. Queste scelte contribuiranno poi a definire anche quelle proprie della partecipazione intermedia e centrale.

In sostanza e conclusione noi riteniamo che l'avvento dell'U.S.L. — se si darà e se darà corpo alle migliori speranze che ha suscitato — segnerà il passaggio da un'interpretazione insiemistica ad un'interpretazione sistemistica della sanità locale ed anche da un governo delegato ad un governo partecipato della stessa. Questa doppia e così fondamentale trasformazione non avviene come atto ma come processo che si definisce nel suo compiersi. Tanto il sistema sanitario quanto quello partecipatorio, ovvero il sistema operativo ed il sistema informativo, che insieme e non dissolubilmente sostanziano l'immagine sistemistica dell'U.S.L. si sviluppano e si definiscono a misura della loro interazione. Affermare che questo sviluppo non deve essere determinato ma assistito, che ha meno bisogno di regole che di gradi di libertà, che deve essere protetto dalle suggestioni tecnologiche del capitale pubblico e privato, che — insomma — deve potersi determinare in modo veramente autonomo, significa optare non per un'astensione scientifica, anzi per un impegno maggiore ».

## **PROBLEMI DI BILANCIO**

**Felice VIAN,**  
professore di statistica sociale presso l'Università di Padova

Nella sua relazione il prof. Felice Vian ha illustrato, in sintesi, un particolare criterio di analisi delle prospettive di bilancio a medio termine di un ente locale. Si tratta di un modello di analisi che il relatore ha presentato in varie occasioni di collaborazione con la Fondazione « E. ZANCAN », fornendo applicazioni a casi diversi.

Una trattazione analitica e completa degli aspetti tecnici del modello apparirà in una apposita pubblicazione della Fondazione, in corso di preparazione, cui si rinvia.

Alcune indicazioni sulle finalità generali che il modello di analisi si propone possono essere desunte dalla introduzione del lavoro predetto, che per comodità viene riprodotta qui di seguito.

« I problemi di bilancio, anche a livello degli enti locali, vanno assumendo configurazioni sempre più ampie: sulle esigenze di tipo " contabile - ragioneristico " di riscontro burocratico-formale sulle attività dell'ente, tendono sempre più a prevalere interessi e dimensioni per un bilancio visto come momento di sintesi quantitativa economico-finanziaria degli obiettivi, delle scelte, dei programmi di intervento a breve e a medio termine, della stessa politica globale che l'ente locale si propone di perseguire.

Su questa importante prospettiva vanno progressivamente accentuandosi soprattutto a livello locale, l'attenzione e il dibattito di studiosi, politici, amministratori locali, sindacati, dirigenti e programatori di servizi sociali, comitati di quartiere, singoli cittadini.

In questo ambito assume rilievo il tentativo di questo lavoro dedicato alla presentazione di un modello di analisi delle prospettive a medio termine del bilancio di un ente locale, modello che, in misura più o meno estesa, è ispirato al soddisfacimento di emergenti esigenze di vario tipo.

Gli attuali criteri ragioneristico-funzionali di predisposizione dei bilanci limitano ad una ristrettissima cerchia di persone la possibilità di valutare globalmente, in retrospettiva e in prospettiva, la situazione economico-finanziaria dell'ente, le grosse scelte e gli orientamenti di fondo della politica amministrativa locale. Gran parte della popolazione e dei politici impegnati nei partiti e nella stessa azione amministrativa locale non sono in grado di esprimere un consapevole giudizio sintetico complessivo sugli ele-

menti essenziali della situazione di bilancio. Si tratta di una carenza informativa che rappresenta un forte ostacolo allo sviluppo di una diffusa partecipazione popolare alla formazione dei piani locali di intervento sociale, i quali finiscono per essere controllati da pochi tecnocrati e da ristrettissimi centri di potere.

Il modello proposto vorrebbe contribuire ad un graduale superamento di questo stato di cose: il sistema generale di riferimento, ad aggregazione e a classificazione delle voci molto flessibili, è predisposto in vista delle sole finalità di controllo politico-amministrativo sostanziale della gestione locale delle risorse pubbliche, trascurando completamente gli aspetti formali.

Un secondo ordine di problemi è collegato con la estrema eterogeneità dei livelli locali, in particolare di quelli comunali. Anche se è abbastanza diffusa e generale l'aspirazione ad intervenire in modo sempre più programmato, in base a piani operativi di attività a medio termine, rimangono grosse differenze nelle potenziali prospettive di sviluppo di analisi di bilancio di tipo nuovo: accanto a grossi comuni con lunga esperienza di indagini e di studi di natura economico-politica sul bilancio,<sup>1</sup> oppure con esperienze di diffusa partecipazione cittadina alla formazione del bilancio annuale o dei piani pluriennali di attività,<sup>2</sup> si hanno piccoli comuni che incontrano difficoltà anche nella predisposizione del bilancio annuale secondo la normativa fissata in vista delle sole finalità di tipo burocratico-formale;<sup>3</sup> senza ricordare poi i differenti atteggiamenti e orientamenti dei centri locali di potere nei confronti delle opportunità di diffondere l'informazione sulla gestione delle risorse locali e sulle concrete prospettive di bilancio.

Anche a questi problemi viene parzialmente incontro il modello di analisi presentato in questo volume: la procedura proposta è suscettibile di approfondimenti a più stadi, dal contesto generale a livelli sempre più analitici, da criteri di stima provvisori e grezzi a previsioni sempre più raffinate, a seconda delle emer-

---

<sup>1</sup> Si veda, ad esempio: G. SARTORATI, *La programmazione di bilancio nel Comune di Milano*, Assessorato al bilancio e alla programmazione del Comune di Milano.

<sup>2</sup> Si veda, ad esempio: Comune di Bologna, *Linee per un piano programma 1972-75*, documento del Comune, 1973, 5.

<sup>3</sup> Anche da questo punto di vista può essere vantaggioso per i comuni minori operare tramite opportuni consorzi. Si vedrà un esempio più avanti.

genti esigenze di motivazione globale delle scelte che vanno via via maturando nelle comunità e nei poteri locali ».\*

Con riferimento alla « partecipazione » per una politica locale dei servizi, dall'ampia discussione seguita alla relazione, sono emersi alcuni elementi essenziali che sembra opportuno riportare in sintesi.

1) Nell'ambito di una prefigurazione dell'assetto territoriale — che trovi precisa rispondenza negli strumenti urbanistici<sup>4</sup> propri ai diversi livelli d'intervento (comprensorio, città, quartiere) — sembra essere momento privilegiato quello della formazione partecipata di un *piano pluriennale di attività*: quest'ultimo consente di considerare globalmente problemi che richiedono soluzione unitaria in un arco di tempo che normalmente supera il singolo anno.

In questa fase, al fine di facilitare il processo partecipativo, sembra opportuno evitare di partire con proposte centralistiche eccessivamente strutturate, le quali finirebbero per mortificare alla base libere espressioni di bisogni ed aspirazioni. Rimane comunque l'esigenza di maturare sempre più diffuse capacità e sensibilità di confronto tra la situazione di sub-aree (quartieri della città, comuni di comprensori, ecc.), per il quale necessitano ampie informazioni, elaborate con metodologie opportune.

2) In questo contesto, lo strumento del bilancio assume un ruolo sostanzialmente diverso da quello tradizionale, diventando il momento della quantificazione economico-finanziaria globale del piano di attività, momento che richiede anche l'elaborazione di metodologie nuove di analisi. In questo senso il bilancio può presentare una sua autonoma potenzialità partecipativa, in quanto occasione per diffondere consapevolezza:

a) sulla contabilizzazione complessiva delle risorse in una prospettiva a medio termine: da questo punto di vista è opportuno che il piano di attività comprenda il massimo possibile di risorse disponibili a livello locale;

---

\* Introduzione al volume: F. VIAN, *Un criterio di analisi delle prospettive a medio termine del bilancio dell'ente locale*, a cura della Fondazione « E. Zancan », Padova.

<sup>4</sup> Strumenti che i teorici potranno svolgere in perfetta coerenza con i bisogni odierni della popolazione del territorio soltanto attraverso la più attiva partecipazione di questa e che si esprima ancora a tutti i livelli.

*b)* sul confronto tra esigenze di formazione dei consumi e degli investimenti sociali e meccanismi di attribuzione delle risorse ai poteri locali.

3) Anche il bilancio annuale, se visto come momento di quello pluriennale (a sua volta momento del piano programma pluriennale di attività) può presentare la sua valenza partecipativa, in quanto occasione per:

*a)* fissare le priorità nel tempo;

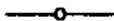
*b)* verificare lo stato di avanzamento del piano-programma (anche attraverso un confronto col consuntivo);

*c)* rendere esecutiva una fetta di piano-programma e responsabilizzare concretamente su di essa.

**ESPERIENZA PER LA FORMAZIONE E LA GESTIONE DEL PIANO  
PLURIENNALE E DEL BILANCIO DI PREVISIONE ANNUALE  
NEL QUADRO DI UNA POLITICA  
DI DECENTRAMENTO E DI PARTECIPAZIONE**

Comune di BOLOGNA  
Assessorato al Bilancio - Assessorato al Decentramento  
Documentazione presentata da Giuliano PAZZESCHI

1. - IL PROGRESSIVO SVILUPPO DEL PROCESSO DEL DECENTRAMENTO E DELLA PARTECIPAZIONE.
2. - PARTECIPAZIONE DEI QUARTIERI ALLA FORMULAZIONE DELLE SCELTE DI PIANO-PROGRAMMA E DI BILANCIO.
3. - PROSPETTIVE DELLA PARTECIPAZIONE DEGLI ORGANISMI DECENTRATI NELLA GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI E DEL BILANCIO.
4. - PRESUPPOSTI TECNICI E ORGANIZZATIVI.



## IL PROGRESSIVO SVILUPPO DEL PROCESSO DEL DECENTRAMENTO E DELLA PARTECIPAZIONE

Il decentramento politico-amministrativo è nato a Bologna all'inizio degli anni sessanta, da un lungo confronto di tutte le forze politiche democratiche a larga base popolare dopo una precedente esperienza di consulte popolari.

Esso nasceva dalla consapevolezza di quanto poco potesse coesistere con un autentico sviluppo della partecipazione, ogni chiusura di parte e di quanto invece potesse essere fecondo un corretto confronto democratico fra le diverse componenti politiche e culturali radicate nelle masse popolari. La politica di decentramento e di partecipazione a Bologna ha avuto in effetti fin dall'inizio il sostegno e l'appoggio di un largo arco di forze politiche di maggioranza e di minoranza: questa larga base di consenso, questa garanzia di una pluralità di presenze impegnate è ciò che ha permesso al decentramento bolognese di crescere in senso positivo superando via via le difficoltà e anche gli errori insiti in una linea politica e in una esperienza che è, per tutti, profondamente innovatrice.

Non a caso quindi il decentramento a Bologna è stato ed è, anche un grosso fatto « culturale », di costume democratico, che ha permesso a gruppi prima diffidenti gli uni degli altri di trovare momenti di convergenza e di dare vita a sedi e forme nuove del dibattito politico, certamente più esigenti ma anche più feconde ed aperte.

Il processo di partecipazione e di decentramento ha costituito nell'esperienza bolognese un momento di autentica innovazione nella vita politica ed amministrativa locale, dando inizio a profondi mutamenti nel modo di fare politica e di amministrare, avviando a spostamenti nei centri di potere e di

decisione politica, attraversando in ciò momenti e strade difficili, oltretutto anche per la subordinazione dell'ente locale a vecchie leggi inadeguate ed anacronistiche.

La progressiva crescita del ruolo e dei poteri dei quartieri, attraverso conquiste fatte di esperienza viva, fatte di acquisizioni concrete di sicurezza e di forze, da un ruolo iniziale di dibattito generale, di richiesta di rivendicazione, ad un più preciso ruolo consultivo e di controllo porta successivamente i quartieri ad un ruolo più propriamente decisionale, di programmazione e di gestione sociale decentrata. Ne deriva da una parte uno sviluppo di nuovi strumenti di partecipazione e dall'altra l'esigenza di nuove modalità di rapporto con l'amministrazione comunale sia a livello di organi politici (con il consiglio e la giunta comunale e poi con la Regione) sia a livello tecnico-amministrativo (ristrutturazione degli uffici e dei servizi comunali in funzione del decentramento). L'esperienza di questi anni ha dunque comprovato lo stretto legame fra decentramento dei poteri decisionali (autonomia dei quartieri) e lo sviluppo della partecipazione e delle esperienze di gestione sociale.

Ora, il problema che si pone in seguito allo sviluppo del decentramento e degli istituti della partecipazione, data anche la presenza operante dell'ente regione, è quello di assegnare agli enti locali un nuovo ruolo e di primo piano in cui i quartieri (con la loro struttura politica e come canali della più vasta partecipazione popolare) siano parte integrante. Siamo cioè di fronte ad un momento di ulteriore qualificazione e di apertura di nuove prospettive per la politica di decentramento e di partecipazione democratica; prospettive politiche e di programmazione che trovano collocazione concreta nel progetto di programma degli interventi della regione Emilia-Romagna e dimensione reale nel processo di delega delle funzioni amministrative delle regioni agli enti locali (e quindi anche ai quartieri).

Nel corso di quest'anno 1973 vi è stato, nella città e nei quartieri un ampio dibattito, che avrà presto la sua conclusione in consiglio comunale, su proposte elaborate dalla commissione consiliare al decentramento per dare al decentramento un nuovo ordinamento, più consono alle effettive esperienze già maturate in questi anni dai quartieri al di là del vecchio regolamento del decentramento presentato al prefetto nel 1963.

Si tratta:

- 1 - di una proposta di carattere politico-programmatico;
- 2 - di una serie di proposte di carattere regolamentare.

Ma su questi aspetti, più attinenti alla problematica politica e democratica e quindi della partecipazione popolare, potrà essere più precisa la comunicazione che a questo stesso seminario viene presentata dall'aggiunto del sindaco di un quartiere di Bologna.

## LA PARTECIPAZIONE DEI QUARTIERI ALLA FORMULAZIONE DELLE SCELTE DI PROGRAMMA E DI BILANCIO

E' nel contesto dello sviluppo dei poteri dei quartieri, della gestione decentrata dei servizi sociali, della maggiore partecipazione dei cittadini alla conoscenza e alla gestione della cosa pubblica che gli strumenti a ciò relativi diventano determinanti per la vita stessa del quartiere.

E in questo processo di sviluppo del decentramento ed in questa prospettiva si colloca e si muove il processo di programmazione e di formazione delle scelte del bilancio di previsione comunale.

Dal 1966 i consigli di quartiere intervengono preventivamente con il loro giudizio sul bilancio comunale e fino al 1971 il loro intervento è stato una manifestazione ancora limitata su bozze problematiche e interlocutorie formulate dai singoli assessorati, anche se caratterizzata da una valutazione via via sempre più qualificata e precisa che ha presto messo in evidenza lo spazio insufficiente che tale bozza lasciava agli organi decentrati.

Con la elaborazione del piano-programma poliennale 1972-1975 che tende a dare sostanza alle scelte di assetto sociale ed economico individuate nei precedenti provvedimenti urbanistici, iniziava una nuova esperienza di partecipazione democratica e popolare che ha assunto profondo valore politico e amministrativo.

Ciò che abbiamo sperimentato riveste una importanza di carattere fondamentale nell'ambito delle esperienze che oggi vengono fatte anche da altri comuni e rappresenta l'indicazione di quali contenuti di partecipazione si può sostanziare una programmazione che vuole essere democratica.

La partecipazione dei quartieri alla formazione delle scelte degli investimenti straordinari e alla loro traduzione programmatica è stata ampia, analitica, documentata, responsabile ed ha espresso una qualità politica nuova del processo di partecipazione che tende a trasformarsi sempre più in autogoverno.

E' stata fornita ad ogni quartiere una « agenda » contenente l'elencazione delle opere pubbliche e degli interventi di interesse generale e di quartiere.

Oltre 50 sono state le sedute dei consigli di quartiere e più di 60 le riunioni delle commissioni di quartiere, quali le commissioni urbanistica, della scuola, del verde, dello sport, del traffico, della viabilità.

Una aperta e articolata discussione che non ha portato solo ad una individuazione democratica e capillare degli obiettivi sociali da raggiungere nella nostra città, ma ha fatto toccare con mano ad una vasta massa di cittadini, alle forze sindacali e della cooperazione, ai rappresentanti delle piccole e medie imprese, alle espressioni organizzate della società civile, un modo nuovo di costruire lo sviluppo sociale e la democrazia nella nostra città.

La nuova metodologia seguita per la formazione dei programmi di investimento straordinari si è articolata nei seguenti momenti:

- indicazione dei bisogni della città e dei quartieri da parte dei consigli di quartiere e di altre organizzazioni cittadine;
- valutazione delle indicazioni così definite da parte degli uffici comunali per quanto riguarda le proposte e i costi delle opere da progettare;
- determinazione dell'impegno finanziario complessivo e annuale degli interventi ordinari (bilanci comunali e aziendali) e interventi straordinari;
- consultazione dei quartieri per la definizione delle opere da includere nel programma annuale di realizzazione;
- discussione in consiglio comunale del piano-programma 1972-1975 e del programma annuale;
- verifica quadrimestrale coi quartieri dello stato di attuazione dei programmi annuali e conseguente verifica semestrale a livello del consiglio comunale.

Ogni quartiere pertanto ha determinato il suo piano programma utilizzando unità di criteri nell'individuazione delle scelte e dei livelli dei consumi pubblici da ampliare ulteriormente.

Il numero, la localizzazione, la natura delle attrezzature sociali quali scuole elementari, asili nido, scuole materne, poliambulatori, impianti spor-

tivi, verde pubblico, centri civici di quartiere, non sono stati indicati come dati di un semplice inventario di esigenze da soddisfare, ma nel quadro di un piano-programma complessivo.

Scuola, casa, servizi sociali, trasporti, salute, assetto del territorio, inquinamenti, difesa dell'ambiente, sviluppo economico, sport e cultura, sono i problemi verso i quali i quartieri hanno orientato le loro scelte, in armonia con le indicazioni della giunta comunale, proponendo una serie di obiettivi da realizzare, indicandone quasi sempre il grado di priorità e talora i modi alternativi di attuazione.

La programmazione democratica, che si intende attuare in rapporto dialettico con la programmazione nazionale e regionale nei confronti delle quali il comune si pone come autonomo interlocutore, è strettamente legata ai bisogni più avvertiti ed urgenti della città e dei quartieri. Piano-programma e programma degli investimenti tendono ad assicurare uno sviluppo economico equilibrato del territorio, realizzando attrezzature collettive e sociali che esercitano una funzione trainante e decisiva dello stesso sviluppo economico e sociale. Perciò, diversamente da quanto avviene altrove, la definizione degli obiettivi non discende da una previsione tecnica di sviluppo della città e dei servizi, ma emerge dalla città stessa attraverso gli organismi decentrati e autonomi che caratterizzano il tessuto cittadino. Infine va aggiunto che i quartieri non sono intervenuti solo nella fase di definizione del piano programma, aspettando la sua realizzazione da parte dei diversi uffici comunali, ma mantengono continuamente una funzione di controllo, di stimolo e di verifica. Sono stati perciò a suo tempo insediati dei gruppi di lavoro in ogni quartiere, composti da operatori amministrativi e tecnici dei diversi assessorati, che gli stessi quartieri periodicamente convocano per seguire nelle varie fasi la realizzazione dell'opera fino al completamento delle singole opere.

Sono già stati raggiunti in questi due anni di esperienza importanti risultati metodologici e organizzativi:

a) con la costituzione di tali gruppi di lavoro si è avviata una pratica di lavoro strettamente coordinata con le istanze di quartiere.

b) è stato ottenuto un più stretto coordinamento dei vertici dell'apparato comunale mediante la istituzione di un ufficio piano-investimenti.

c) sono state rilevate le carenze e i punti deboli dell'apparato e sono stati potenziati conseguentemente alcuni settori operativi.

d) è stata introdotta una pratica di verifica periodica dello stato di attuazione del programma e di interventi stimolativi e correttivi per il conseguimento degli obiettivi.

Ciò non deve indurre però a sottovalutare le difficoltà e i ritardi che si sono registrati nell'attuazione dei programmi comunali, dovuti principalmente a fattori esterni, come il ritardo nella approvazione delle varianti, che ha influito sulle possibilità di esproprio e di acquisizione delle aree necessarie alla realizzazione dei progetti in programma, e gli inadempimenti statali delle norme di attuazione della legge 865.

## PROSPETTIVE DELLA PARTECIPAZIONE DEGLI ORGANISMI DEMOCRATICI DI QUARTIERE NELLA GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI E DEL BILANCIO

In una prospettiva analoga a quella del piano programma si muove e si articola l'esperienza della formazione e della gestione del bilancio ordinario. Infatti il bilancio di previsione per l'esercizio 1973 ha rappresentato da una

parte una prima traduzione concreta, in termini di spesa corrente, delle scelte operate in sede di programma degli investimenti per l'esercizio 1972 e dall'altra ha rappresentato l'avvio di un processo di radicale trasformazione del bilancio, volto a modificarne sensibilmente la struttura per perseguire l'obiettivo di una effettiva partecipazione delle istanze cittadine alla formazione e alla gestione delle scelte. Sono state elaborate in sede di presentazione del bilancio di previsione 1973 alcune proposte di ristrutturazione del bilancio che hanno come obiettivo una radicale trasformazione della struttura e degli schemi classificatori. E' stato riconosciuto e ribadito, nelle varie istanze, che l'attuale impostazione del bilancio comunale non era più rispondente alle esigenze di conoscenza dell'articolazione della spesa al livello dei servizi sociali e degli interventi che il comune effettua ed intende promuovere in una realtà di partecipazione e che pertanto era difficile per i consigli di quartiere ritrovarvi elementi diretti e immediati di valutazione in ordine alla problematica e alla realtà del quartiere che essi amministrano.

La ristrutturazione al bilancio comunale però non è solo un processo tecnico di razionalizzazione per meglio illustrare la spesa comunale in tutte le sue articolazioni, anche se l'elemento conoscitivo è un fattore indispensabile per la partecipazione. Vuole e deve essere soprattutto un adeguamento di uno strumento alla sempre più accentuata partecipazione dei quartieri e della città alla formulazione delle scelte sociali, alla gestione stessa dei servizi e delle infrastrutture.

Per questo, obiettivo finale della ristrutturazione è il bilancio di quartiere, inteso come risposta che le risorse finanziarie comunali sono in grado di dare in termini di spesa corrente, agli investimenti sociali e più in generale alle infrastrutture, contenuti nel piano programma a livello di quartiere, nel quadro di un graduale decentramento nella autogestione effettiva della spesa.

Il bilancio ristrutturato, favorendo la conoscenza del costo di gestione non solo per grandi aggregati di spesa ma anche per settore di intervento e per quartiere, potrà diventare uno strumento operativo per un impiego più « produttivo » delle risorse, che favorisca una politica di scelte ponderate economicamente e politicamente.

Infatti le scelte e le iniziative della città che hanno trovato nel piano programma la loro naturale proiezione e traduzione, nell'ambito di una concezione che va al di là di una visione del comune inteso come rappresentante istituzionale, devono trovare una loro giusta ed equilibrata collocazione alla luce delle ripercussioni che hanno sul bilancio ordinario.

Il tentativo e l'obiettivo che si intende pertanto raggiungere è quello di dare al quartiere e ad ogni forma di associazione democratica della collettività gli elementi per una scelta « ponderata » nell'ambito di una gamma di possibili scelte alternative, in un contesto più generale di una spesa pubblica razionale, funzionale ed « economicamente » qualificata.

Se il bilancio di quartiere rappresenta la struttura operativa per una più vera e completa partecipazione, la necessità di una razionalizzazione funzionale della spesa comunale, trova nel bilancio di assessoreto, inteso come gestione autonoma della spesa relativa ai servizi erogati, un obiettivo concomitante e necessario al conseguimento del fine più generale della ristrutturazione del bilancio comunale.

Il bilancio di previsione delle spese correnti si articola oggi in uno schema di rilevazione che pone in evidenza i principali settori di intervento del comune, nelle diverse spese attribuibili ai settori stessi. Le componenti di costo per l'amministrazione generale vengono analizzate in una unica

sezione. Tale schema fu introdotto, per legge, nel 1967 e rappresentò più un fatto formale, di diversa classificazione della spesa, che una sostanziale modifica dei criteri di gestione del bilancio. Infatti vennero imputate ai diversi settori di intervento le principali componenti della spesa corrente (personale, fitti, consumi, ecc.) ma nulla fu innovato rispetto alle competenze e alle responsabilità degli assessorati: all'assessorato al personale restò attribuita quella per il personale, al patrimonio quella per i fitti, ecc.

Veniva con ciò consolidata una formazione e una gestione del bilancio, che non consentiva ai singoli assessorati una reale programmazione degli interventi dei rispettivi settori a livello della città.

La programmazione della spesa comunale che muove e trova necessariamente nel quartiere il punto di riferimento essenziale per una reale partecipazione alle scelte, pone l'esigenza di sempre più responsabilizzare gli assessorati nella formazione e gestione del bilancio perseguendo il fine di allargare l'autonomia dei medesimi nell'ambito della programmazione elaborata in modo democratico.

Con questo spirito è stato elaborato lo schema in un documento apposito, presentato ai quartieri in occasione della discussione sul bilancio di previsione 1973. Tale elaborazione rappresenta un tentativo di rilevazione contabile per settori funzionali, per servizi e per loro articolazioni, che tende ad analizzare i componenti dei costi secondo grandi voci di spesa (personale, fitti, dotazioni, consumi ed altre spese) con riferimento ai settori di intervento.

Le ipotesi e le proposte di massima contenute in tale documento sono state discusse nei quartieri e ne sono uscite proposte approfondite, integrate e completate dal gruppo di lavoro del bilancio e del decentramento.

Pertanto il bilancio di previsione 1974 rifletterà gli obiettivi di fondo della ristrutturazione in alcuni settori di maggior rilievo politico e sociale:

- 1) istruzione di base;
- 2) istruzione superiore;
- 3) assistenza;
- 4) igiene e sanità;
- 5) sport e turismo.

Nell'esaminare tali settori, sono stati investiti anche quei « settori collaterali » i cui componenti di costo formano parte degli elementi per il costo dei servizi sociali, erogati dagli assessorati sopra elencati: ci riferiamo in particolare al patrimonio per le affittanze, al personale per i salari e gli stipendi, alla manutenzione per la manutenzione e all'economato per i consumi. L'elaborazione che è stata fatta tenta di costruire per ogni settore una struttura dei servizi facenti capo ai settori medesimi, analizzate nel modo più dettagliato possibile, sotto il profilo della conoscenza e della chiarezza dei costi.

## PRESUPPOSTI TECNICI E ORGANIZZATIVI

La creazione di nuovi e più incisivi momenti di partecipazione, gli obiettivi del nostro comune in termini di programmazione, partecipazione, decentramento, hanno posto l'esigenza di modificare la struttura organizzativa della « macchina comunale ».

I limiti, le manchevolezze, le disfunzioni, l'inefficienza delle strutture organizzative delle pubbliche amministrazioni nel soddisfare le esigenze sempre

crescenti del cittadino sono note a tutti: agli amministratori che con tali strumenti a disposizione non sono più in grado di realizzare i programmi politici prefissati, ai cittadini che dovrebbero essere i diretti destinatari e beneficiari delle opere e dei servizi irrealizzati; agli stessi operatori, infine, dipendenti dalle pubbliche amministrazioni che in piena coscienza ammettono che con l'organizzazione così strutturata non esiste più la possibilità di rispondere positivamente e soddisfacentemente alle domande sociali che ogni giorno sono quantitativamente e qualitativamente, crescenti.

E' per questi motivi, e per le sollecitazioni impresse dalla gestione del piano-programma nelle varie fasi di realizzazione delle opere, che un assessorato appositamente creato, ha già condotto a termine precisi studi per la riorganizzazione dei servizi tecnici e manutentivi, ritenuti, nella strategia di rinnovamento graduale, i due apparati più importanti.

La nuova struttura degli uffici tecnici proposta mira ad assicurare efficienza, il rapporto fra resa e mezzi impiegati, perché tutta la organizzazione viene attuata secondo il principio « funzione-obiettivo » e si articola secondo unità operative che agiscono in stretto collegamento con i quartieri e favoriscono il metodo del lavoro di gruppo.

Così facendo non si avranno sprechi di mezzi e persone, in quanto le unità operative — del resto autosufficienti per portare a termine un'incombenza loro affidata — appena raggiunto l'obiettivo non gli sopravvivono ma, nel quadro di quella che è la programmazione generale, sono immediatamente riutilizzate in altro settore dove esiste constatato bisogno.

La nuova struttura riesce ad essere più rapida perché con la rottura dell'organizzazione verticistica, a funzioni separate rigidamente tra gli assessorati e tra i vari uffici, vengono del tutto eliminati i tempi morti ed i modi disorganici e dispersivi di lavoro che con il gioco obbligato dei passaggi gerarchici e con l'apparato strutturato in divisioni, avevano reso i servizi tecnici e manutentivi torpidi, lenti, con vere e proprie spaccature fra assessore ed assessore, che sovente hanno fatto perdere di vista gli stessi comuni obiettivi.

La nuova struttura si prefigge ancora più accentuati obiettivi di democrazia, tenuto conto che la ristrutturazione della macchina comunale deve calarsi pienamente nella realtà del decentramento, che vede protagonisti i quartieri ed i cittadini, in un nuovo rapporto tra amministrati ed amministratori.

Non esiste attività o fase di un'opera eseguita dai servizi tecnici o manutentivi, sulle quali il quartiere, in ciò invertendo il processo decisionale dal basso verso l'alto, non possa far sentire il peso e la volontà di coloro che maggiormente sono interessati ai problemi della città.

Dalla programmazione, che ha la funzione primaria di predisporre gli elementi necessari a pianificare la realizzazione del programma politico dell'amministrazione, alla progettazione ed all'attuazione delle opere, ed infine al controllo costante delle stesse, il quartiere possiede gli strumenti necessari per inserirsi autorevolmente nel gioco democratico che li vede veri protagonisti, direttamente, nella fase di programmazione e per il resto mediante appositi gruppi di lavoro e di quartiere, i cui responsabili, impegnati a tempo pieno, prestano ai quartieri, sotto forma di consulenza, l'assistenza tecnica necessaria per l'elaborazione e la formulazione delle singole richieste d'intervento.

Il progetto di ristrutturazione presentato non poteva non tener conto di un principio fondamentale qual è quello della diretta partecipazione dei dipendenti comunali; ed è per questo che si è puntato a che, dalla nuova struttura, anche la figura del dipendente comunale, ne uscisse gratificata.

Il lavoro di gruppo, infatti, visto al di fuori di ogni momento verticistico ed impostato con criteri di responsabilizzazione collettiva e con la valorizzazione della iniziativa del singolo, crea un nuovo tipo di dipendente che, lavorando in un clima più congeniale alle proprie aspirazioni, ha modo di fare interamente valere tutte le sue risorse e doti di capacità e d'inventiva.

Infine, riteniamo indispensabile richiamare l'attenzione su di un'altra importantissima trasformazione che sarà attuata entro la fine dell'attuale mandato.

Intendiamo riferirci alla utilizzazione del centro elettronico per l'automazione del bilancio e dei servizi contabili. Partendo dal bilancio di previsione tutti i fatti di gestione, fino alla formazione del conto consuntivo, saranno registrati e contabilizzati utilizzando il centro elettronico. Si tratta di una importantissima trasformazione, di grande rilevanza sul piano tecnico operativo, che potrà far compiere un vero e proprio salto di qualità a tutto l'apparato comunale.

Inoltre l'utilizzazione del centro elettronico per l'automazione del bilancio e dei servizi contabili pone in essere nuovi strumenti che, oltre a consentire la conoscenza immediata della situazione contabile, potranno dare un grosso contributo per un graduale decentramento di quei compiti che oggi sono totalmente accentrati presso la ragioneria comunale.

Infatti le operazioni contabili saranno effettuate avvalendosi di video terminali collocati presso gli assessorati, che in ogni momento avranno la disponibilità degli elementi di valutazione e di analisi dell'intero bilancio per settore di intervento e per ogni singolo stanziamento.

Inoltre, attraverso i video terminali sarà possibile in prospettiva portare alla conoscenza dei quartieri l'intera gestione del bilancio.

Riteniamo di poter affermare che le stesse innovazioni tecnologiche che saranno introdotte col centro elettronico costituiscono un elemento senza il quale dare attuazione al progetto che abbiamo in corso sarebbe operativamente impossibile.

**L'ESPERIENZA DEI QUARTIERI DI BOLOGNA:  
STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE POPOLARE, PRECISI POTERI  
AGLI ORGANISMI DECENTRATI E AGLI ENTI LOCALI PER  
UN RINNOVAMENTO GENERALE DELLA POLITICA LOCALE**

Comune di BOLOGNA  
Assessorato al Decentramento  
Documentazione presentata da Erasmo CASELLI, aggiunto del Sindaco

Esattamente dieci anni fa, nel 1963, il consiglio comunale di Bologna, primo nel nostro paese, approvava l'istituzione dei consigli di quartiere e il primo scarno regolamento del decentramento che, pur dopo modifiche e rinvii, fu approvato dalla prefettura. I consigli di quartiere furono insediati per la prima volta nel 1964.

Nel corso di questo 1973 i quartieri si sono preparati al loro decimo anniversario di vita sviluppando un'ampia discussione su nuove proposte per far avanzare il ruolo dei quartieri e della partecipazione nella città.

Si tratta di portare in consiglio comunale (questo avverrà all'inizio del 1974) i contributi dei quartieri, delle forze politiche, sociali e culturali di Bologna per giungere, alla luce dell'esperienza fatta, della presenza del decentramento regionale, delle nuove acquisizioni sul ruolo degli enti locali, alla definizione di una organica e impegnativa delibera-programma e di un nuovo regolamento, che fissino, in modo anche formale e garantito, nuovi e più estesi poteri per i quartieri e specifici e più ampi strumenti di partecipazione.

La problematica in discussione è stata raccolta in una serie di proposte orientative presentate dalla paritetica Commissione Consiliare per il Decentramento. L'importanza di tali proposte ai fini dello sviluppo ulteriore del decentramento bolognese e anche alla luce dei problemi dibattuti in questo seminario, è tale che si ritiene opportuno darne una sintetica illustrazione, la quale, ci sembra, può anche far comprendere il grado di maturazione che i quartieri, le forze politiche e sociali impegnate in essi hanno ormai raggiunto a Bologna, nonostante i limiti e le difficoltà di vario genere che pure persistono nel pieno dispiegamento di un nuovo ruolo dell'ente locale.

#### *Delibera-programma: più estesi poteri ai quartieri.*

Gli elementi essenziali della proposta di delibera-programma sono costituiti da tre direttive fondamentali, per ciascuna delle quali sono indicati possibili strumenti per realizzarle.

La prima direttiva prevede il concorso dei quartieri nella *determinazione della politica comunale* e, per il tramite del comune, della politica consortile, comprensoriale e regionale. Gli *strumenti* indicati sono i seguenti: pareri obbligatori generalizzati su materie specificamente indicate che comprendono tutti i fondamentali settori di intervento dell'ente locale, come, ad esempio, provvedimenti che enunciano la politica generale del comune (bilanci di previsione, programmi di investimento); che determinino l'assetto del territorio comunale (piani regolatori e strumenti urbanistici in genere, formulazione di criteri generali per gli espropri di aree); che definiscano le linee di programmazione economica o i piani della rete distributiva o, in esecuzione di delega regionale, la dislocazione dei centri di assistenza sanitaria; assumano carattere normativo (regolamenti comunali, nelle diverse materie nelle quali si esercita la potestà regolamentare del comune); pareri facoltativi generalizzati; pareri obbligatori particolari; udienze conoscitive.

Si noterà che questa prima direttiva (come d'altronde le altre due), al pari di tutta una serie di proposte in sede regolamentare (si veda, ad esempio, la previsione di rapporti fra i quartieri, fra quartieri e consiglio comunale, fra collegio degli aggiunti e commissione consiliare al decentramento),

riflette una visione non quartieristica delle istanze decentrate e considera la loro valorizzazione come articolazione della vita locale e regionale.

La seconda direttiva prevede un concorso dei quartieri nella realizzazione della politica comunale, della politica consortile, comprensoriale e regionale. Gli strumenti indicati sono i seguenti: delega ai quartieri di poteri del comune; ad esempio in materia di licenze edilizie, di destinazione degli oneri di urbanizzazione secondaria, di gestione delle strutture commerciali di quartiere, di formazione e coordinamento delle iniziative volte ad acquisire alla gestione pubblica i servizi sociali esistenti nel quartiere, di destinazione di edifici o aree comunali, di gestione di biblioteche o di iniziative culturali, di traffico e di viabilità, di vigilanza, di provvedimenti relativi al personale assegnato, di formazione di regolamenti per l'uso e la gestione dei servizi.

La terza direttiva prevede la promozione, da parte dei quartieri, della partecipazione dei cittadini e delle formazioni sociali operanti nel territorio alla determinazione, esecuzione e verifica della politica comunale, consortile, comprensoriale e regionale. Gli strumenti indicati sono i seguenti (ad integrazione di quelli già previsti in sede regolamentare, come le commissioni di lavoro dei quartieri aperte ai cittadini, le assemblee, la petizione e la consultazione popolare): previsione che le formazioni sociali (ad esempio organismi di fabbrica, cooperative, assemblee di genitori, ecc.) possano votare e trasmettere al consiglio di quartiere progetti di deliberazione e testi di risoluzione, chiedendo che propri delegati siano invitati ad illustrarli in consiglio; possibilità e diritto, da parte dei rappresentanti delle stesse formazioni sociali, di essere sentiti dal consiglio di quartiere, prima che questo adotti risoluzioni di propria competenza; possibilità e diritto di designare, da parte delle formazioni sociali, propri rappresentanti nelle commissioni di quartiere.

## NUOVO REGOLAMENTO

Una serie di proposte, anche diverse e alternative per uno stesso problema, riguarda poi il nuovo regolamento, un nuovo corpo di norme, che verrà a sostituire quello del 1963, vuoi, anche qui, per adeguarsi alle esperienze fatte in questi anni dai quartieri, vuoi per dar vita a nuovi strumenti che si prospetta di introdurre perché il decentramento e la partecipazione popolare possano ulteriormente svilupparsi.

Anche in merito alla proposta per il nuovo regolamento si può enunciare, nel modo più semplice possibile, l'essenza dei problemi che si pongono, raggruppandoli intorno agli istituti e ai momenti fondamentali degli organismi democratici decentrati: il consiglio di quartiere e il suo presidente, il ruolo delle forze sociali e gli strumenti della partecipazione popolare.

### — Il Consiglio di quartiere.

Già oggi i quartieri si occupano, praticamente, di tutti i più importanti problemi della vita comunale e locale; ancora però, spesso, non esistono atti ufficiali del comune che affermino esplicitamente il diritto e la facoltà dei quartieri stessi a farlo.

Ecco quindi le proposte sui nuovi poteri e le nuove funzioni dei quartieri nei molteplici settori della vita cittadina: bilancio, programmazione, urbanistica, traffico, commercio, scuola, sanità, servizi sociali, cultura, tempo libero, ecc.

A questo livello si collocano le esigenze che il singolo consiglio di quar-

tiere eserciti i *poteri* che gli sono propri in collegamento con gli altri consigli di quartiere (sono infatti previsti momenti di rapporto fra i quartieri), con il consiglio comunale e la giunta, con la regione (collegata, questa, strettamente al comune attraverso la normale delega delle funzioni amministrative). Anche su questi problemi vi sono proposte specifiche, con la previsione che fra le diverse componenti della comunità locale e regionale vi siano momenti di reciproco confronto, di collaborazione, di verifica, di stimolo (come ad esempio, interrogazioni, diritto di richiedere informazioni e notizie, presentazione di progetti di deliberazione e di testi di risoluzione, udienze, pareri).

Nella nuova regolamentazione sono presenti i *poteri* e le *funzioni* che il *consiglio di quartiere* potrà esercitare in proprio. Inoltre, il consiglio di quartiere potrà individuare e sperimentare forme di gestione sociale, strumenti di coordinamento, di promozione della partecipazione intorno ai servizi scolastici, sanitari, sportivi, culturali esistenti sul suo territorio. Il quartiere potrà anche disporre, attraverso i suoi nuovi poteri, di strumenti per giungere ad una « presa » maggiore sul funzionamento e sul miglioramento della macchina comunale di cui ha sperimentato le esigenze di ristrutturazione e di riqualificazione.

Non va poi dimenticata la significativa proposta di estensione ai diciottenni della possibilità di far parte dei consigli di quartiere, la previsione della possibilità di presenza nei consigli di quartiere anche di forze politiche democratiche non presenti nel consiglio comunale.

Altri aspetti del ruolo fondamentale del consiglio di quartiere emergono in relazione alla figura del presidente del consiglio di quartiere e, specialmente, agli strumenti della partecipazione e al rapporto fra istanze del quartiere e forze sociali.

— *L'aggiunto del sindaco del quartiere come presidente del consiglio di quartiere.*

Anche per la figura dell'aggiunto del sindaco si prospettano innovazioni importanti: ogni consiglio di quartiere potrà eleggere il suo presidente e questa carica essere ricoperta, come d'altra parte già oggi, da esponenti di forze politiche democratiche, sia di maggioranza che di minoranza, nella considerazione che la politica di decentramento è una politica condivisa da un largo arco di componenti politiche.

La proposta segreteria politica del quartiere, rappresentativa dei gruppi politici, potrà costituire il *trait-d'union* tra il consiglio di quartiere e il suo presidente nell'esercizio delle molteplici e delicate funzioni decentrate. Rilevanti sono infatti le facoltà proprie del presidente-aggiunto del sindaco, come organo rappresentativo ed esecutivo del consiglio, come delegato del sindaco, come coordinatore delle molteplici iniziative del quartiere. Ci si può inoltre soffermare un istante sulle funzioni che possono assolvere le riunioni dei presidenti dei quartieri (collegio degli aggiunti), considerato che le decisioni spettano agli organi collegiali decentrati.

Un essenziale ruolo di collegamento fra i quartieri, di antidoto ai momenti autarchici, è indubbiamente svolto dal collegio degli aggiunti del sindaco, oltre che dalla commissione consiliare al decentramento, dando per scontata la funzione di sintesi del consiglio comunale e della giunta.

Così, ad esempio, in merito al piano-programma, per gli aggiustamenti delle sue priorità a livello cittadino, per le verifiche di carattere operativo, il collegio degli aggiunti ha svolto un importante ruolo unificatore, di iniziativa, di controllo.

Ciò ha fatto sì che il piano-programma, in fase di definizione, non fosse una sommatoria di esigenze e di richieste, ma avesse un più consono caratte-

re programmatico e che in fase di esecuzione potesse camminare non solo su fatti tecnici (si sa che questo è insufficiente e fonte di delusione), ma al contrario esprimesse una gestione sociale di scelte a livello sociale e politico.

— *Il ruolo delle forze sociali e gli strumenti della partecipazione popolare.*

Una volta ribadito che la nascita e lo sviluppo del decentramento a Bologna ha poggiato sull'impegno preminente e comune, anche se necessariamente dialettico, delle forze politiche democratiche, non è necessario spendere molte parole per comprendere quanto sia importante per lo sviluppo del decentramento la presenza e l'incidenza delle numerose forze associative presenti nella città e nei quartieri, legate al mondo sindacale, della cooperazione, del ceto medio, dei giovani, della scuola, della cultura, del tempo libero.

E' già stato delineato, nella parte relativa alla delibera programma, come potranno le forze sociali del quartiere e della città trovare, nel nuovo ordinamento dei quartieri e della partecipazione, un rapporto costruttivo e fecondo con il consiglio di quartiere, pur conservando la propria legittima autonomia e il proprio ruolo, distinto da quello delle forze politiche.

Inoltre, pur essendo privilegiate le associazioni, i gruppi e le formazioni sociali significative, anche il cittadino singolo può inserirsi e contribuire alla soluzione dei problemi del quartiere e della città.

Infatti, forze sociali, singole persone interessate, esperti, gruppi di cittadini socialmente e politicamente attivi, anche al di fuori delle formazioni politiche, potranno trovare nel quartiere un ampio campo di impegno attraverso le commissioni di quartiere (alle forze sociali potrà essere riservata una partecipazione « di diritto ») e gli strumenti della partecipazione.

— *Le commissioni di quartiere.*

Le commissioni di quartiere, aperte ai cittadini e alle forze sociali, sono già un'acquisizione e una esperienza ormai consolidata dei quartieri.

Ogni quartiere ha già almeno 5-6 commissioni per i vari gruppi di problemi: urbanistica, scuola, sicurezza sociale, traffico, commercio, cultura, ecc. Nelle proposte quindi le commissioni verrebbero ad avere anche formalmente (perché di fatto l'hanno già sperimentato) la duplice interessante veste: 1. di organi del quartiere: come strumenti per acquisire al consiglio di quartiere elementi di approfondimento, di proposta, di conoscenza per le proprie decisioni; come colleghi decisionali, con apposite composizioni e su delega e direttiva del consiglio di quartiere, su certe competenze comunali decentrate; 2. di strumenti della partecipazione e della gestione sociale in quanto aperti alla partecipazione e al contributo delle forze sociali, dei cittadini, degli operatori comunali centrali e decentrati sul territorio e con la possibilità, d'accordo con il consiglio, di promuovere assemblee, consultazioni, riunioni con i cittadini, con utenti di specifici servizi.

Si tratterà quindi di precisare, per le commissioni (con definizioni di carattere generale e con più specifiche decisioni autonome dei singoli consigli di quartiere), il loro ruolo, il loro rapporto con il consiglio di quartiere, la garanzia della presenza di componenti politiche e sociali, la possibilità di riunioni congiunte dei rappresentanti delle commissioni analoghe dei diversi quartieri.

— *Assemblee, petizioni, consultazioni popolari, comitati di zona.*

Quando, su quali argomenti, e con quali risultati, i quartieri potranno e in certi casi dovranno, promuovere questi strumenti di più generale parte-

cipazione popolare? Non vi è praticamente nessuna questione (si tratta poi, in sostanza, dei più importanti problemi della città, del comprensorio, della regione, e dei grandi problemi nazionali e della pace nel mondo) affrontata dal consiglio e dalle commissioni di quartiere che, attraverso gli strumenti dell'informazione, del dibattito politico e dei momenti più specifici di partecipazione messi in atto dalle istanze del decentramento, possa essere sottratta all'intervento attivo dei cittadini e delle formazioni sociali. Non va, peraltro, dimenticato che il ruolo del centro civico di quartiere non presuppone affatto un accentrarsi, attorno ad esso, della partecipazione, ma implica, al contrario, la moltiplicazione e il pluralismo delle sedi di dibattito e di vita sociale e culturale. Il nuovo regolamento prevede anche la possibilità che sub-aree del quartiere possano organizzare propri comitati di zona. Assemblee, petizioni, consultazione popolare, potranno, ad esempio, vertere, oltre che sui più importanti problemi affrontati dagli organismi di quartiere, su specifici problemi del funzionamento e della gestione delle istituzioni e dei servizi comunali nella città e nei quartieri.

#### RIFONDARE L'AUTONOMIA COMUNALE SULLA PARTECIPAZIONE POPOLARE E SU UN RINNOVATO RUOLO DELLE FORZE POLITICHE

Come si vede, non vengono prospettate innovazioni immediate per quanto riguarda la forma di elezione dei consigli di quartiere che finora è stata di 2° grado da parte del consiglio comunale.

Vi è una larga maggioranza fra le forze politiche che condividono a Bologna il decentramento che è dell'opinione che tale questione non sia oggi prioritaria e urgente rispetto a quelle ritenute più cruciali dei reali poteri da attribuire ai quartieri e delle molteplici forme di partecipazione e di gestione sociale da garantire. E che comunque essa vada vista nel quadro delle decisioni che ogni comune potrà nel merito assumere direttamente, a seguito di una nuova legge delle autonomie locali che preveda il decentramento infracomunale.

E' in ogni caso attribuita molta importanza alla necessità di garantire in ogni quartiere la presenza delle forze politiche che hanno ricevuto il consenso elettorale della città, al cui stesso livello sono in pratica, e giustamente, giudicate anche per il tipo di presenza a livello di quartiere. Negativo sarebbe anche fare della presenza maggioritaria o minoritaria che sia, in un singolo quartiere, uno strumento di potere o di contestazione dagli accenti autarchici, fondando per questo la rappresentanza dell'organismo decentrato su una sovranità direttamente attinta da una frazione del corpo elettorale della città piuttosto che, prima di tutto, su una capacità di inserirsi in una visione più propriamente politica e in un contesto cittadino.

La caratteristica peculiare del decentramento bolognese, partito come dibattito nel 1956 e ridiscusso ampiamente nella successiva campagna elettorale comunale del 1960, è forse quella di avere investito primariamente e, fin dall'inizio, ai livelli più rappresentativi le grandi forze politiche e sociali della città.

E proprio mentre nel 1968-69 in molte città nascevano comitati spontanei di quartiere con la loro carica anti-istituzionale e spesso la loro polemica antipartitica, anche a Bologna si parlò dei quartieri come strumento di dissenso e di contestazione: ma tutti avvertivano che non era nella loro natura, pur rientrando nel loro normale modo di essere, la tendenza a confrontarsi con tutti i momenti associati e con le tensioni sempre rinnovantisi del corpo sociale.

Non a caso proprio nel '68-'70 i quartieri a Bologna vissero un periodo di incertezza che fu superato con l'allargamento dei canali di partecipazione dei cittadini (commissioni aperte) e con una forte ripresa del discorso politico globale sul decentramento, i poteri dei quartieri, le regioni, il rinnovamento dello stato. Una ripresa cui corrispose invece, per molte esperienze spontanee di diverse città, una fase di riflusso e di ripiegamento che in molti casi divenne mortale. E' chiaro che il nuovo rapporto che con i quartieri viene a determinarsi fra partiti e cittadini e forze sociali, pone ai partiti stessi e al loro diverso allearsi ed opporsi nuovi problemi per la loro essenziale funzione di mediazione e di interpretazione degli interessi sociali e anche problemi di un proprio rinnovamento interno nel modo stesso di organizzarsi e di fare politica.

Compirebbero quindi un errore le forze politiche se pensassero di coprire o di aggirare la crisi che le investe attraverso i quartieri: i quartieri invece, se il loro ruolo è effettivo e se la partecipazione decolla, costringeranno i partiti ad affrontare positivamente le loro esigenze di rinnovamento e di rivitalizzazione democratica.

D'altra parte chi si accinge a promuovere una politica di decentramento e di partecipazione in un comune con la aperta o sottintesa accettazione delle tesi di una irreversibile crisi dei partiti, degli istituti rappresentativi ed elettivi, delle autonomie locali, si troverà ben presto davanti ad amare sorprese.

La « politica » del decentramento bolognese è, di fatto, caratterizzata dalle strette relazioni che vi sono fra la qualità del ruolo del singolo quartiere, compresa l'estensione della partecipazione che riesca a sviluppare, da un lato, e la vitalità e attività delle sezioni territoriali di quartiere dei partiti democratici dall'altro.

La stessa autonomia del quartiere, una autonomia che implica che il quartiere non sia né una cassa di risonanza della maggioranza che guida il comune, né un base di contrapposizioni aprioristica ad essa e che quindi implica il non automatico trasferimento delle opzioni dei partiti nel quartiere, è maggiormente garantita da una capillare e moderna presenza, fra la popolazione, dei partiti democratici, e da un rapporto costante con le forze sociali del quartiere e della città.

Possiamo dire che l'esperienza del decentramento a Bologna, alla luce anche di queste specifiche considerazioni, è in generale giudicata positiva, pur non volendo, i suoi protagonisti per primi, nascondere i limiti, le insufficienze, gli errori, tutte le ombre insomma che le forze politiche stesse, la stessa concreta comunità cittadina e i retaggi del passato comportavano e comportano. Non a caso, forse, le forze politiche che diedero vita e sviluppo al decentramento e che oggi si impegnano in modo unitario a rinnovarlo, non cessano ad ogni occasione di attribuirsi, ciascuna, con vanto, un primato nella ideazione e nella determinazione della prima esperienza di decentramento comunale nel nostro paese.

Ciò è molto significativo e giusto.

Significa fra l'altro che ognuna delle grandi forze politiche sente il decentramento e la partecipazione come scelta propria e congeniale, anche se tanti altri aspetti la dividono dalle altre forze con le quali ha pure trovato una convergenza su un problema di rinnovamento della democrazia locale, che, in quanto problema di metodo politico, è un problema di fondo.

D'altra parte un osservatore attento non farebbe fatica ad individuare obiettivamente diverse e congiunte paternità al decentramento bolognese; non è quindi fuori luogo che la D.C. rivendichi a Dossetti, almeno per certi

aspetti, un ruolo particolarmente importante, così come non si può negare al partito comunista di essere stato non solo, come partito di maggioranza relativa, parte determinante nella costruzione del decentramento, ma di avere anticipato tale esperienza attuando forme di partecipazione di quartiere, fin dal dopo-guerra, con le consulte popolari.

Il partito socialista, dal canto suo, ricorda giustamente le posizioni e gli orientamenti originali da esso espressi nelle campagne elettorali del 1956 e del 1960, in cui il decentramento fu oggetto di ampio dibattito, e poi le responsabilità e il ruolo di questo partito nei primi anni di esperienza dei quartieri e dell'assessorato al decentramento.

I partiti a larga base popolare hanno dunque tutti lasciato, per una loro precisa scelta e anche attraverso un travaglio di maturazione, il loro segno nella costruzione del decentramento, per quanto barriere ideologiche, limiti propri e anche residui di « guerra fredda » potessero anche allora frenare l'impulso comune di dare vita a qualcosa di fondamentale nell'interesse della città.

Basti dire che è impensabile non solo uno sviluppo della dialettica del decentramento ma la stessa vita dei quartieri, se non vi fosse stato un comune intendimento delle forze politiche, al di là anche delle ragioni di partito, a favore del dispiegamento più ampio, nella città, di un chiaro e costruttivo confronto democratico.

E benché, all'inizio come oggi, sia sempre stato fondamentale e decisivo, nello sviluppo del decentramento bolognese, il ruolo delle forze politiche, ciò non ha prodotto nei cittadini la sensazione che i quartieri siano « qualcosa che riguarda i partiti », ma anzi ha costituito una garanzia che i quartieri sono dei centri di vita politica e di dibattito per tutti coloro che accettano il metodo democratico.

Le esperienze di questi anni dei quartieri sono cresciute positivamente proprio perché le forze politiche hanno mantenuto e sviluppato, pur attraverso le alterne vicende politiche, lo spirito di fondo che presiedeva alla nascita del decentramento.

Le prospettive del decentramento sono quindi sicuramente positive nella misura in cui tale spirito costruttivo di fondo non è abbandonato e esso diventa sempre più, per tutti i partiti democratici, un analogo impegno di linea politica a livello regionale e nazionale.

Il decentramento, anche a Bologna, infatti, non può crescere, se non si inverte decisamente il centralismo dello stato, se non si riforma la pubblica amministrazione, dando pieno respiro alle regioni, alle autonomie locali, e affrontando i grandi problemi che sono a monte dello sviluppo democratico del nostro paese.

Il futuro dei quartieri è infatti non solo nella sempre maggiore estensione di poteri e di funzioni nell'ambito della vita democratica e della amministrazione locale, ma in una esaltazione del loro ruolo politico globale.

E in effetti nel corso di ormai 10 anni di vita i quartieri sono passati, non solo per « decreto », ma soprattutto per effetto di una volontà politica sempre rinnovantesi e attraverso conquiste fatte di esperienza viva, da un ruolo iniziale di dibattito generale, di richiesta e di rivendicazione, ad un più preciso ruolo consultivo e di controllo, e successivamente ad un ruolo propriamente decisionale di programmazione e di gestione sociale decentrata, sviluppando contestualmente anche strumenti di partecipazione e ponendo all'amministrazione comunale anche l'esigenza di nuove modalità di rapporti sia a livello di organi politici (con il consiglio e la giunta comunale e poi con la regione), sia a livello tecnico-amministrativo (ristrutturazione degli uffici e dei servizi comunali in funzione del decentramento).

## DARE UNO SBOCCO ALLA PARTECIPAZIONE LEGANDOLA ALLA RISPOSTA AI BISOGNI SOCIALI

Si può dire che oggi non vi sia settore della politica comunale o comunque di interesse per l'azione pubblica a livello locale, che non veda l'intervento dei quartieri.

Attraverso il loro intervento (attuatosi attraverso 53 riunioni di commissioni di quartiere, 24 assemblee ed incontri con i cittadini) in materia di *bilancio e di programmazione* (è stato elaborato un piano-programma 1972-75) i quartieri hanno potuto svolgere un ruolo decisivo nel determinare gli indirizzi della spesa comunale e gli stessi orientamenti politici in tutti i settori.

Il loro intervento è stato facilitato con l'invio di una documentazione più analitica e di più facile lettura.

Per consentire ai quartieri un intervento più incisivo anche nella spesa ordinaria, si sta dando vita (dal '74) alla formulazione di più analitici bilanci per settore-assessorato e per quartiere.

Momenti molto importanti di analisi e di dibattito su tutti i problemi del quartiere e sede di un confronto molto utile con i ceti economicamente attivi, i sindacati, tutti i soggetti insomma pubblici e privati interessati allo assetto e allo sviluppo del quartiere e della città, sono state e sono, (molte essendo ancora in preparazione) le *conferenze economiche di quartiere* seguite alla conferenza economica cittadina.

Nel settore dell'*urbanistica e dell'assetto territoriale* i quartieri sono intervenuti nell'esame e nell'elaborazione del piano che ha stabilito il mantenimento a verde e l'uso pubblico della collina, nel piano per lo sviluppo dell'edilizia economica e popolare, nel piano per il centro storico, nel piano per la zona industriale e nella variante al P.R.G.

I consigli di quartiere e le commissioni urbanistiche hanno svolto un approfondito lavoro di consultazione e di verifica per l'analisi delle osservazioni alla variante e l'elaborazione delle controdeduzioni (complessivamente le sedute dei consigli di quartiere sono state 55 e 57 sono state le sedute delle commissioni urbanistiche).

Nessuna licenza edilizia può essere data senza la firma del quartiere.

Il controllo del territorio e dell'ambiente di vita da parte dei quartieri si attua con un'ampia serie di interventi sistematici: nei problemi di *traffico e della viabilità*, problemi per i quali i quartieri hanno proceduto all'elaborazione (frutto di un ampio esame fatto nel corso di 21 sedute di consiglio di quartiere, di 12 assemblee pubbliche e di 98 riunioni di commissioni traffico) di proposte organiche di carattere generale e anche di suggerimenti di interesse locale; per l'applicazione della legge sulle *attività commerciali* i quartieri hanno formulato precise proposte elaborate in un largo dibattito che ha visto 12 sedute di consiglio, 49 riunioni di commissioni (formate, oltre che da consiglieri di quartiere, da rappresentanti di categoria e dai consumatori), 13 assemblee pubbliche.

Tutti gli interventi in questo settore (licenze edilizie, commerciali, pubblicità, ecc.) sono già oggi sottoposti preventivamente ai quartieri.

L'esperienza positiva fatta dai quartieri, ormai da molti anni, nella *vigilanza urbana decentrata*, ha posto l'esigenza di ristrutturare, unificando i vari settori (la vigilanza igienico-sanitaria, quella edilizia, quella sui negozi, ecc.) e decentrando tutto il settore della vigilanza comunale, per consentire un più stretto controllo, da parte dei quartieri e dei cittadini, su questi importanti aspetti della vita cittadina.

Per quanto riguarda l'intervento dei quartieri nella *politica scolastica*, essi, con il concorso diretto delle commissioni scuola e delle assemblee dei cittadini e con l'apporto degli operatori, procedono direttamente alla ammissione agli asili, alle scuole materne, ai doposcuola elementari, attuando esperienze di gestione sociale soprattutto per quanto riguarda le istituzioni comunali. I quartieri poi, pur con i limiti posti da vecchie leggi, da vecchie mentalità, intervengono sulla determinazione di tutta la politica scolastica (contenuti, edilizia, affittanze, arredi, manutenzione, formazione delle classi, turni, ecc.).

Quattordici biblioteche di quartiere, le commissioni cultura, le molteplici associazioni culturali, sportive e ricreative, i circoli ed i gruppi di base, sono gli elementi su cui fa perno l'azione dei quartieri nel campo della *cultura, dello sport e del tempo libero*: cicli di films per ragazzi, dibattiti, attività teatrali sono esempi di attività concrete in questo campo che hanno visto una attiva partecipazione popolare.

Per dare maggiore autonomia ai quartieri in queste attività è stato ad essi distribuito, in gestione diretta, un apposito fondo. Anche le attrezzature sportive sono gestite con l'intervento dei quartieri.

Prevenzione e promozione sociale sono caratteristiche intrinseche al ruolo proprio dei quartieri nel *campo socio-assistenziale e sanitario*.

Si tratta di mete che hanno guidato i quartieri sia nel dibattito politico (unità locali, sanitarie e sociali, riforma sanitaria e assistenziale, decreti delegati, ecc.), sia nelle loro molteplici iniziative a favore ad esempio di anziani e di minori (da anni ogni tipo di rapporto diretto fra cittadini « bisognosi », si tratti di bisogno economico o di altro tipo, ed ente locale, avviene attraverso il quartiere).

L'assistente sociale di quartiere e l'altro personale dell'ufficio di quartiere, i servizi sociali, sanitari e scolastici presenti nel quartiere e i loro operatori (educatori, medici scolastici, assistenti sanitarie, équipes medico-psico-pedagogiche comunali, équipes decentrate della provincia per l'igiene mentale) sono gli strumenti della *politica sociale* del quartiere che trova, nel consiglio e nelle commissioni, un momento unificante e di guida politica, e nelle assemblee un momento indispensabile di vitalizzazione democratica di settori tradizionalmente estranei al pubblico dibattito.

Una svolta in tutto il settore dell'intervento sociale e sanitario viene data dall'apertura (diversi sono già funzionanti) dei poliambulatori preventivi di quartiere i quali, come servizio sanitario e sociale di base, tenderanno soprattutto a coprire lo spazio della prevenzione e della riabilitazione (per minori e famiglia, anziani) partendo dai settori più deboli del sistema attuale.

La gestione politico-tecnica delle attività e delle molteplici iniziative (di intervento, di ricerca, di educazione sanitaria, ecc.) dei poliambulatori di quartiere viene affidata ai consigli di quartiere, che la eserciteranno anche attraverso appositi comitati di gestione che vedono la rappresentanza, accanto agli esponenti del quartiere e della commissione sicurezza sociale, di tutte le forze sociali, associative e sindacali presenti nel territorio.

Volgendo al termine di questa sintetica relazione sull'esperienza di Bologna non è forse male ricordare gli aspetti e gli strumenti essenziali che nella nostra città derivano dalla scelta dei quartieri.

Come è noto, Bologna ha 18 quartieri, la cui popolazione va da un minimo di 10-15 mila abitanti (per quattro quartieri) ad un massimo di 40-50 mila abitanti (sei quartieri) con un gruppo di quartieri (otto) che ha una popolazione da 20 a 30 mila, o poco più, abitanti.

Ogni quartiere ha una sua *struttura politica* data da:

- *un consiglio di quartiere* con 20 consiglieri ripartiti fra le varie forze politiche così come sono rappresentate in consiglio comunale;
- *un aggiunto del sindaco* che presiede il consiglio di quartiere e che sovrintende allo svolgimento nel quartiere della politica del comune e del consiglio di quartiere stesso;
- *cinque-sei o più commissioni di lavoro* per gruppi di problemi aperte ai cittadini oltre che ai consiglieri di quartiere e alle forze sociali.

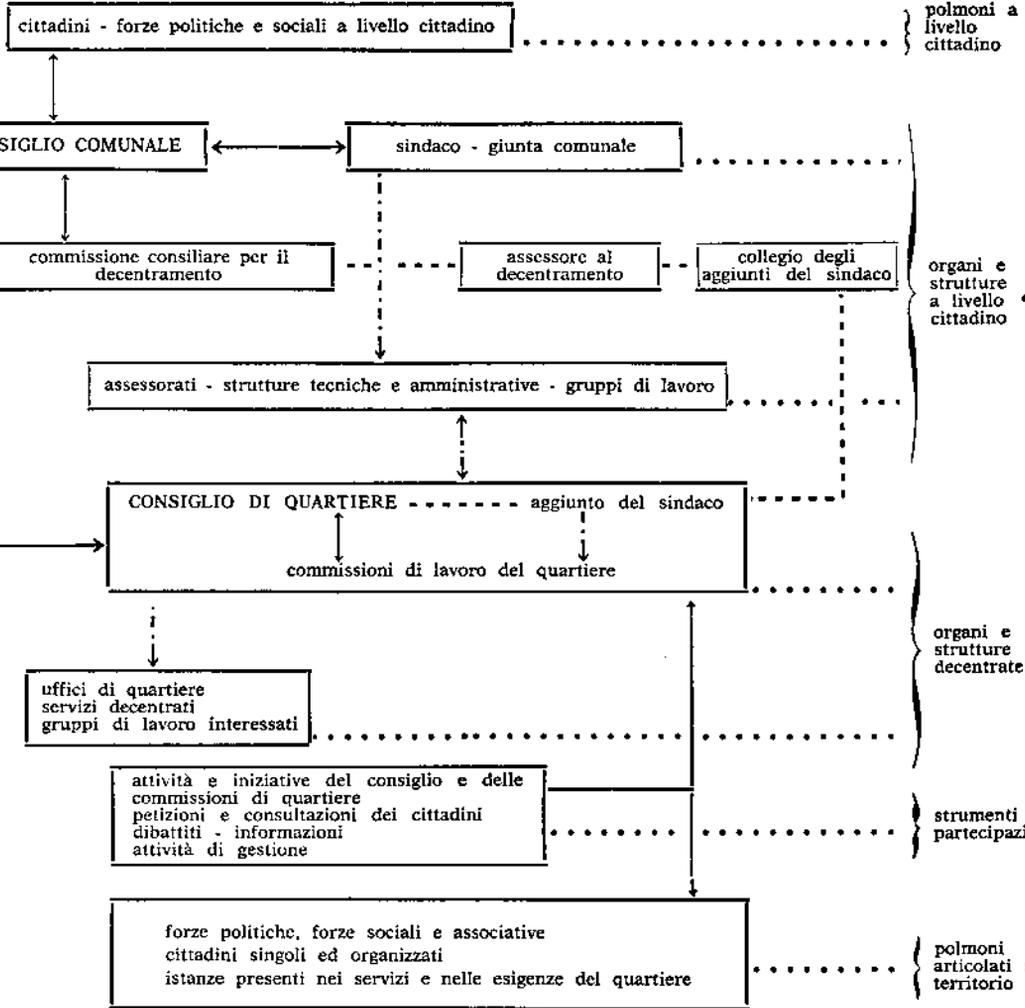
Vi è pertanto in ogni quartiere una commissione urbanistica, una commissione scuola, una commissione commercio, una commissione sanità e sicurezza sociale, una commissione vigilanza e traffico ed altre commissioni come per esempio quella per la cultura, lo sport e il tempo libero.

Come si vede, ogni branca di intervento comunale e comunque di interesse per i cittadini è trattata dal consiglio di quartiere (approfondimento e sintesi politica) e dalle commissioni specifiche (che sono strumenti di studio e di azione dello stesso consiglio).

Emerge chiaro quindi come, ogni quartiere per il suo territorio, e tutti i quartieri insieme per quanto riguarda le scelte generali, siano partecipi di tutte le scelte comunali (bilancio, piano-programma, urbanistica, scuola, servizi sociali e sanitari, ecc. ecc.) e come ogni parte politica, ogni componente sociale, ogni cittadino, attraverso le commissioni, attraverso le assemblee, le riunioni presso i servizi di cui usa, i contatti quotidiani con le istanze del quartiere, possa essere partecipe della vita e delle scelte della città.



regione - provincia - comprensori - consorzi - organismi pubblici e privati a livello di città e di quartiere



Problemi della comunità, in particolare: bilancio e programmazione (spesa pubblica locale) - urbanistica - assesto del territorio - servizi scolastici, sociali e sanitari - cultura e sport - centri civici - traffico - attività commerciali - vigilanza - ristrutturazione della macchina comunale.

## **L'ESPERIENZA DI PIANIFICAZIONE COMPENSORIALE A FAENZA**

**Comune di FAENZA**

- I Parte - a cura di Guglielmo BERTONI, assessore alla sicurezza sociale
- II Parte - a cura di Gabriella MERCATALI, dell'Ufficio di Piano
- Allegati: documenti vari

## I PARTE

Credo di potermi esimere dal descrivere il contesto socio-economico del Comprensorio faentino in quanto la descrizione della dott.ssa Mercatali porta gli elementi essenziali di valutazione.

Una economia molto fragile; un depauperamento della zona collinare; un inurbamento a cui non ha fatto riscontro un adeguato assorbimento industriale; una polverizzazione della rete distributiva con le connesse negative conseguenze; una disponibilità di mano d'opera dequalificata, per cui un intervento socio-sanitario globale a livello territoriale comprensoriale si qualifica come supporto indispensabile ad un riequilibrio territoriale e ad un arresto della tendenza che degrada sempre maggiormente tutto il territorio sia che si depauperi sia che sovrabbondi di manodopera sottoccupata o disoccupata.

L'essere giunti oggi, nel Comprensorio faentino (8 comuni — 90mila abitanti circa), ad un Consorzio dei servizi sociali e sanitari prefiguranti l'unità locale, ed esservi giunti con un piano programmatico a medio e lungo termine ha comportato un ampio lavoro a monte, lavoro iniziato nel gennaio del 1970 con una « Tavola rotonda » sulle unità locali sanitarie con la partecipazione di politici esperti quali A. Seppilli, G. Di Mauro, G. Bruni e G. Mazzotti. L'iniziativa si mosse sotto la spinta di sollecitazioni culturali (primi approcci con l'A.A.I.) e pressioni sindacali e politiche di quel periodo.

Poi il problema si è arricchito coinvolgendo enti assistenziali locali come ECA e OO.PP.RR. sotto lo stimolo e l'intervento promozionale costante dell'A.A.I. di Ravenna e centrale.

Inoltre, un clima favorevole a portare avanti i problemi dei servizi sociali oltre che sanitari, in momenti in cui non ancora era chiara l'interdipendenza dei due settori, fu la disponibilità di capitali derivanti dalle trasformazioni patrimoniali degli Enti assistenziali locali.

Nel 1971 il Comune, le Opere Pie, l'ECA con la collaborazione dell'Ufficio provinciale A.A.I. di Ravenna hanno promosso una conferenza dibattito sui servizi sociali per anziani, la loro priorità e le possibilità di attuazione a Faenza con relatori ufficiali il Dr. Sardo Verbano, il Dr. Squarzina, la Sig.ra Silvana Maldina dell'Ensis e l'architetto Salvatore Romano.

Si iniziavano intanto i primi approcci da parte dell'ECA, in accordo col Comune, dell'aiuto domestico ad alcuni nuclei di anziani.

Nel frattempo si costituiva il Comprensorio e nel luglio 1972, a livello comprensoriale, si svolgeva un convegno organizzato dall'Amministrazione Comunale, dalle Opere Pie, dall'ECA sui servizi sociali prioritari: convegno a cui partecipava la Regione e numeroso pubblico.

Intanto si insediavano fra il 1972 ed il 1973 i Consigli di Quartiere con elezione diretta secondo l'indicazione e la volontà della popolazione interpellata e la decisione delle forze politiche.

Questo elemento mi sembra fondamentale per dare ai Consigli di Quartiere quella autonomia indispensabile ad una corretta e responsabile partecipazione popolare alle scelte di politica amministrativa e sociale.

Altrimenti si corre il pericolo che il Consiglio di Quartiere perda la sua

funzione stimolante per una gestione democratica e sociale della cosa pubblica, e divenga una cassa di risonanza del Consiglio Comunale o un filtro per far passare le decisioni predisposte dall'alto.

La prima esperienza abbastanza importante di partecipazione si è verificata nel corso della preparazione di un piano programmatico dei servizi sociali e sanitari del Comprensorio di Faenza. Un piano che doveva rispondere alle esigenze di riequilibrio territoriale, di lotta alla emarginazione, di incentivazione globale dei consumi sociali, un piano programma che privilegiava l'unità locale dei servizi sociali e sanitari secondo anche le direttrici di marcia della Regione Emilia-Romagna nel settore della sicurezza sociale.

Da parte delle Amministrazioni Comunali del Comprensorio si sono sollecitate assemblee popolari e di quartiere dove venivano prospettati i problemi e recepite le indicazioni. Da parte loro i Sindacati si sono mobilitati privilegiando però ancora il momento sanitario anziché il principio della globalità.

La proposta di piano veniva elaborata da un gruppo di esperti ad alto livello: il Dr. Trevisan dell'A.A.I., il Dr. Terranova della Regione Emilia-Romagna, il Dr. Palmonari dell'Università di Bologna, il Dr. Montanari dell'A.A.I. di Ravenna, la Dr.ssa Mercatali, l'arch. Romano, l'Ufficiale Sanitario di Faenza e tre amministratori del Comprensorio, l'ECA e le Opere Pie.

A dare il via a tale équipe è stato determinante l'aiuto massiccio dell'A.A.I. Si è arrivati alla conferenza comprensoriale di Brisighella del maggio 1973 con l'approvazione del piano-programma e l'inizio operativo. Stiamo ora approntando lo statuto del Consorzio in collaborazione con la Regione.

Pensiamo che la partecipazione dovrà svilupparsi in modo più sistematico e concreto anche perché oggi non si tratta di elaborazione di documenti e di piani programma, ma di scelte operative concrete sulle quali certamente l'interesse delle popolazioni può esprimersi con più immediatezza e comprensione.

Concludendo debbo dire che tutto ciò ha portato ad una maggiore vitalità nelle organizzazioni periferiche delle forze politiche in concomitanza con l'esperienza partecipativa. Non è facile e semplice sostenere il ritmo di questo lavoro pressante di partecipazione popolare, ma bisognerà trovare le forme meno burocratiche e più snelle, adeguare forse certi apparati amministrativi irrigiditi nella routine tradizionale, perché la partecipazione popolare alle scelte politiche, sociali, economiche delle Amministrazioni locali è l'unica via per un rafforzamento della democrazia, è il metodo migliore per dare una risposta concreta alla richiesta di soddisfare i bisogni reali degli amministratori.

## II PARTE

### BREVI CENNI SUL COMPRESORIO FAENTINO

1. Nel delineare un'ipotesi d'intervento nel settore dei servizi sociali e sanitari si ha coscienza delle implicazioni e delle connessioni che tali servizi hanno con gli indirizzi più generali della vita economica e sociale del paese.

L'analisi delle condizioni sociali e sanitarie, e quindi il progetto di pianificazione dei servizi che si è tentato di approntare nel nostro Comprensorio, assume particolare valore solo se collocata come componente qualificante della politica di sviluppo del territorio comprensoriale, evitando di proporre impostazioni settorialistiche, le quali fino ad oggi hanno diviso artificialmente i bisogni dell'individuo, compromettendo lo stesso successo delle prestazioni sia sociali che sanitarie.

2. Il Comprensorio di Faenza situato nella Regione Emilia-Romagna risulta composto per il 63,96% del suo territorio da Comuni montani o collinari delle vallate del Senio, Lamone e Marzeno e per il 36,04% da Comuni di pianura. L'intero territorio è amministrato da due diverse province: Ravenna e Forlì.

2.1. - *La popolazione residente* ha subito una recessione negli ultimi venti anni passando dalle 95.699 unità presenti nel 1951 alle 89.725 dell'ultimo censimento. Tale quadro diviene più significativo qualora si prenda in considerazione la distribuzione territoriale dei Comuni. Infatti quelli montani e collinari che nel 1951 rappresentavano il 39,34% dell'intera popolazione, nel 1971 sono passati a valori intorno al 26,80%. Per i Comuni di pianura invece è avvenuto l'inverso: nel 1951 la popolazione era del 60,66% mentre nel 1972 è del 73,20%. Il depauperamento demografico dei Comuni della collina è un indice del crescente stato di abbandono e di marginalizzazione della vita economica e sociale di tali Comuni. Di fronte a questo andamento si è cercato di intervenire attraverso un decentramento industriale che, avvenuto in misura assai contenuta, non ha comunque sovvertito la logica centralistica dello sviluppo economico.

I punti commerciali di rilievo, i servizi, i capitali restano infatti localizzati nel grosso centro urbano. Ciò del resto è confermato dalla tendenza ad assecondare le localizzazioni produttive e gli insediamenti umani lungo le esistenti direttrici di sviluppo, destinando così allo spopolamento i territori isolati da tali linee di comunicazione.

Se si confrontano i dati demografici con quelli delle zone limitrofe ci si accorge che il Comprensorio di Faenza viene a trovarsi fra due aree a forte concentrazione demografica: Bologna e il triangolo Ravenna, Forlì, Rimini.

« Ciò evidenzia la situazione di forte squilibrio di un territorio che costituisce indubbiamente una fascia depressa... » (Relazione dell'Assessore Baccarini del Comune di Faenza all'Incontro-Convegno con la Regione sulla situazione economica e sociale del Comprensorio, Faenza 12 luglio 1971, pag. 10).

Tale impoverimento del nostro territorio rispetto a quelli limitrofi, trova giustificazione nel progressivo isolamento in cui Faenza si è venuta a trovare in questi anni.

Nel passato, infatti, Faenza è stata un nodo di traffici e un centro di comunicazioni essendo posta a cavaliere dell'unico asse importante della Regione, la Via Emilia, e, unica città della Romagna, aveva collegamenti ferro-

viari di considerevole importanza con Firenze, Ravenna, Lavezzola-Ferrara, Bologna-Ancona e viari con la Toscana.

In questi ultimi decenni, dopo le distruzioni belliche della linea ferroviaria Faenza-Firenze, solo parzialmente e insufficientemente ricostruita, la progressiva diminuzione di importanza degli altri tronchi ferroviari, l'aumento della circolazione su strada, il mancato riarmodernamento della viabilità che attraversa il nostro territorio, hanno sempre più isolato Faenza e le vallate che su di essa confluiscono.

Tale isolamento rispecchia la situazione che si è venuta a creare nei diversi settori produttivi.

2.2. - Dal 1961 al 1971 la popolazione attiva in *agricoltura* è passata da 19.561 a 11.189 unità con una diminuzione di 8.372 persone.

Nella serie di trasformazioni che hanno visto la Regione Emilia-Romagna passare da regione agricola-industriale a industriale-agricola, non si è attuato nei Comuni del Comprensorio uno sviluppo equilibrato, ma si sono esclusivamente valorizzati e privilegiati altri momenti rispetto a quello agricolo.

Gli ex addetti all'agricoltura dei Comuni collinari e montani si sono riversati in pianura, in cerca di occupazione. Si è venuta a creare così un'abnorme disponibilità di forza-lavoro, a bassa qualificazione, e più debole nei confronti delle fluttuazioni del mercato del lavoro.

2.3. - Non molto confortanti sono i dati relativi allo *sviluppo industriale* che ha riguardato principalmente i Comuni di Faenza e di Castel Bolognese, entrambi situati sull'unico asse attrezzato del territorio: la Via Emilia.

Sia l'Amministrazione Comunale di Faenza che quella di Castel Bolognese hanno creato zone industriali nelle quali hanno trovato sede soprattutto iniziative imprenditoriali locali di media e piccola ampiezza che non presentano prospettive di grande sviluppo. Tale situazione che non riesce comunque ad occupare la considerevole mano d'opera disponibile nel Comprensorio presenta oggi ulteriori problemi, come ad esempio quello relativo alla sicurezza del posto di lavoro che si presenta nel calzificio O.M.S.A. di Faenza, oppure quello della notevole riduzione della produzione e del numero di addetti occupati presso la cava di gesso dell'ANIC di Riolo Terme.

La situazione odierna trova ulteriore motivo di preoccupazione nel passato che ha visto la chiusura di industrie quali lo zuccherificio Eridania di Granarolo, le fornaci di latterizi, la Succovit ed altre. La realtà industriale del Comprensorio Faentino, già di per sé precaria, si presta ad ulteriori considerazioni se si esaminano le diverse componenti della forza-lavoro e in particolar modo i giovani lavoratori con bassa qualifica e le donne che costituiscono le forze più deboli e più soggette a subire le conseguenze negative degli squilibri e fluttuazioni in atto nel mercato del lavoro.

A tale riguardo è sufficiente ricordare la diminuzione avvenuta nell'occupazione degli apprendisti, maschi e femmine, in tutta la Regione (così pure nel nostro Comprensorio) sia nelle imprese artigiane che non (C.E.R.E.S., *L'economia dell'Emilia-Romagna nel 1969*, Bologna 1970, pag. 72 e segg.).

Inoltre sembra ormai cronicizzato il declino dell'occupazione femminile (op. cit., pag. 64), mentre va osservato che gran parte di tale lavoro viene convogliato in attività domiciliari aggravando ancor di più la situazione della forza-lavoro femminile (Vedi G. Mercatali, A. Rafuzzi, *Indagine campione sulle lavoratrici e sulle casalinghe di Faenza*, Faenza, 1971, pag. 30).

2.4. - La situazione non appare certo migliore se si esamina il *commercio*. « Tale settore denota i sintomi di crisi economica del nostro territorio. Esso è diventato una sacca di sottoccupazione i cui riflessi si fanno sentire nei

prezzi e nel costo della vita. A Faenza abbiamo una licenza ogni trenta abitanti, una polverizzazione della rete distributiva con una insufficienza di mercati all'ingrosso e di strutture moderne ed efficienti. Tale polverizzazione comporta conseguentemente un basso reddito per gli addetti, trattandosi in molti casi più di sottoccupazione che di vera e propria occupazione » (Relazione dell'Assessore Baccharini, pag. 16).

2.5. - Per quanto poi si riferisce al *turismo*, ad accezione di quello termale, sviluppato nei Comuni di Riolo Terme e Brisighella, e di un turismo pendolare e festivo non vi sono strutture alberghiere, viarie, ricreative che oggi possano costituire una premessa per un lancio di nuove zone.

## DOCUMENTO PREPARATORIO PER LA CONFERENZA COMPRESORIALE

### RAGIONI E FINI DEL PROGETTO

1.1. - Lo stato di salute e di benessere sociale della popolazione italiana (come risulta dal Documento n. 4 « Sanità, assistenza e tutela dell'ambiente » della Regione Emilia e Romagna del novembre 1972) continua a registrare un costante relativo peggioramento. Gli infortuni e le tecnopatie derivanti da una incongrua organizzazione del lavoro hanno toccato nel 1971 la cifra di circa 1.800.000; dei quali oltre 5.000 mortali (settore agricolo ed industriale). L'Italia presenta gli indici di frequenza e di gravità degli infortuni più elevati rispetto agli altri paesi della CEE ed è al primo posto tra i paesi a tecnologia avanzata. Ogni anno circa 30 mila neonati muoiono prima di aver compiuto il primo anno di vita. Il quoziente medio di mortalità infantile è di 30 per mille nati vivi. Tale quoziente colloca l'Italia in uno dei posti più bassi della graduatoria dei paesi europei. Inoltre è in costante aumento il numero dei morti per le cosiddette malattie degenerative (tumori, malattie del sistema nervoso e del sistema circolatorio), e si registra un abbassamento anticipato dell'età media dei colpiti. Questi indicatori di salute danno la misura di uno stato sanitario del Paese alla soglia di una situazione di « insicurezza sociale ».

La diffusione con cui è gestito il settore sanitario e sociale è materia troppo nota per doversi soffermare in questa sede: il centralismo, il burocratismo, la settorializzazione, la polverizzazione, l'inefficienza e lo sperpero che caratterizzano le attuali strutture privando contemporaneamente la comunità di servizi essenziali, sono aspetti denunciati ormai in tutte le sedi e sono esperienze concretamente vissute da tutti i cittadini. Tale vuoto di servizi è tanto più grave in una situazione come l'attuale in cui i precedenti equilibri, demografici, sociali ed economici, sono stati spezzati ed è enormemente aumentato, nei singoli e nelle comunità, il bisogno di strutture d'appoggio e di sostegno che facilitino l'evoluzione in corso e lo sviluppo di tutte le sue potenzialità positive piuttosto di quelle negative.

1.2. - Costituisce ormai, purtroppo, un motivo di discussione consunto anche quello della riforma sanitaria e dei servizi sociali: gli interessi consolidati, il corporativismo, la mancanza di volontà politica trascinano questo dibattito ormai da anni senza che se ne possa intravedere uno sbocco positivo: sono note le polemiche intorno al progetto di riforma sanitaria presentato dall'attuale governo mentre non è ancora chiaro quale sarà l'esito parlamentare delle proposte di riforma dei servizi sociali e assistenziali presentate da diversi partiti (per la D.C. dall'on. Foschi e dalla sen. Falcucci, per il P.C.I. dall'on. Lodi, per il P.S.I. dall'on. Signorile, per l'A.N.E.A. dai sen. Signorello, Dal Canton e dall'on. Artali). Da rilevare che le proposte di riforma del sistema di servizi sociali puntano tutte sullo scioglimento degli enti nazionali e degli E.C.A., con attribuzione alle Regioni del potere legislativo e ai comuni di quello gestionale.

1.3. - In questo quadro assumono particolare valore le iniziative assunte da varie regioni e da molti Enti locali al fine di utilizzare ogni spazio offerto dall'attuale assetto legislativo e istituzionale per migliorare la situazione,

anche nell'assenza delle suddette riforme a livello nazionale, per accelerarne anzi la realizzazione. La proposta di legge regionale per la istituzione delle unità locali dei servizi sanitari e sociali elaborata dalla Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna si muove, appunto, in tale spirito e, come è precisato nella relazione che l'accompagna, si propone di conferire a queste nuove strutture (le unità locali dei servizi sanitari e sociali): « ... un ruolo fondamentale nel processo di programmazione e di metterle in condizioni di poter gestire non più in modo frammentario singole competenze, ma, attraverso la unificazione funzionale dei poteri dei Comuni, delle Province e delle Regioni, di poter fornire un servizio il più possibile completo di sicurezza sociale. In questa fase di crisi generale cui è giunto il sistema sanitario e assistenziale italiano, in cui l'urgente necessità di una radicale riforma che scardini le strutture verticistiche autoritarie e settoriali esistenti, per instaurare un nuovo sistema democratico e unitario, basato sul diritto del cittadino alla protezione della salute e all'assistenza sociale, è disattesa dal Governo Centrale, l'intervento regionale non può che proporsi la realizzazione di obiettivi intermedi, ma che nel contempo abbiano carattere anticipatore della riforma e capacità di spinta per la sua realizzazione ».

1.4. - L'iniziativa della Regione Emilia-Romagna (che, a quanto risulta, è una delle prime proposte organiche e complete in tale settore) si trova a coincidere con l'iniziativa del nostro Comprensorio il cui Comitato Esecutivo, nella riunione del 2 gennaio u.s., decise la costituzione di una « Commissione Comprensoriale » per la programmazione nei settori « sanità » e « servizi sociali » (invitandone a fare parte tutti gli Organismi politici, sociali, economici e di categoria, interessati, oltre a tecnici qualificati nei due settori) con il compito di « gestire l'approntamento di studi e iniziative per la pianificazione dei servizi sanitari e sociali e di svolgere una ampia azione di consultazione delle popolazioni e degli Organismi interessati; in vista di pervenire alla Conferenza Comprensoriale per l'unità locale dei servizi sanitari e sociali nella qual sede verranno definiti le scelte e gli indirizzi del piano comprensoriale per la sicurezza sociale ».

1.5. - Il fine che ci si propone è naturalmente, quello di dotare il Comprensorio di una efficiente rete di servizi sociali e sanitari in grado di rispondere a tutti i tipi di bisogno della popolazione, sia in senso quantitativo che qualitativo. Non si tratta solo di superare gli squilibri esistenti in materia nell'ambito del Comprensorio, e del Comprensorio nel suo insieme rispetto al resto della Regione (si veda, in proposito, il quaderno n. 5 di Studi e Documentazione del Dipartimento di sicurezza sociale della Regione Emilia-Romagna e, in particolare, le carte n. 3 — distribuzione dei presidi sanitari degli Enti locali — n. 4 — distribuzione dei presidi sanitari dell'I.N.A.M. — n. 11 — accessibilità della popolazione alla rete ospedaliera —; grafici che dimostrano il vuoto di servizi sanitari nei Comuni collinari e montani e la complessiva carenza rispetto agli altri comprensori della Regione, nonché la lontananza degli stessi servizi da larghe fasce di popolazione; considerazioni probabilmente simili, se non più gravi, si potrebbero fare se si disponesse di analoghe carte per i servizi sociali); non si tratta solo di razionalizzare l'esistente per raggiungere un migliore livello di efficienza in senso quantitativo: si tratta di compiere, contemporaneamente, anche un salto qualitativo realizzando una rete di servizi che, oltre a rispondere ai parametri della accessibilità e della completezza, risponda anche a quei nuovi bisogni che l'evoluzione della società non permette più di trascurare e che possono essere schematicamente riassunti nei seguenti punti:

a) sviluppo del momento « preventivo » rispetto a quello terapeutico

(e prevenzione va qui intesa non tanto e non solo nel senso di individuazione precoce delle situazioni di malattie e di disagio sociale quanto nel senso di studio e rimozione delle cause stesse di tali situazioni);

b) riduzione drastica (limitata solo ai casi di vera necessità) della pratica del ricovero (in ospedali, in cronici, in istituti, in collegi, ecc.), favorendo i servizi domiciliari e ambulatoriali che permettono al cittadino di risolvere le sue difficoltà restando a contatto con la propria famiglia, col proprio ambiente, senza esserne allontanato e « depositato » in strutture che lo escludono e lo emarginano, aggravando anziché risolvere i suoi problemi (e con costi, per di più, di molto superiori);

c) integrazione stretta tra prestazioni sociali e sanitarie; quasi ogni problema, infatti, presenta sia aspetti sociali che sanitari (si pensi agli anziani, agli invalidi, ai malati di mente ecc.): il permanere di strutture separate distinte divide artificiosamente i bisogni dell'individuo, ne impedisce una considerazione globale e unitaria e, in definitiva, compromette il successo sia delle prestazioni di carattere sociale che di quelle sanitarie;

d) conseguentemente ai punti precedenti si può giungere a un « decentramento » dei servizi che possono così essere fruibili in modo facile e continuo e ne permettano un « controllo » democratico da parte della popolazione stessa che potrà così partecipare attivamente alla loro programmazione e al loro funzionamento secondo i bisogni locali;

e) la circostanza che nei principali Comuni del Comprensorio, tra i quali Faenza, è stata operata e si sta operando una cospicua trasformazione patrimoniale da parte degli Enti locali di assistenza (alienazione dei poderi ai mezzadri conduttori), con effetto quasi immediato, è un ulteriore motivo per esigere la formulazione di tale piano, con la partecipazione attiva di tutte le forze della comunità, poiché esso nasce suscettibile di concreta possibilità di attuazione per quanto riguarda il finanziamento. Fine non ultimo, pertanto, del progetto saranno le indicazioni che potranno trarsi per il reinvestimento e la ricostituzione patrimoniale degli Enti di assistenza nella visione globale della rete di servizi sociali.

1.6. - Si tratta, quindi, di un progetto di largo respiro che, se realizzato compiutamente, trascenderà, nel suo valore politico e innovatore, il settore considerato, contribuendo a cambiare qualitativamente il tipo di vita delle comunità del Comprensorio. Non solo, il progetto potrà contribuire anche a risolvere alcuni problemi generali del Comprensorio che sono stati sottolineati, per la loro gravità, nell'incontro-convegno con la Regione sulla situazione economica e sociale del Comprensorio (Faenza, 12 luglio 1971). In particolare la realizzazione di una rete così concepita di servizi socio-sanitari potrà incidere sui seguenti aspetti:

a) il *riequilibrio del territorio*; dotando tutte le zone del Comprensorio di servizi al medesimo livello di quantità e qualità, diminuiranno le spinte all'esodo e, quindi, da una parte il depauperamento delle zone collinari e, dall'altra, la congestione delle zone urbane (con i conseguenti alti costi sociali), congestione che raggiunge, attualmente, non solo Faenza ma anche Ravenna (si vedano gli atti del già citato incontro);

b) la *creazione di nuovi posti di lavoro*; una volta completamente realizzata, l'intera rete di servizi potrà fornire un notevole numero di posti di lavoro per operatori sociali e sanitari di diversa specializzazione e livello, oltre ad assicurare l'assorbimento di quelli operanti nelle istituzioni attualmente esistenti (nel suddetto convegno-incontro con la Regione erano stati indicati in 8.000 i nuovi posti di lavoro da creare nel Comprensorio al 1980, e con un

calcolo molto approssimativo si può pensare che circa il 10 per cento di tali posti potrebbe essere assicurato dal nuovo assetto socio-sanitario); inoltre è da tenere presente che in questo settore potrebbero trovare sbocco lavorativo soprattutto quei diplomati la cui drammatica situazione di disoccupazione o sottoccupazione è stata bene evidenziata nel Convegno stesso;

c) *la maggiore valorizzazione delle risorse locali*; il nuovo assetto dei servizi permetterà di valorizzare meglio la vocazione di ogni parte del Comprensorio, consentendo a chi vi è occupato di restare ad abitare sul posto: attività termali, agricole, conserviere, di silvicoltura; inoltre una tale attrezzatura di servizi costituirà un incentivo per il turismo, soprattutto familiare.

## IPOTESI DI RIASSETTO DEL SISTEMA DI SERVIZI

### 3.1. - *Articolazione territoriale.*

L'unità locale, coincidente con il comprensorio, è articolata in distretti. Per la suddivisione in distretti del territorio comprensorio si ritiene opportuno fare riferimento agli otto Comuni che hanno deliberato l'adesione al Consorzio intercomunale di Vigilanza igienica e sanitaria. Pertanto si può prevedere la seguente articolazione:

- Castelbolognese con Solarolo;
- Casola Valsenio con Riolo Terme;
- Modigliana con Tredozio;
- Brisighella.

Per il territorio del Comune di Faenza dovrà essere precisato il numero e la localizzazione dei distretti, tenendo in considerazione gli orientamenti che emergeranno dai Consigli di quartiere la cui costituzione si è appena conclusa; orientamenti che verranno analizzati e coordinati nel contesto di tutto il territorio comunale.

Inoltre, tenendo conto che i Comuni di Brisighella, Casola Valsenio, Modigliana e Tredozio fanno parte di una unica Comunità Montana che dovrà adottare un proprio piano di sviluppo occorrerà che tale piano sia coordinato con quello comprensorio per la programmazione dei servizi socio-sanitari.

Infine va sottolineato che i due comuni toscani di Marradi e Palazzuolo, pur non avendo aderito al Consorzio Intercomunale, potrebbero essere interessati a farne parte; per cui occorrerà in tal caso adeguare alla nuova realtà la suddivisione in distretti.

### 3.2. - *Competenze dell'unità locale.*

L'unità locale, i cui organi politici consortili includono rappresentanti dei Comuni e delle province interessati, attua nel Comprensorio una politica di sicurezza sociale, basata su piani pluriennali ed annuali di intervento e attuata attraverso una gamma di servizi per la tutela della salute, per l'assistenza sociale, per la formazione e per l'attività culturale e ricreativa.

*In attesa di leggi-quadro nazionali* — riferite soprattutto alle riforme sanitarie ed assistenziale — l'unità locale acquisisce le competenze assegnate dall'attuale legislazione ai Comuni ed alle Province, oltre alle funzioni delegate dalla Regione.

Inoltre l'unità locale, tenendo conto delle esigenze della comunità e delle risorse disponibili, attua quegli altri interventi che non sono rigidamente definiti e regolamentati dalla legislazione nazionale vigente. Inoltre favorisce

il coordinamento razionale delle risorse degli enti previsti dall'attuale legislazione (enti nazionali, amministrazioni statali, enti privati diversi).

La programmazione dei servizi sociali e sanitari non potrà ovviamente essere considerata un settore a se stante prescindendo dai collegamenti e dalle interrelazioni con gli altri settori della politica programmatica, quali ad esempio l'urbanistica, l'istruzione, le attività produttive, ecc...

Quindi il piano dei servizi socio-sanitari dovrà essere inserito in quello più generale di sviluppo socio-economico del Comprensorio.

### 3.3. - I servizi

A) A livello di unità locale sono da collocarsi:

I) I servizi generali dell'unità locale;

II) alcuni servizi per la popolazione del Comprensorio non decentrabili nei distretti.

Alcune proposte riferite distintamente a questi due filoni di attività possono essere così riassunte:

#### 1. Servizi generali dell'unità locale.

Oltre ai servizi per gli affari generali, l'amministrazione ed il personale, sono prevedibili:

- *Servizio di programmazione*: raccolta di informazioni (dati, proposte, esigenze) sia dai servizi dei distretti e dai relativi comitati, sia a livello comprensoriale, con ricerche apposite, sia dal livello regionale; elaborazioni conseguenti per l'operatività e la pianificazione; collegamenti con gli organi di programmazione economica e territoriale del comprensorio e con gli organi tecnici della Regione; formulazione dei piani comprensoriali in base alle scelte direttive e politiche dei competenti organi comprensoriali; valutazione dell'attuazione dei piani e raccolta di dati sui risultati conseguiti.

- *Servizio di aggiornamento e formazione permanente del personale*: controlla, stimola, favorisce in ogni modo la formazione permanente del personale dei servizi sociali e sanitari operanti nel Comprensorio, superando le specializzazioni fittizie e creando le condizioni per un sempre più esteso lavoro di gruppo interprofessionale; organizza riunioni periodiche, seminari, visite; fornisce agli operatori materiali di consultazione e di studio; gestisce una biblioteca comprensoriale per gli operatori; favorisce la preparazione, l'utilizzazione e la formazione sul lavoro del nuovo personale necessario per il funzionamento dei servizi del Comprensorio; favorisce la preparazione e la utilizzazione razionale dei « volontari » nei vari servizi.

- *Servizio promozionale*: educazione sanitaria e sociale, problemi del lavoro (formazione professionale, lavoro protetto), problemi dell'infanzia e dell'età evolutiva (ivi inclusi affidamenti ed adozioni), politica per gli « svantaggiati » (minimo vitale e alloggi per anziani in difficoltà, handicappati, pendolari, ecc.), politica del tempo libero (cultura, ricreazione, sport, soggiorni di vario tipo), ed altri settori che, anche per un dato periodo, si dimostrassero importanti per un'azione comprensoriale di promozione sociale; questo servizio attua di norma la promozione attraverso i vari servizi sociali e sanitari operanti nei distretti e a livello di unità locali; fornisce orientamenti e sussidi; organizza iniziative itineranti nel Comprensorio (di déptage, di mostre, ecc.).

- *Servizio di medicina e di igiene dell'ambiente e del lavoro.*

Servizi di 2° livello e di coordinamento per:

- 1) medicina ed igiene dell'ambiente;
- 2) medicina del lavoro;
- 3) medicina scolastica.

Personale tecnico, dotato delle indispensabili attrezzature per eseguire indagini immediate sul posto di lavoro, per eseguire prelievi ed analisi in laboratorio ed inoltre in grado di intervenire ad ogni richiesta dei vari distretti, nonché di promuovere i necessari provvedimenti.

- *Laboratorio analisi.*

Può anche identificarsi con quello dell'Ospedale, con la possibilità di decentramento a livello di distretti.

- *Servizio veterinario.*

- 1) Servizio di ispezione e vigilanza delle carni e dei prodotti della pesca;
- 2) servizio di profilassi per le malattie infettive;
- 3) servizio di igiene zootecnica;
- 4) servizio della riproduzione animale.

2. *Servizi non decentrabili di livello comprensoriale.*

- *Ospedale generale:* medicina generale, chirurgia generale, ostetricia-ginecologia, pediatria, ortopedia-traumatologia, neurologia, malattie infettive, oculistica, otorinolaringoiatria, geriatria-lungodegenza; inoltre i seguenti servizi: anatomia-istologia patologica; cardiologia, anestesia-rianimazione, laboratorio di analisi, pronto soccorso, radiologia-fisioterapia, dermosifilopatia, urologia, odontoiatria-stomatologia, farmacia interna, ed eventuali altri servizi previsti dall'art. 22 della legge 12-2-1968, n. 132.

Resta inteso che, ai sensi dello stesso art. 22, può essere previsto che per alcune delle suindicate specialità provvedano ospedali specializzati vicini. A questo punto è opportuno precisare che tutte le prestazioni devono intendersi anche « aperte », vale a dire disponibili per la popolazione non ricoverata a tempo pieno (ospedale di giorno, ospedale di notte, prestazioni poliambulatoriali) e di supporto tecnico agli altri servizi sanitari presenti nei distretti evitando inutili duplicazioni di servizi e attrezzature.

- *Casa albergo:* risponde alle esigenze di residenzialità dei cittadini (singoli o in coppia) in particolari situazioni esistenziali di emergenza o a scarso reddito (anziani autosufficienti, giovani studenti e lavoratori pendolari, madri sole con figlio, ecc.), che, pur vivendo abitualmente nel loro appartamento (stanza e servizi), necessitano occasionalmente o stabilmente di fruire di servizi collettivi (mensa, lavanderia-stireria, ritrovo); i servizi collettivi sono fruibili anche dall'esterno (specie come supporto all'assistenza domiciliare); vi debbono essere eliminate le barriere architettoniche (per renderla anche utilizzabile da handicappati).

- *Scuole secondarie:* sinché non si addiverrà alla unificazione dei vari indirizzi attuali, alcuni tipi di scuole secondarie saranno presenti solo a livello comprensoriale.

- *Impianti sportivi:* quelli a carattere competitivo spettacolari di grandi dimensioni (campo sportivo, palazzo dello sport) o per sport non molto diffusi.

- *Servizi culturali:* alcuni servizi anche di tradizione (teatro, musci), sono presenti solo nel centro comprensoriale; l'importante sarebbe che potessero

essere i capifila di iniziative itineranti nel Comprensorio appoggiandosi ai servizi dei distretti.

B) *A livello di distretto* (uno o più Comuni, uno o più quartieri) si dovrà disporre dei servizi sanitari capaci di attuare tutti gli interventi — salva la spedializzazione — connessi alla promozione della salute ed alla prevenzione, alla cura domiciliare ed ambulatoriale, alla riabilitazione, oltreché dei servizi sociali e formativi di base. A questo livello saranno anche organizzati i servizi di medicina del lavoro, scolastica, di igiene prematrimoniale ed i consultori per gestanti e pediatrici. Le soluzioni organizzative potranno variare, anche per adeguarsi alle specifiche situazioni dei distretti (in quanto diverse sono le condizioni specifiche, in specie, degli insediamenti e le distanze), ma sembra preferibile la concentrazione in un unico complesso edificio dei più importanti servizi.

- *Centro sociale e sanitario di distretto*: rappresenta l'unità operativa di tutti i servizi del territorio che non richiedono forme di ricovero. Tale struttura si configura come sede di attività prevalentemente proiettate all'esterno in un'azione di prevenzione globale. Esso comprende:

1) *segretariato*, per fornire informazioni, consulenze, smistamento di pratiche in ordine alle prestazioni ed ai servizi di vario genere, e come « osservatorio ed anagrafe » sociali;

2) *servizio sociale di zona* (in specie per anziani, handicappati, bambini senza nucleo familiare) connesso a sussidi per il raggiungimento del « minimo vitale », alla disponibilità di mini-appartamenti o di alloggi protetti (questi ultimi con personale di tutela), agli affidamenti familiari;

3) *servizio di assistenza domiciliare socio-sanitaria*, con distribuzione di pasti a domicilio, assistenza infermieristica, disbrigo delle faccende domestiche, ecc.);

4) il servizio di *guardia medica* (notturna e festiva) con *terminali di pronto soccorso*;

5) il *poliambulatorio specialistico*, almeno per: medicina interna, pediatria, geriatria, psichiatria, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, ortopedia ed odontoiatria; e, magari con rotazione in più di un distretto, di: cardiologia, oncologia, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, dermosifilopatia, pneumologia, nefrologia; inoltre una unità per radio-diagnostica e locali per prelievi di sangue e raccolta di referti da inviare al laboratorio di analisi chimico-cliniche dell'unità locale;

6) il *servizio di trattamento a tempo parziale* (tipo ospedale di giorno, di notte) necessario per la riabilitazione, la geriatria, la psichiatria, viste non come momenti settoriali, ma facenti tutte capo alla équipe polispecialistica del territorio nella quale operino anche, pedagogisti, riabilitatori e operatori sociali in genere.

Inoltre il Centro sociale e sanitario di distretto svolge attività promozionale per l'attuazione dei programmi per la maternità e l'infanzia, per gli handicappati, per gli anziani, per il tempo libero, per le attività culturali, per le attività scolastiche, per i servizi sportivi e i relativi collegamenti con i servizi sociali del territorio.

In questo ambito si possono configurare in maniera più precisa:

- *Centro per la maternità e l'infanzia* in rapporto stretto con i presidi per la maternità e l'infanzia esistenti nel distretto.

- *Servizi sociali per l'infanzia*: con asilo nido e scuola materna, campo

giochi, in stretto collegamento con il poliambulatorio per le consulenze pediatriche.

- *Servizi scolastici* (scuola dell'obbligo e secondaria superiore), con utilizzazione anche collettiva degli altri servizi sanitari, sociali e ricreativi presenti nel distretto.

- *Servizi sportivi* con campo di calcio (ad uso multiplo), palestra, campi di tennis, piscina, e con disponibilità di istruttori sportivi.

- *Servizi culturali*, che mettano a disposizione i più diffusi strumenti culturali (libri, periodici, dischi, documentari, videocassette; mostre di arti figurative, spettacoli teatrali e musicali anche itineranti; cicli di conferenze e dibattiti, ecc.), ospitando ed affiancando anche gruppi per iniziative culturali, con la disponibilità di animatori culturali.

C) Ogni distretto può essere diviso in *aree elementari*, dimensione di base sulla quale opera una *équipe medica residenziale*, costituita almeno da un medico e da un infermiere, con il compito di controllare lo stato di salute dei cittadini, svolgere educazione sanitaria, verificare le condizioni ambientali incidenti sulla salute, fornire le necessarie cure a domicilio o in ambulatorio, costituire un collegamento funzionale con gli altri servizi del distretto.

L'area elementare può coincidere con un Comune od una sua parte residenziale, con un complesso scolastico di una certa dimensione, con una zona industriale, ovvero con una frazione consistente od un quartiere non molto popolato. Talora a tale livello si collocano alcuni dei servizi sopra citati a livello di distretto (ad es.: asilo nido, scuola materna, campo giochi, ecc.), qualora la concentrazione residenziale o l'entità dell'utenza ne giustifichi una dislocazione capillare.

### 3.4. - I Comitati.

Sia a livello di unità locale, che di singoli distretti, vanno previsti dei Comitati di *iniziativa e di controllo democratico* sulla politica sociale e sanitaria delle rispettive zone, rappresentativi delle forze sociali e sindacali organizzate. Un apposito regolamento ne preciserà la composizione ed il funzionamento.

Essi costituiscono uno degli strumenti che concorrono a realizzare la partecipazione dei cittadini, pur avendo ruoli specifici (non di decisione, né di operatività, ma di stimolo, denuncia, osservazione, indagine, proposta, dibattito) rispetto agli organi politico-amministrativi locali elettivi (di 1° e 2° grado).

Andrà realizzata la *gestione sociale* dei singoli servizi.

## MOZIONE CONCLUSIVA DELLA CONFERENZA COMPRESORIALE

L'Assemblea comprensoriale, riunitasi in Brisighella per discutere l'ipotesi per un Programma d'intervento a livello comprensoriale nel settore dei servizi sociali e sanitari, sottolinea l'urgenza, non più dilazionabile, di giungere all'approvazione delle leggi di riforma sanitaria e dell'assistenza sociale che dia alle Regioni i poteri previsti dall'art. 117 della Costituzione.

La rapida attuazione nella Regione Emilia-Romagna delle unità locali dei servizi sociali e sanitari permetterà d'avviare concretamente l'utilizzo coordinato delle iniziative sanitarie e sociali e di far maturare la battaglia per le riforme.

A conclusione dei lavori della Conferenza comprensoriale è emersa, condivisa da tutte le forze politiche e democratiche del Comprensorio, la seguente scala di priorità a tempi « brevi »:

1) una sollecita definizione dello statuto del Consorzio intercomunale per la programmazione e la gestione associata dei servizi sanitari e sociali;

2) l'approvazione dello Statuto del Consorzio da parte dei consigli comunali;

3) l'avvio dei servizi di prevenzione, in particolare per la tutela dell'ambiente e della salute dei lavoratori, per la tutela della maternità, dell'infanzia e degli handicappati, per gli anziani, che permetterà di utilizzare, anche, le risorse finanziarie messe a disposizione dalla legge regionale sulla prevenzione;

4) la definitiva messa a punto, nell'ambito del programma generale, degli interventi realizzabili con le trasformazioni patrimoniali degli enti assistenziali pubblici (appartamenti per gli svantaggiati, servizi domiciliari, centri sociali e sanitari, ecc.);

5) l'attuazione graduale d'interventi sociali e sanitari (compresi anche quelli svolti dagli enti nazionali) coordinati a livello di distretto con i centri sociali e sanitari;

6) la definizione del piano d'utilizzo integrato e coordinato di tutte le strutture ospedaliere del Comprensorio ai fini di un miglioramento delle prestazioni sanitarie nella prospettiva della fusione degli enti ospedalieri che troverà un momento di ulteriore verifica nell'evoluzione socio-economica del Comprensorio e di attuazione con la legge regionale sulle unità locali dei servizi sociali e sanitari.

L'Assemblea, pertanto, sollecita gli organismi esecutivi del Comprensorio a compiere gli atti indispensabili alla realizzazione delle priorità sopraindicate.

## IPOTESI PER UN PIANO COMPENSORIALE A BREVE TERMINE

### QUADRO DI RIFERIMENTO

Si assume come quadro di riferimento — cui costantemente rapportarsi — il documento di orientamento programmatico (« Ipotesi per un programma di intervento a livello comprensoriale nel settore dei servizi sociali e sanitari ») presentato dall'Esecutivo del Comprensorio alla Conferenza comprensoriale per la programmazione dei servizi sanitari e sociali (Brisighella, 19 maggio 1973), dal cui dibattito ha sostanzialmente ricevuto una larga adesione.

In particolare ci si riferisce alla quarta parte di detto documento (« Problemi prioritari nell'avvio del programma ») ed alla mozione conclusiva della Conferenza di Brisighella.

### GENERALITÀ

Pregiudiziali che vanno tenute presenti nella formulazione di questo piano operativo e soprattutto nella sua gestione sono:

- la massima *incidenza* operativa, predisponendo chiaramente i mezzi ne-

cessari (finanziari, di attrezzature, di personale) e calcolando adeguatamente i tempi (nei vari passaggi amministrativi);

- la visione realmente *comprensoriale* degli interventi, visti come risposta alle esigenze della popolazione che vive nei vari insediamenti (comuni, frazioni, quartieri) e nell'obiettivo prioritario del riequilibrio socio-economico per tutto il Comprensorio;

- il rispetto costante della metodologia della *pianificazione partecipata*, impegnandosi soprattutto in una costante informazione e discussione con le Amministrazioni comunali del Comprensorio e con i Comitati di iniziativa e di controllo democratico.

Essendo una nuova struttura che nasce in una persistenza di molte altre strutture, anche potenti, non sarà pleonastico evidenziare l'essenziale priorità da darsi alla affermazione di un ruolo attivo del Consorzio intercomunale che dà vita al Comprensorio. E ciò sia nei rapporti con le Province e la Regione, sia nei rapporti con le forze sociali ed i diversi organismi presenti nell'area comprensoriale. E' oltretutto da un rapido ed incisivo avvio del consorzio intercomunale e dalla costituzione di un suo snello organo tecnico di programmazione e di promozione che prende concretezza il Piano comprensoriale a breve termine qui tratteggiato come ipotesi.

Nonostante l'evidenza, c'è il pericolo che il piano dei servizi sociali e sanitari non venga visto in stretta connessione — e non si instaurino perciò i necessari raccordi — con: i piani regolatori comunali, il piano della Comunità montana, le leggi regionali, le iniziative provinciali, ecc.

Con i numerosi Enti — locali e non — operanti nell'area comprensoriale o interessati ad interventi, sarà utile instaurare da parte degli organi politici e tecnici del Comprensorio una prassi di consultazione per acquisirne l'azione nel quadro degli interventi previsti da questo Piano comprensoriale, magari con apposite convenzioni e con una periodica convocazione di una « conferenza dei servizi ». E' evidente che questa azione volta a concentrare nell'area il massimo di risorse non significa accettazione e convalida dell'attuale assetto istituzionale nel campo dei servizi, cui le previste leggi di riforma nazionali e la creazione delle unità locali dei servizi costituiscono una contrapposizione largamente accettata dalle forze politiche e sindacali. Ma d'altra parte si vuole coinvolgere sostanzialmente ed utilizzare in chiave positiva tutte le strutture esistenti che costituiscono sin d'ora una risorsa per la comunità (gli organi decisionali, il personale in servizio, le attrezzature e le risorse finanziarie, ecc.). Ciò sia per non scadere nel velleitarismo (stante l'autonomia garantita dall'attuale legislazione a tali enti) e rendere l'azione di coordinamento di fatto inoperante e generica, sia per evitare che gli organismi in questione ed il personale siano indotti ad assumere atteggiamenti di resistenza al « mutamento » e di male intesa identificazione con i loro enti di appartenenza.

E' proprio nella fase di decollo di questo Piano che potranno rivelarsi insostituibili gli apporti di conoscenza, di risorse, di disponibilità partecipativa che l'ambiente locale può ed è disposto ad offrire. Occorre pertanto coinvolgere costantemente nell'informazione e nel dibattito il Comitato comprensoriale di iniziativa e di controllo democratico.

#### INTERVENTI DA REALIZZARE NEL BREVE TEMPO

Con riferimento al documento di orientamenti programmatici, al dibattito su di esso sviluppatosi ed alla mozione di Brisighella, si ipotizzano una

serie di interventi, qui di seguito indicati. L'ordine ad essi dato in questo documento, pur rispettando una certa logica organica, non implica necessariamente una rigida successione di tempi nella loro attuazione. La stessa legislazione regionale potrà accelerare alcuni momenti di attuazione. Altrettanto dicasi per la maggiore o minore collaborazione dei molti enti presenti nel Comprensorio.

I singoli momenti od interventi previsti in questo Piano si concretizzeranno in specifici « progetti » (con precise indicazioni organizzative e finanziarie), predisposti dall'organo tecnico comprensoriale di programmazione e di promozione. Per alcuni aspetti si allegano già a questo piano delle proposte operative.

#### A) A livello comprensoriale.

1) *Costituzione del Consorzio intercomunale* — In base all'attuale legislazione regionale lo strumento concreto per l'avvio degli organi consortili del Comprensorio è stato individuato nella costituzione del « Consorzio di vigilanza igienica e sanitaria » (Legge regionale n. 10 dell'11-11-1972). Questo primo atto compete alle Amministrazioni comunali, interessate a dar vita concretamente al Comprensorio.

2) *Approvazione dello Statuto del Consorzio intercomunale* — Per rendere operativo il Consorzio, e per qualificarne l'azione, oltre che per acquisire in particolare gli stanziamenti delle leggi regionali, si impone l'approvazione di uno Statuto. Il Dipartimento di Sicurezza Sociale della Regione ha da tempo sottoposto una bozza di Statuto del Consorzio intercomunale per i servizi sociali e sanitari.

3) *Comitato di iniziativa e di controllo democratico* — La sua composizione e le sue funzioni saranno definite dallo Statuto del Consorzio. Se necessario, dovrà essere predisposto un apposito regolamento.

Ne è previsto uno a livello comprensoriale (eliminando con ciò altri comitati finora esistenti a tale livello), ma sarebbe importante costituirne anche a livello di ogni singolo distretto.

4) *Individuazione dei distretti* — Sia per una gestione più largamente partecipata della pianificazione comprensoriale, sia per la concreta progettazione degli interventi, è prioritaria la individuazione dei distretti previsti dal documento programmatico. E' da ricordare che la suddivisione del comprensorio in distretti — da decidersi dagli organi politici del consorzio intercomunale, in accordo con le varie Amministrazioni comunali e con il Consiglio di quartiere — non va intesa come una decisione definitiva: essa potrà essere rivista dopo alcuni anni di sperimentazione ed ogni qualvolta dei fatti nuovi impongano o suggeriscano una diversa articolazione in distretti.

Fra le varie ipotesi di suddivisione in distretti, quella che sembra realizzabile immediatamente (tenendo conto degli attuali confini geografico-amministrativi) e che si sottopone agli organi del Comprensorio è riferita alla creazione di nove distretti: Castelbolognese e Solarolo; Casola Valsenio e Riolo Terme; Modigliana e Tredozio; Brisighella; quartiere del Centro Storico di Faenza; quartieri di Formellino, Granarolo, Cesato; quartieri di Borgo Durbecco e Reda; quartieri di Sarna ed Errano; quartiere della Zona Industriale.

5) *Equipe tecnico comprensoriale* — L'organo tecnico che costituisce la segreteria operativa del Consorzio intercomunale e dei suoi organi politici dovrà essere il più snello possibile. Va subito precisato che l'équipe di cui si parla rappresenta un primo momento nello sviluppo dell'attività del Com-

prensorio (che si estenderà progressivamente ad altri settori): ne consegue quindi che almeno una parte del personale indicato come essenziale per questa équipe, non dovrà necessariamente essere previsto nell'organico del settore socio-sanitario. Si dovrà cioè evitare di preconstituire situazioni che portino successivamente, con l'avvio di altre attività, a duplicazioni di funzioni.

Almeno inizialmente, oltre ad una persona con funzioni di segreteria generale e di coordinamento, l'équipe potrebbe essere costituita da pochi esperti:

- uno per la pianificazione sociale (raccolta ed elaborazione dati ovvero attuazione di ricerche sui bisogni sociali e sui servizi, predisposizione tecnica dei Piani, ecc.);
- uno per i problemi urbanistici e del territorio (collegamenti ed insediamenti nei piani territoriali e nei piani particolari di altri settori, ecc.);
- uno per la formazione permanente degli operatori che agiscono nel comprensorio nei vari servizi (in raccordo con le sedi regionali di formazione);
- uno per l'azione promozionale (orientamenti per i servizi più diffusi, assistenza tecnica ai servizi dei distretti, « campagne » e iniziative itineranti nei vari distretti, ecc.);
- uno per la medicina ed igiene pubblica e per la medicina preventiva (infanzia, scuola, lavoro, ambiente) che operi in raccordo con i servizi dei singoli distretti e con le attrezzature di livello provinciale.

In seguito, ove dimostrato necessario, si potranno affiancare altri esperti, anche a seguito dell'ampliarsi delle competenze del Comprensorio ad altri campi.

La individuazione di questi esperti e la loro disponibilità, tenendo conto dell'impegnatività di questi nuovi ruoli e dell'attrazione remunerativa di altre occupazioni di routine, non sono certo facili: si propone che almeno per una fase triennale sperimentale essi vengano scelti per « chiamata » se possibile utilizzando apposite convenzioni con gli enti da cui essi dipendono attualmente (che li comandino nell'équipe tecnica del Comprensorio).

Impegno prioritario dell'équipe sarà il diretto contatto con la realtà dei distretti per far risolvere i problemi relativi agli interventi di emergenza ed alla realizzazione dei Centri sociali e sanitari (vedi punto 9).

6) *Sede degli organi del Comprensorio* — Per gli organi politici, per l'équipe tecnica, per la segreteria, per le riunioni di comitato è necessaria una sede, per la cui acquisizione non si presentano difficoltà.

7) *Centri per la formazione permanente degli operatori dei servizi* — Oltre ad altre specifiche utilizzazioni in chiave di servizi diretti ai cittadini, alcuni edifici — posti in posizioni facilmente accessibili dall'area comprensoriale e convenientemente ambientati in posizioni climatiche — possono costituire anche adeguate sedi per la « formazione permanente » degli operatori dei servizi sociali e sanitari del Comprensorio (corsi di breve durata, incontri di aggiornamento, ecc.). Si sono evidenziate tre sedi (Villa Agnesina, Castel Raniero, Fognano), ma altre certamente si potranno reperire anche in altri punti dell'area comprensoriale.

L'esperto di formazione permanente dell'équipe comprensoriale (vedi punto 5) coordinerà le diverse iniziative che si dimostreranno necessarie nella triplice direzione:

- di rapida qualificazione di nuovi operatori (cfr. collaboratrici familiari);
- di qualificazione specifica per operatori da destinare ai progetti 9, 10, 11 di questo Piano;

— di aggiornamento e di «inculturamento sociale e comprensoriale» per tutti gli operatori sociali, sanitari, scolastici che agiscono professionalmente nell'area comprensoriale.

Per la qualificazione di operatori da specializzarsi in sedi extracomprendoriali (ad es. medici del lavoro) opportuni rapporti potranno essere presi con le attuali sedi di formazione, predisponendo borse di studio «vincolate» (all'esercizio della professione nel Comprensorio per un dato periodo).

Per tutto il progetto di «formazione permanente» rapporti sistematici andranno instaurati con gli organismi disponibili a collaborare (Sedi universitarie, IRESS di Bologna, A.A.I., ecc.).

8) *Ente ospedaliero unico comprensoriale* — Per gli ospedali localizzati nell'area dei Comuni facenti parte del Comprensorio è essenziale la costituzione di un unico ente ospedaliero e di un unico Consiglio di Amministrazione, in attesa delle decisioni conseguenti alla prevista legge di riforma sanitaria.

Un unico organo politico-amministrativo — come auspicato nella mozione conclusiva di Brisighella — favorirà anche nel breve tempo un miglioramento dei servizi ospedalieri ed una loro qualificazione per il medio termine (conseguente alla riforma nazionale), evitando inutili duplicazioni e salvaguardando i diritti acquisiti dei lavoratori del settore. Inoltre potranno essere previste convenzioni con il Comprensorio, nel breve tempo, per la creazione di indispensabili servizi sanitari aperti (che utilizzino personale ed attrezzature dell'ente ospedaliero), equamente distribuiti nel territorio comprensoriale.

#### B) A livello di distretto.

9) *Centro sociale e sanitario di distretto* — E' questo il servizio prioritario (anzi un complesso di servizi integrati) da garantire ad ogni distretto: la sua presenza, oltre alle azioni quotidiane necessarie, permetterà di avviare concretamente:

- gli interventi di emergenza prioritari al singolo comprensorio (ad es. per i medici residenti o condotti);
- le due «azioni di prevenzione» auspiccate prioritariamente dalla Conferenza di Brisighella (indicate ai due punti successivi);
- garantendo nel contempo l'impegno unitario comprensoriale e la specifica aderenza alle esigenze e situazioni delle singole zone.

Elementi per la predisposizione di un «modello» di Centro sociale e sanitario, provenienti dagli uffici regionali, sono esposti di seguito e potranno costituire la base da cui dovranno partire la riflessione dell'équipe tecnica comprensoriale e l'indirizzo degli organi politici del Comprensorio.

I modi per pervenire progressivamente e realisticamente alla attuazione completa del Centro saranno diversi da distretto a distretto, anche per le diverse risorse (personale locale ed attrezzature) di partenza, ovvero per l'urgenza di certe situazioni di carenza (cfr. quanto detto per gli interventi di emergenza prioritari e diversi da zona a zona).

In via prioritaria — per evitare sprechi e per accelerare i tempi di concretizzazione — è necessario procedere, utilizzando i dati già raccolti per la Conferenza di Brisighella (sempre disaggregati per Comune) e solo se indispensabile acquisendone di nuovi, ad un inventario del personale disponibile già in ogni distretto, dei mezzi tecnici e delle strutture utilizzabili per un rapido avvio delle attività.

Alla responsabilità degli organi politici e tecnici del Comprensorio è affidata la progressiva riduzione degli evidenti squilibri tra distretto e di-

stretto, in particolare col destinare ai distretti più svantaggiati risorse finanziarie derivanti dalle leggi regionali o da convenzioni con altri organismi.

A livello esemplificativo iniziale, il Centro potrà essere costituito dal poliambulatorio e dall'équipe di operatori socio-sanitari di Distretto (un segretario sociale con funzioni prevalentemente di promozione e coordinamento, un assistente sociale con funzioni di aiuto psico-sociale alle famiglie e per concretizzare la deistituzionalizzazione, un educatore sanitario soprattutto destinato alla tutela dell'ambiente e della salute dei lavoratori).

Mentre per il poliambulatorio il personale sanitario andrà reperito utilizzando personale già in zona (nei servizi sanitari esistenti), personale a ciò destinato in base alla citata convenzione con l'ente ospedaliero comprensoriale e a convenzione con l'INAM, per l'équipe socio-sanitaria (oltre a personale eventuale già operante in altri servizi attuali, da riconvertire a nuove funzioni) si potrà puntare su convenzioni o accordi di fatto con diversi enti (locali e nazionali) che destinino o permettano di acquisire personale altrimenti oggi carente.

Il reperimento, la formazione (almeno integrativa a quella già ricevuta nelle specifiche sedi di formazione professionale) e l'aggiornamento del personale di questi Centri costituirà nel breve tempo, come si è già detto, lo impegno prioritario dell'équipe tecnica comprensoriale e la più proficua utilizzazione dei Centri di formazione permanente del Comprensorio sopra citati.

Per i locali (ove possibile tutti in un unico edificio, con un'azione itinerante ove l'insediamento umano sia sparso) necessari al Centro sociale e sanitario di Distretto, in ogni situazione si valuterà: se ne esistono riconvertendo in tutto o in parte attuali servizi, ovvero con affitto politico di edifici (o loro parti) di proprietà di enti assistenziali, ospedali o dei Comuni, o se esistano altrimenti edifici costruiti o in avanzata costruzione da utilizzare a tal fine. E' ovviamente impensabile, anche quando esistano le risorse finanziarie, puntare sulla costruzione ex-novo di edificio apposito, che rinvierebbe al di là dei tempi brevi di questo Piano, l'attuazione del Centro sociale e sanitario di Distretto.

Finanziamenti regionali, provinciali, degli enti locali, convenzioni con enti diversi dovrebbero pertanto rendere realizzabile nel breve tempo l'avvio del Centro in ogni distretto.

Oltre alla generale e quotidiana azione di prevenzione sanitaria e sociale propria dei servizi del Centro e all'attività prevista nel successivo punto 13, l'azione del Centro dovrà puntare decisamente all'attuazione di due azioni preventive: per la tutela dell'ambiente e della salute dei lavoratori — per la deistituzionalizzazione (degli anziani, dei minori, degli handicappati).

10) *Tutela della salute dei lavoratori e dell'ambiente* — In accordo costante con i Comitati di iniziativa e di controllo democratico (vedi intervento n. 3), ed in particolare con i Sindacati dei lavoratori, ed inoltre in accordo con le iniziative prese nel settore della Provincia di Ravenna (di cui si utilizzeranno soprattutto le attrezzature specialistiche), gli interventi verranno pianificati e coordinati a livello comprensoriale dagli organi politici e tecnici del Consorzio intercomunale (come si è detto un esperto in materia farà senz'altro parte dell'équipe tecnica comprensoriale).

A livello di distretto il poliambulatorio e l'educatore sanitario (appositamente qualificato a questi compiti specifici) costituiranno gli strumenti operativi di base, in stretto contatto con le forze sociali locali.

Le attrezzature di analisi saranno quelle dell'Amministrazione provinciale di Ravenna e quelle dell'Ente ospedaliero comprensoriale.

Per i finanziamenti si ricorrerà all'utilizzazione di quelli previsti da leggi regionali (la n. 10 dell'11-11-72) e dall'iniziativa provinciale nel settore.

11) *Politica assistenziale di deistituzionalizzazione* — L'obiettivo è di ridurre al massimo il ricorso al ricovero assistenziale (o parasanitario) dei cittadini in situazione di difficoltà personale e familiare, mettendo a loro disposizione invece altre risorse e servizi aperti.

L'assistente sociale di distretto dovrà particolarmente dedicarsi a questa azione, svolgendo interventi costanti di sensibilizzazione e chiarificazione nello ambiente locale (ove necessario), indirizzando gli interessati ai servizi alternativi (e promuovendoli ove assenti), facendo loro acquisire gli assegni mensili del « minimo vitale ».

La politica di deistituzionalizzazione si consegue con quattro azioni concomitanti:

- assistenza economica, per raggiungere il minimo vitale;
- indagini sugli attuali ricoverati, per precisare le cause del ricovero e le condizioni sine qua non per un eventuale « esodo »;
- alloggi sociali, per chi non abbia un conveniente alloggio proprio e non sia obiettivamente in condizioni di procurarselo sul mercato;
- servizio di assistenza domiciliare socio-sanitaria.

Per l'assistenza economica, si dovrà tendere al più presto — ove necessario con apposite convenzioni con gli enti interessati (ECA, OO.PP., ecc.) — a costituire una « cassa di compensazione » costituita da fondi di provenienza regionale e consortile, che sostituisca i diversi canali di erogazione oggi esistenti. Gli assegni mensili di assistenza economica dovranno avvicinarsi quanto più possibile al livello del « minimo vitale » (si veda la apposita scheda informativa), integrando anche le attuali pensioni sociali (o i minimi pensionistici inadeguati) o gli assegni assistenziali nazionali (per gli invalidi civili, per gli orfani, ecc.). Un'apposita regolamentazione per la assistenza economica, la più snella possibile e rispettosa degli assistiti, dovrà essere formulata dall'équipe tecnica e approvata dagli organi politici del Comprensorio.

Un'azione di indagine individuale e familiare andrà avviata — distretto per distretto, utilizzando (se ritenuto utile) anche l'apporto di tirocinanti dei Centri di formazione per operatori sociali o di specifici Corsi universitari — per appurare la situazione e le possibilità di soluzione alternativa al ricovero per gli attuali degenti di Case di riposo, Istituti educativo-assistenziali, I.M.P.P. e simili.

Costituisce impegno prioritario per gli attuali enti assistenziali (Comuni, ECA, Opere Pie) la destinazione di risorse soprattutto immobiliari loro proprie per la messa a disposizione degli « emarginati » di miniappartamenti (per anziani soli o in coppia, e per altre situazioni simili) e di maxiappartamenti (per gruppi di adolescenti, di handicappati, di anziani non autosufficienti, con personale adeguato).

L'assistenza domiciliare socio-sanitaria, della cui importanza si è andati rapidamente prendendo coscienza anche in Italia ma che è risolutiva solo se si affianca agli interventi testé citati, costituisce un impegno prioritario a livello di Distretto.

12) *Utilizzazione della trasformazione patrimoniale degli Enti Locali di Assistenza* — Nei Comuni del Comprensorio è stata operata o si sta operando una trasformazione patrimoniale da parte degli Enti Locali assistenziali (per effetto dell'alienazione dei poderi ai mezzadri conduttori). La conseguente disponibilità di risorse finanziarie permette nel breve termine:

- l'ammodernamento di immobili di detti Enti attualmente inutilizzati (o mal utilizzati o comunque non finalizzati agli interventi previsti negli orientamenti programmatici del Comprensorio), la costruzione o l'acquisto di edifici a mista utilizzazione (come sedi di servizi, per reddito da destinarsi all'assistenza economica ed alle spese di personale per i servizi sociali), per i quali interventi si allega una « proposta operativa » relativamente a Faenza;
- l'avvio e lo sviluppo di iniziative antisegregative (si veda: deistituzionalizzazione), mini e maxi-appartamenti, assistenza domiciliare;
- la devoluzione di risorse finanziarie (soprattutto di quelle derivanti, come si è detto, dall'affitto di alloggi) per il raggiungimento del « minimo vitale ».

Andrà anche valutato per gli enti assistenziali se esista personale, già qualificato o da riconvertire, da destinare soprattutto ai Centri di distretto (apposita convenzione potrebbe essere in tal senso fatta da detti Enti con il Comprensorio).

13) *Piano di distretto di miglioramento e sviluppo dei servizi* — La conclusione dell'azione di breve termine si potrà ritenere raggiunta quando a livello di ciascun distretto si sarà pervenuti a formulare un piano pluriennale di miglioramento e di sviluppo dei servizi sociali e sanitari (e possibilmente anche scolastici), coordinato ed integrato a livello comprensoriale.

E' auspicabile che nel frattempo si sia pervenuti in sede legislativa nazionale a varare le leggi di riforma sanitaria ed assistenziale, ed in sede legislativa regionale a costituire le unità locali dei servizi sanitari e sociali.

Il piano di distretto dovrà essere il risultato di una vasta azione di sensibilizzazione, di dibattito, di valutazione svolta a livello locale e che vedrà impegnati: le relative Amministrazioni comunali, gli organi di consultazione popolare, l'équipe di operatori socio-sanitari, le forze sociali e la popolazione tutta.

## STATUTO DEL CONSORZIO PER I SERVIZI SANITARI E SOCIALI DEL COMPRESORIO FAENTINO

Art. 1 - Al fine di promuovere, programmare e attuare in forma associata i servizi di base attraverso i quali viene erogata, ai cittadini residenti nel Comprensorio, l'assistenza sanitaria e sociale, con particolare riguardo alla prevenzione, a norma degli artt. 156 e seguenti del T.U. Legge Comunale e Provinciale, viene costituito un Consorzio tra i Comuni di Brisighella, Casola Valsenio, Castel Bolognese, Faenza, Modigliana, Riolo Terme, Solarolo e Trezozio, e le Province di Ravenna e Forlì.

La sede del Consorzio è stabilita nel Comune di Faenza.

### DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 2 - Il Consorzio, nell'esercizio delle funzioni previste dal presente Statuto e di quelle che gli derivassero in seguito a deleghe della Regione agli Enti locali, intende promuovere la partecipazione dei cittadini alla definizione dei programmi e alla gestione dei servizi ed assume come principi fondamentali per la sua attività:

a) il dettato costituzionale in materia di sicurezza sociale e di decentramento amministrativo, quale premessa al potenziamento delle autonomie locali, all'istituzione dell'U.L.S.S.S. e del Servizio Sanitario Nazionale;

b) le disposizioni normative in materia e le direttive programmatiche espresse dalla Regione Emilia-Romagna.

Art. 3 - L'attività del Consorzio si *realizza* essenzialmente nei seguenti settori:

- a) rilevamenti e interventi contro le cause di nocività ambientali, alimentari ed in genere di carattere igienico;
- b) organizzazione e gestione di servizi socio-sanitari rivolti a tutta la popolazione ed in particolare per la maternità e l'infanzia, per l'età evolutiva, per il lavoro, per gli anziani e per lo sport;
- c) organizzazione di servizi di medicina veterinaria;
- d) promozione e coordinamento di tutte le attività socio-sanitarie del territorio, secondo le finalità sopra previste.

Art. 4 - Ai fini del raggiungimento degli scopi di cui sopra, le Amministrazioni aderenti al Consorzio si associano per l'esercizio dei compiti loro spettanti per legge in ordine:

- a) all'Ufficio Sanitario Comunale;
- b) alle Condotte Sanitarie (mediche, ostetriche e veterinarie);
- c) all'Ufficio Veterinario Comunale;
- d) agli eventuali servizi o istituti integrativi della Provincia di cui agli artt. 92 e 93 del Testo Unico Leggi Sanitarie 27-7-1934, n. 1265;
- e) agli eventuali Centri per la lotta contro le malattie sociali di cui al D.P.R. 11-2-1961, n. 249;
- f) ai Dispensari e Centri di Igiene Mentale ed ai Servizi comunque denominati di prevenzione, cura e riabilitazione, in forma non ospedaliera, delle malattie nervose e mentali;
- g) ai servizi sociali previsti per legge o comunque diretti alla prevenzione dello stato di abbandono morale e materiale dell'infanzia e dei minori;
- h) ai servizi sociali previsti per legge o comunque diretti alla riabilitazione e al reinserimento sociale degli inabili e degli anziani.

Art. 5 - Il Consorzio ha durata fino alla istituzione delle Unità Locali dei servizi sanitari e sociali, esso si trasformerà nella o nelle Unità Locali previste dall'apposito piano territoriale regionale, sciogliendosi nei modi e nelle forme previste dagli artt. 167 e 168 della Legge Comunale e Provinciale 3 marzo 1934 n. 383 e della Legge istitutiva delle Unità Locali.

Art. 6 - Allo scopo di assicurare una più razionale ed equilibrata distribuzione dei servizi sociali e sanitari nel territorio, come articolazione subordinata e decentrata del Consorzio, potranno essere istituiti i Distretti sanitari.

Art. 7 - Il Consorzio è regolato dalla Legge Comunale e Provinciale, per tutto quanto concerne le funzioni dei suoi organi, le deliberazioni, la contabilità. La vigilanza sugli atti dell'Ente è esercitata dal Comitato Regionale di Controllo.

Art. 8 - Sono organi del Consorzio: l'Assemblea, il Consiglio direttivo, il Presidente, il Collegio dei Revisori dei Conti.

I componenti dell'Assemblea durano in carica quanto i Consigli che li hanno nominati.

Il Presidente del Consiglio Direttivo, uno o più componenti, possono essere revocati dal loro ufficio nel corso del mandato previsto dalla legge.

## L'ASSEMBLEA

Art. 9 - L'Assemblea consorziale è costituita da persone nominate dai rispettivi Consigli Comunali e Provinciali secondo le seguenti proporzioni: Comuni fino a 5.000 abitanti: 4 rappresentanti; Comuni da 5.000 a 15.000 abitanti: 7 rappresentanti; Comuni da 15.000 a 30.000 abitanti: 9 rappresentanti; Comuni con oltre 30.000 abitanti: 11 rappresentanti; Amministrazione Provinciale: 5 rappresentanti.

Ogni Comune deve comunque assicurare la presenza della minoranza.

Nel caso di adesione di più province, i 5 rappresentanti saranno ripartiti sulla base del numero degli abitanti delle province stesse interessate al Consorzio con un minimo di 1.

I Sindaci dei Comuni e i Presidenti delle Province, o loro delegati, sono membri di diritto dell'Assemblea.

Art. 10 - Sono compiti dell'Assemblea Consorziale:

a) adottare i provvedimenti e gli atti necessari al raggiungimento degli scopi previsti dall'art. 4;

b) nominare il Presidente del Consorzio;

c) nominare i membri del Consiglio Direttivo;

d) approvare il bilancio preventivo e il conto consuntivo dopo parere dei Consigli degli Enti consorziati e degli organi di consultazione popolare;

e) nominare i revisori dei conti;

f) proporre ai Consigli degli Enti consorziati le modifiche allo statuto del Consorzio;

g) stabilire l'organico del personale e deliberare il Regolamento previsto dall'art. 220 del T.U. della Legge Comunale e Provinciale, per disciplinare lo stato giuridico e il trattamento economico del personale;

h) proporre bozza di Regolamento Comunale di Igiene, da sottoporre all'approvazione dei Consigli dei Comuni aderenti;

i) proporre agli Enti consorziati lo scioglimento del Consorzio;

l) nominare i dipendenti ed assumere eventuali provvedimenti disciplinari nei loro confronti, nel rispetto del Regolamento interno e delle leggi vigenti;

m) deliberare in merito ad accordi e convenzioni con altri Enti per attività concernenti il Consorzio;

n) ricevere, discutere ed eventualmente deliberare, in ordine alle proposte, osservazioni e critiche formulate dagli Enti consorziati e dal Comitato di partecipazione popolare;

o) esprimere pareri alla Regione in merito agli interventi nel settore sanitario.

Art. 11 - L'Assemblea è convocata su iniziativa del Presidente, su richiesta del Consiglio Direttivo o di almeno un terzo dei componenti dell'Assemblea stessa, nonché su richiesta motivata del Comitato di partecipazione popolare, della o delle Province o di almeno tre Comuni consorziati.

Essa si riunisce almeno ogni tre mesi. L'Assemblea delibera a maggioranza assoluta dei presenti; le sue deliberazioni non sono valide se non interviene la metà dei membri che la compongono. Il Regolamento interno dell'Assemblea viene approvato a maggioranza assoluta dei suoi membri.

Art. 12 - Il Consiglio Direttivo si compone del Presidente e di 11 membri eletti dall'Assemblea fra i suoi componenti assicurando comunque la presen-

za della minoranza. Ogni Ente consorziato deve essere rappresentato nel Consiglio Direttivo. Sono attribuzioni del Consiglio:

a) la predisposizione del bilancio preventivo e del conto consuntivo, della pianta organica, nonché dei provvedimenti normativi dei servizi per la presentazione all'approvazione dell'Assemblea;

b) l'adozione delle deliberazioni che non rientrano nelle competenze dell'Assemblea, nonché, nei casi di comprovata urgenza, di quelle che ad essa competono, con riserva di ratifica quanto prima possibile e comunque nella prima riunione successiva dell'Assemblea stessa;

c) la proposta di assunzione, sostituzione di provvedimenti di qualsiasi natura, compresi quelli disciplinari, nei confronti del personale dipendente.

#### IL PRESIDENTE

Art. 13 - Il Presidente rappresenta il Consorzio; sta per esso in giudizio con l'autorizzazione del Consiglio Direttivo; convoca e presiede il Consiglio Direttivo e l'Assemblea Consorziale e provvede all'esecuzione delle deliberazioni da essi adottate; firma gli atti relativi alle riscossioni ed ai pagamenti. In caso di assenza o di impedimento è sostituito dal membro del Consiglio Direttivo più anziano di età.

#### SINDACI REVISORI

Art. 14 - Il Collegio dei revisori dei conti ha funzioni di vigilanza sulla regolarità dell'attività amministrativa del Consorzio ed in particolare del suo bilancio consuntivo, ed è composto da due membri eletti dall'Assemblea Consorziale, di cui uno in rappresentanza delle minoranze, e da un membro nominato dalla Giunta Regionale con funzioni di Presidente. Esso dura in carica tre anni.

#### COMITATO DI PARTECIPAZIONE POPOLARE

Art. 15 - Allo scopo di garantire la più ampia consultazione sarà istituito un Comitato di partecipazione popolare, con carattere consultivo, rappresentativo dei quartieri, degli Enti, pubblici e privati, organizzazioni e tecnici operanti nel settore e delle forze politiche e sindacali.

#### NORME TRANSITORIE PER IL PERSONALE

Art. 16 - Le funzioni del Segretario del Consorzio sono disimpegnate dal Segretario del Comune Capo-Consorzio o da altro dipendente dello stesso. Ad esso potrà essere corrisposto un assegno mensile stabilito dall'Assemblea stessa.

Art. 17 - Il Consorzio avrà personale sanitario, tecnico e amministrativo, che sarà costituito:

— da personale comandato dagli Enti consorziati, previo consenso delle rispettive Amministrazioni;

— da personale assunto con rapporto professionale convenzionato;

— da personale con incarichi speciali assunto a tempo determinato.

Il Consorzio si avvale del personale sanitario e amministrativo messo a disposizione dai Comuni e dall'Amministrazione Provinciale e si avvale, con apposite convenzioni, della organizzazione e delle strutture ospedaliere esistenti. All'occorrenza potrà assumere personale con incarichi speciali a tempo determinato o con convenzioni a rapporto professionale.

Con apposito provvedimento l'Assemblea potrà fissare eventuali indennità di carica al Presidente e ai Componenti il Consiglio Direttivo, nessun altro compenso è comunque a questi dovuto per attività o prestazioni inerenti l'esercizio del loro mandato.

I Servizi in cui si articola l'attività del Consorzio sono disciplinati secondo il principio dell'autonomia funzionale di ogni servizio, garantendo contemporaneamente la interdisciplinarietà, la mobilità del personale, nonché la possibilità che esso presti attività in più servizi.

#### FINANZIAMENTI

Art. 18 - Il finanziamento del Consorzio è assicurato dal versamento delle quote di contribuzione di ogni singolo Comune, fissato annualmente dalla Assemblea sulla base del bilancio preventivo, in misura proporzionale alla popolazione residente, mentre la Provincia contribuisce in misura corrispondente ad un terzo della spesa totale.

L'Assemblea, nel determinare tali quote, può fare eccezione ai criteri sopraindicati, in relazione al diverso livello dei servizi forniti inizialmente dai singoli Comuni e dalle Province.

Le quote annuali saranno versate a rate bimestrali anticipate.

Art. 19 - La Regione concorre alla istituzione ed al funzionamento del Consorzio, mediante un contributo che viene concesso in base a quanto disposto dalla Legge Regionale n. 10 dell'11 novembre 1972, istitutiva di un fondo per la prevenzione nei settori della medicina ed assistenza.

#### DISPOSIZIONI FINALI

Art. 20 - Per quanto non contemplato nel presente Statuto, si intendono applicabili norme del T.U. Legge Comunale e Provinciale e del T.U. leggi Sanitarie e relative modificazioni, nonché le leggi e i regolamenti generali vigenti in materia sanitaria e sociale.

Il presente Consorzio è delimitato attualmente dai territori dei Comuni di Brisighella, Casola Valsenio, Castel Bolognese, Faenza, Modigliana, Riolo Terme, Solarolo e Tredozio.

#### RELAZIONE TECNICO-AMMINISTRATIVA PER L'AVVIAMENTO DELL'ATTIVITÀ DEL CONSORZIO

Innanzitutto si fa riferimento alla mozione conclusiva, approvata dalla Assemblea Comprensoriale, nella Conferenza per la Programmazione dei Servizi Sociali e Sanitari, tenuta a Brisighella il 19 maggio 1973, sotto la Presidenza degli Assessori Regionali alla Sanità ed ai Servizi Sociali.

Inoltre ci si richiama ai seguenti altri documenti:

— « *Ipotesi per un Piano Comprensoriale a breve termine* », formulata dalla Commissione Comprensoriale di Studio per la programmazione dei Servizi in parola.

— « *Modello operativo dettagliato per i Servizi Sociali e Sanitari della Unità Locale* », formulato dalla stessa Commissione.

\* \* \*

Facendo riferimento agli studi sopraindicati, si rileva la necessità di intervenire nei seguenti servizi, indicati come prioritari dalla Conferenza sopra richiamata.

##### *Servizi promozionali*

- Equipe Comprensoriale di coordinamento;
- Centri Socio-Sanitari Distrettuali.

##### *Prestazioni socio-sanitarie*

- Servizi per l'infanzia;
- Servizi per la gioventù;

- Medicina del lavoro;
- Medicina dell'ambiente;
- Servizio di assistenza domiciliare;
- Assistenza economica;
- Servizi veterinari.

Allo scopo sia di conseguire un risparmio nelle spese, sia di assicurare la collaborazione degli Operatori in servizio presso i vari Enti, si ritiene opportuno avvalersi, per l'attività ai vari livelli, di prestazioni — per quanto possibile — di detto personale. A tale riguardo, per assicurare una azione valida e qualificata, sarà opportuno assicurare la collaborazione, già in atto, di Enti operanti nel settore, in particolare dell'A.A.I. che ha validamente collaborato nella elaborazione degli studi di programmazione sopracitati.

Per l'attuazione dei servizi di cui sopra, si procederà con organizzazione a livello distrettuale, ripartendo in distretti il territorio comprensoriale.

In ogni distretto si prevede inizialmente la costituzione di una équipe di base, formata da un medico e un assistente sociale, che dovrà costituire il primo gruppo di operatori del Centro socio-sanitario di Distretto.

Nei distretti ove sono assicurati soltanto i servizi elementari di igiene e sanità pubblica, l'équipe dovrà procedere alla organizzazione razionale dei Servizi Sociali e Sanitari, secondo le indicazioni dell'Assemblea Consorziale, ed operare come nucleo promozionale degli altri servizi non ancora esistenti (in particolare i servizi della medicina dell'ambiente, scolastica e del lavoro). Nei distretti ove siano già in atto alcuni dei servizi sopra indicati, con gli operatori esistenti — eventualmente integrati per i settori scoperti — si dovrà procedere all'armonizzazione dell'attività secondo i programmi del Consorzio.

Per quanto riguarda il personale, si provvederà:

a) avvalendosi del personale già esistente nei vari Distretti, in quanto in servizio presso i Comuni e altri Enti pubblici;

b) mediante convenzione con liberi professionisti, particolarmente per quanto riguarda le visite mediche sia a livello pediatrico, che di medicina scolastica e medicina del lavoro;

c) stipulando convenzioni con Enti pubblici operanti nel territorio, soprattutto per le prestazioni specialistiche comportanti uso di particolari attrezzature e per le prestazioni di laboratorio.

Al riguardo si ritiene opportuno precisare che le convenzioni — in particolare quelle con gli Enti Ospedalieri — sono state previste, benché ridotte al minimo indispensabile (attrezzature ed alcune prestazioni specialistiche), per assicurare la possibilità di avviare operativamente al più presto il programma di lavoro, che vuole essere a breve termine.

Si vuole tuttavia ribadire che questo accorgimento, valido per predisporre un primo piano di lavoro, non costituisce un indirizzo di azione del Consorzio che dovrà invece tendere ad una propria struttura, tale da prefigurare la futura unità locale dei servizi socio-sanitari.

Per le esigenze di cui sopra, si prevede la seguente spesa per personale tecnico, amministrativo ed attrezzature, in ragione annua: spesa che viene suddivisa in due parti, la prima relativa ai servizi promozionali a livello centrale e distrettuale, la seconda relativa alle prestazioni socio-sanitarie.\*

... *omissis* ...

---

\* Per esigenze di spazio, si omettono le tabelle con i dati dettagliati, limitandosi a riportare quelli riassuntivi. Le Amministrazioni comunali interessate possono richiedere al Comune di Faenza le cifre omesse.

## PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

Nella presente relazione il servizio veterinario, che fa parte integrante delle prestazioni socio-sanitarie, viene trattato a parte solo per comodità espositiva.

Per evidenziare il collegamento e la continuità delle attività nel complesso settore dei servizi socio-sanitari, prima di definire le iniziative che si intendono portare avanti nell'ambito dei servizi preventivi, si ritiene opportuno un brevissimo richiamo ai servizi d'istituto.

### 1) Servizi d'istituto:

Provvederanno gli uffici competenti dei singoli Comuni, armonizzando la loro attività alle indicazioni dell'Assemblea Consorziale.

### 2) Servizi preventivi:

a) *Prestazioni di base*: assistenza economica, segretariato sociale, servizi per l'infanzia, medicina scolastica, medicina del lavoro e dell'ambiente, centri di addestramento e istruzione professionale aperti agli handicappati, servizi alternativi da approntare per evitare l'attuale processo di istituzionalizzazione (mini-appartamenti, assistenza domiciliare, gruppi-famiglie, soggiorni estivi per anziani e per minori).

Per l'allestimento di queste prestazioni si opererà per singoli distretti, in accordo con le iniziative in atto nei rispettivi Comuni.

Per la determinazione degli oneri da sostenere si farà riferimento al numero dei presunti utenti dei singoli servizi.

b) *Prestazioni specialistiche*: per un intervento qualificato nei vari settori e per i necessari approfondimenti, gli operatori dei servizi di base potranno avvalersi della collaborazione specialistica o mediante costituzione di apposite équipes (vedi servizio medico-psico-pedagogico) o mediante convenzioni con Enti e Istituti specializzati (vedi medicina specialistica e centri di educazione psico-motoria).

Nella determinazione dei costi di molte delle prestazioni di seguito indicate, non avendo a disposizione altri elementi di valutazione, si farà riferimento ai costi accertati nel Comune di Faenza e in altri Comuni del Comprensorio per servizi analoghi, organizzati negli anni scorsi.

*Nel primo periodo di attività del Consorzio, sarà necessario fare riferimento alle strutture disponibili esistenti; gradualmente, con l'attivazione dei Centri Medico-Sociali di distretto, tutte le prestazioni specialistiche indicate saranno ovviamente assorbite dai singoli Centri.*

... omissis ...

## SERVIZI VETERINARI

Uno dei compiti precipui del servizio veterinario, oggi più di ieri e certamente domani più di oggi, è quello di tutelare la salute del cittadino, sorvegliando e seguendo la produzione, la lavorazione, il trasporto, la conservazione e la distribuzione dei fondamentali elementi dell'alimentazione umana (carne, pesce, latte, uova). Oltre a ciò il servizio veterinario è chiamato a svolgere altri compiti di ordine sanitario (profilassi e lotta alle malattie infettive in genere), con particolare riguardo alle malattie infettive trasmissibili dall'animale all'uomo e viceversa (zoonosi) o di ordine zoo-economico (tecnologia per il miglioramento delle produzioni animali).

Il veterinario di oggi o è igienista o è inserito come elemento fondamentale nel quadro della produttività animale e come tale assume quindi importanza decisiva in una attività economica di rilevanza primaria. L'attività del Veterinario Igienista è orientata in due direzioni:

1) alimentazione (quindi, in primo luogo, macello per la produzione della carne-alimento e frigoriferi per la conservazione);

2) malattie infettive.

I Veterinari Igienisti del Consorzio dovrebbero essere impegnati a tempo pieno e dovrebbe essere loro inibito l'esercizio della libera professione; tuttavia, dovendo assicurare agli allevatori l'assistenza zoiatrica, questi Veterinari avranno l'obbligo di rispondere alle eventuali richieste di assistenza da parte di proprietari di animali, qualora Veterinari liberi professionisti siano momentaneamente irreperibili.

Per certe operazioni, quali le grandi profilassi (risanamento tubercolosi e brucellosi, vaccinazioni afta, peste suina, ecc.) si potrà occasionalmente ricorrere alla collaborazione di liberi professionisti, convenzionandoli a tempo pieno o assumendoli a tempo parziale, secondo le necessità.

L'organico del personale del Consorzio, per i Servizi Veterinari, dovrebbe essere il seguente: 1 Capo dei Servizi Veterinari - Coordinatore del Consorzio, necessariamente scisso dalla figura del Direttore del Macello; 1 Direttore del Macello - Vice Capo dei Servizi Veterinari; 8 Veterinari Igienisti; 1 Veterinario Laboratorista: elemento indispensabile per il servizio di macellazione del Consorzio.

... *omissis* ...

#### RIEPILOGO SPESE

	Spesa già sostenuta dal Comuni	Spesa di nuova istituzione	TOTALE SPESA
<i>Servizi promozionali</i>			
● Equipe Comprensoriale di Coordinamento	---	22.900.000	22.900.000
● Centri Socio-Sanitari Distrettuali	20.250.000	51.685.000	71.935.000
<i>Prestazioni socio-sanitarie</i>			
● Servizi per l'infanzia	6.250.000	5.300.000	11.550.000
● Servizi per la gioventù	14.000.000	41.265.000	55.265.000
● Medicina del Lavoro	2.965.000	16.720.000	19.685.000
● Medicina dell'ambiente	7.000.000	5.530.000	12.530.000
● Servizio assistenza domiciliare agli anziani	—	33.600.000	33.600.000
● Servizi di assistenza economica	—	20.000.000	20.000.000
● Servizi veterinari	62.317.000	16.545.000	78.862.000
<i>Totale in ragione annua</i>	<i>112.782.000</i>	<i>213.545.000</i>	<i>326.327.000</i>

Pertanto la spesa ammonterà, per i primi 3 anni, a Lire 978.981.000 (Lire 326.327.000 x 3).

**SPERIMENTAZIONE DI POLITICA LOCALE  
DEI SERVIZI SOCIALI**

Comune di MIRANO (Venezia)  
Documentazione presentata da SILVANA GIRALDO  
assistente sociale

L'esperienza di politica locale dei servizi sociali e sanitari di cui si presentano in sintesi caratteristiche e problematiche ha avuto inizio nell'autunno 1971 in base ad una convenzione stipulata tra Comune, E.C.A., Casa di Riposo Asilo Mariutto, Ospedale Generale Provinciale di Mirano (Venezia), costituiti in comitato, e la Scuola Superiore di servizio sociale di Venezia che di tale esperienza ha assunto la responsabilità tecnica.

## MIRANO — SITUAZIONE SOCIO-ECONOMICA

Comune di 22.000 abitanti circa, è situato, entro un raggio di circa 8 Km., in zona limitrofa alle grosse concentrazioni produttive di Mestre-Marghera-Venezia. Nel territorio comunale è presente un centro urbano di ab. 10.000 circa e cinque centri frazionali (Zianigo, Scaltenigo, Ballò, Campocroce e Vetrego) con popolazione variante da 4000 a 1250 ab. ca. oltre ad un grande numero di abitazioni sparse e limitati raggruppamenti abitativi.

Nel contesto territoriale veneziano, Mirano svolge un ruolo prevalentemente residenziale e terziario sia per la vicinanza ai centri di produzione, che permettono tempi di pendolarità assai ridotti, sia, e soprattutto, per la buona qualità del suo habitat e la presenza di grandi parchi alberati e spazi verdi.

Fino agli anni cinquanta la maggioranza della popolazione miranese era impiegata nell'agricoltura. Con lo sviluppo industriale di Porto Marghera e l'insediamento o potenziamento di piccole e medie aziende (mobilitici, scopifici, tipografie, ecc.) nel territorio comunale, la popolazione (al 1968) risulta: per il 55,4% impiegata nell'industria; per il 37,9% nel settore terziario; per il 6,7% in agricoltura.

Notevole sviluppo infatti hanno avuto e hanno le attività terziarie anche a livello comprensoriale per la presenza in Mirano di due grosse strutture di servizi, quali l'Ospedale generale provinciale, la Casa di riposo A. Mariutto.

Dal 1968 ad oggi, per il ristagno occupazionale, che ha interessato la zona industriale di P. Marghera, i bassi salari, l'alto costo degli alloggi in aree urbane, si è andato rafforzando un fenomeno che si ipotizzava dovesse gradatamente scomparire, quello del part-time. Ciò comporta per gli operai rimanere nel proprio fondo e nella propria abitazione rurale, non impegnandosi attivamente nell'agricoltura, favorendo il processo di senilizzazione e femminilizzazione della stessa.

## SITUAZIONE POLITICO-AMMINISTRATIVA

Nelle elezioni amministrative del 1970, per effetto di una scissione avvenuta nel 1968 nel partito di maggioranza relativa (consiglieri della sinistra D.C., aclisti, costituiscono un nuovo gruppo partitico detto Azione democratica popolare), si forma una giunta cui fanno parte rappresentanti del PSI, PCI, ADP. Il fatto è di notevole rilevanza politica, essendo la popolazione da sempre legata alla DC e di tradizione prettamente cattolica.

## INTERVENTI DI POLITICA SOCIALE

Gli interventi amministrativi più significativi della nuova maggioranza, con particolare riferimento alla politica sociale, riguardano:

- la predisposizione di strumenti urbanistici per l'insediamento di case economiche e popolari (legge 167) in zone vicine al centro abitato;
- la graduale attuazione delle proposte indicate dal programma di fabbricazione e dai piani zionali tese a salvaguardare il territorio agricolo e a ridurre il fenomeno delle abitazioni sparse (che interessa circa il 50% della popolazione dell'intero Comune) riconoscendo che gli insediamenti sparsi non consentono alcuna prospettiva urbanistica e determinano la segregazione e l'isolamento degli abitanti;
- la creazione dei demani nei diversi centri frazionali, quale risposta alle esigenze emergenti dai cittadini di abitazioni proprie, unifamiliari, proponendo in alternativa alla costruzione indiscriminata nel territorio, lo insediamento abitativo nelle zone frazionali di residenza;
- l'assegnazione dei demani alla popolazione, con l'apporto di valutazione e decisione dei consigli di quartiere;
- il potenziamento e l'ampliamento delle infrastrutture sociali, specie quelle di appoggio alla famiglia (asili-nido - scuole d'infanzia) e per un nuovo habitat (acquisto di ville, con relativi parchi da destinare a centri culturali e/o centri civici, e verde pubblico attrezzato, ecc.);
- intervento nel campo dell'edilizia scolastica (Mirano è stata individuata dall'Amministrazione provinciale di Venezia quale sede di distretto scolastico) con nuovi plessi specie nei centri frazionali; trasporto gratuito alunni; buoni libro, ecc.;
- la attuazione del decentramento amministrativo con la costituzione dei consigli di quartiere (due per il centro e cinque per i centri frazionali, aventi, tra altre, le attribuzioni « di costante rilevamento dei bisogni delle comunità », « formulare concrete indicazioni per la realizzazione dei servizi sociali e delle infrastrutture collettive », « partecipare con pareri e proposte alla collaborazione ed attuazione della politica urbanistica e ad ogni altro intervento che interessi l'assetto territoriale ed edilizio del quartiere, ecc. »).

## INTERVENTI DI POLITICA SOCIALE: PROBLEMI ASSISTENZIALI

Per i problemi più specificamente assistenziali, per coglierne le cause, anche a livello locale, e ipotizzare interventi adeguati, si avviava nell'autunno 1971 un dibattito tra gli amministratori comunali e gli amministratori degli altri enti della comunità (in particolare l'ospedale, la casa di riposo « A. Mariutto », l'E.C.A.) e alcuni responsabili della Scuola superiore di servizio sociale di Venezia (che aveva già dal 1970 iniziata la collaborazione con comuni e consigli di quartiere per l'approfondimento teorico e la sperimentazione di interventi di politica locale dei servizi).

Dal dibattito scaturiva quale decisione immediata:

a) la necessità di costituire un comitato tra l'Amministrazione comunale, l'E.C.A., la casa di riposo A. Mariutto, l'ospedale, quale strumento per un primo coordinamento di diversi interventi assistenziali di competenza degli enti operanti nella comunità.

Con tale iniziativa il comitato si proponeva di utilizzare spazi legislativi e amministrativi possibili al fine di superare la frammentarietà e settorialità degli interventi e sperimentare nuove risposte ai bisogni emarginati dei cittadini. L'operare secondo tali indicazioni poteva inoltre assumere valore anticipatorio delle riforme, capacità di spinta per la loro realizzazione nonché riappropriazione di potere da parte delle forze locali, ove il Comune, quale ente autarchico territoriale, democraticamente fondato, veniva indicato quale ente con la funzione precipua di attuare interventi di politica locale dei servizi. In assenza delle auspiccate leggi di riforma, gli altri enti del comitato avrebbero dato un proprio contributo di competenza, personale, risorse finanziarie, per rendere possibili taluni interventi;

b) l'incarico alla Scuola superiore di servizio sociale di Venezia, per uno studio sulla situazione assistenziale della comunità (problemi e risposte prevalenti), sulle risorse esistenti, con particolare specifico riferimento a quelle finanziarie e ai beni degli enti costituenti il comitato.

Inoltre, poiché si riteneva molto importante non staccare il momento della ricerca da quello operativo, sia per la gravità dei problemi assistenziali che richiedono tempestive soluzioni, sia per la possibilità di una verifica e rispondenza delle esigenze locali, di certe soluzioni cosiddette alternative (ad es. contributi economici sostitutivi di forme diverse di ricovero), iniziava ad operare presso il Comune un gruppo di studenti assistenti sociali, per la sperimentazione del servizio sociale professionale.

Come si andrà specificando meglio nella valutazione dell'esperienza, questo servizio ha avuto, specie nei primi mesi della sperimentazione, non solo un ruolo di osservazione dei problemi, d'interpretazione più ampia dei dati offerti dalla documentazione esistente presso gli enti, ma anche una funzione promozionale nei confronti dei funzionari degli enti, e di talune forze politico-amministrative che è stato più facile coinvolgere in un processo critico dell'attuale situazione assistenziale, affrontando e risolvendo in modo non discriminante, situazioni concrete.

## SITUAZIONE ASSISTENZIALE: PROBLEMI E RISPOSTE

Lo studio (di cui al punto b) è stato effettuato utilizzando in modo prevalente la documentazione esistente presso gli enti del comitato o operanti nella comunità. I dati ricavati hanno pertanto offerto più un quadro generale delle prestazioni assistenziali erogate che dei bisogni della popolazione, che peraltro risultano essere (analizzando anche le richieste di intervento al servizio sociale professionale) di gran lunga maggiori.

Dai dati emerge che: il 3,14% della popolazione di Mirano risulta rivolgersi, per lo più in modo continuativo, ad enti assistenziali (compreso il Comune). Dei minori da 0 ai 14 anni risultano essere assistiti il 6,28% della popolazione; degli anziani, dai 65 anni in su, il 9,37%.

Altri dati significativi quelli relativi alle prestazioni: 100 le persone (tra anziani e minori) ricoverate in istituto; 221 le persone cui vengono erogati sussidi (molti in buoni da L. 2/5.000); 59 i nuclei familiari assistiti da uno o più enti assistenziali (interventi contemporanei a membri diversi o ad un unico membro da parte di più enti, senza tener conto — come è prassi usuale degli enti — della globalità e specificità dei bisogni del nucleo).

Questi ed altri dati relativi alla popolazione assistita, sono stati rappor-

tati alla popolazione, per classi di età, residente nei diversi centri frazionali del Comune, allo scopo di cogliere le correlazioni esistenti tra situazione socio-economica, situazione abitativa, servizi della zona e problemi assistenziali. Contemporaneamente procedeva infatti il censimento dei servizi sociali esistenti nell'ambito della comunità, della situazione abitativa (esaminando la documentazione esistente presso l'ufficio sanitario comunale e gli studi precedenti del C.O.S.E.S. per la formulazione del P.R.G. e del programma di fabbricazione), i « costi » delle risposte assistenziali (per gli enti del comitato) con l'esame, a questo proposito (per il Comune, in particolare) di voci del bilancio anche non dichiaratamente indicate come « assistenza ».

Dall'analisi delle richieste di intervento al servizio sociale professionale si ricavava, a conferma dell'interpretazione dei dati, che le richieste di ricovero e i ricoveri già attuati, avevano quali cause determinanti: la presente situazione economica (per l'inadeguatezza delle pensioni), le condizioni abitative (dallo studio per il P.R.G. e per il P. di F. 2.500 vani erano stati giudicati pessimi, 1.500 vani circa insufficienti), le condizioni sanitarie. Condizioni sanitarie precarie e disservizi sanitari, difficoltà di trovare occupazione per persone con lievi e gravi handicaps, donne, giovani, risultavano essere le cause ricorrenti della richiesta di aiuti economici temporanei o continuativi.

#### **OBIETTIVI E INDICAZIONI PROGRAMMATICHE A BREVE E LUNGO PERIODO**

Il comitato, prendendo atto e valutando la situazione assistenziale della comunità (come era emersa dallo studio condotto dalla Scuola di servizio sociale), riteneva opportuno indicare — in un documento presentato e discusso in una assemblea comprendente tutti i consigli di amministrazione degli enti del comitato e consigli di quartiere — gli obiettivi generali dell'intervento:

- potenziare tutti quegli interventi sociali e sanitari che tendono a prevenire situazioni di disagio, di abbandono, di emarginazione e rimuovere le cause che costituiscono di fatto una remora al conseguimento di una sostanziale eguaglianza fra tutti i cittadini;
- favorire il sorgere di servizi sociali e sanitari tali da rispondere ai bisogni generali della popolazione (e non a categorie) usufruibili da tutti i cittadini e per i quali detti servizi dovrebbero costituire un diritto;
- ridurre la pratica del ricovero (in istituti, collegi, case di riposo, ecc...) favorendo il sorgere di « servizi aperti » (servizi domiciliari, ambulatoriali, ecc. ...);
- prevedere opportune integrazioni tra prestazioni sociali e sanitarie così da permettere una considerazione globale e unitaria dei bisogni delle persone, divisi oggi artificiosamente per la presenza di strutture distinte;
- favorire la partecipazione, controllo e gestione dei servizi sociali e sanitari da parte di tutti i cittadini.

Per l'attuazione di tali obiettivi si prevedevano due momenti di intervento, uno realizzabile in tempi brevi, potendo contare sulle attuali competenze amministrative e concrete possibilità economiche degli enti, (dove elemento determinante veniva ad essere la volontà politica degli enti a procedere sulla linea del coordinamento e unificazione delle risorse in opposizione alla tradizionale logica dell'istituzione); l'altro in tempi più lunghi

essendo richiesta una conoscenza più ampia dei problemi da risolvere, un coinvolgimento sistematico delle varie forze locali e della popolazione, nonché modifiche strutturali non sempre possibili a livello locale.

Il programma in tempi brevi riguardava l'attuazione di:

1) *servizi collegati alla scuola* così da ridurre progressivamente certe possibilità di emarginazione e coinvolgere — sul concreto dei problemi scolastici, sanitari, di struttura — la popolazione.

In concreto ciò doveva tradursi in:

1.1 un miglioramento del servizio di medicina scolastica utilizzando i servizi specialistici dell'ospedale civile oltre che i servizi sanitari dell'Amministrazione comunale;

1.2 promuovere interventi di educazione sanitaria della popolazione (utilizzando a questo proposito e le strutture decentrate del Comune — i consigli di quartiere — e i tecnici dell'ospedale);

1.3 potenziare e qualificare il servizio di doposcuola prevedendo una partecipazione maggiore, nella indicazione degli obiettivi generali e nei contenuti, dell'amministrazione comunale, dei consigli di quartiere, della popolazione, accettando che per tradizione e per oggettive carenze di personale da parte della amministrazione comunale, la gestione fosse del patronato scolastico.

Altri interventi quali il trasporto gratuito alunni, i buoni libro per i minori della scuola media, erano già in atto o in avanzata programmazione.

2) *Servizi sociali di base*, quali:

2.1 servizio sociale professionale con l'assunzione di un assistente sociale da parte del Comune con lo scopo di:

- individuare le diverse situazioni di bisogno e intervenire con gli interessati per la ricerca di soluzioni adeguate, nell'utilizzazione delle risorse presenti nella comunità e in coerenza con gli obiettivi generali indicati;
- coordinare i servizi di assistenza economica e di assistenza domiciliare che si indicano in seguito;
- collaborare con gli altri operatori degli enti del comitato e di altri enti operanti nella comunità per l'analisi dei bisogni della popolazione e la formazione di proposte adeguate;
- svolgere azione promozionale (in collaborazione con gli altri operatori, gruppi, consigli di quartiere, ecc.) al fine di contribuire ad un cambiamento di mentalità nel considerare i problemi e le risposte istituzionali (concezione del bisogno, messa in discussione delle risposte segreganti, ecc.) e nel promuovere presa di coscienza e partecipazione da parte della popolazione.

2.2 *Servizio di assistenza economica*: con lo scopo di intervenire con contributo adeguato:

- in situazioni di difficoltà di carattere temporaneo, per casi di urgenza;
- in situazioni presumibilmente non risolvibili in tempi brevi (anziani con pensioni inadeguate, famiglie problema con minori, invalidi, ecc.) dove, interventi economici che assicurino il minimo vitale, possono impedire il deterioramento della situazione, nonché prevenire il ricovero;
- come alternativa al ricovero, in situazioni in cui la richiesta dello stesso è motivata, in modo prevalente, da problemi economici.

Ciò comporterà:

- la definizione di taluni criteri oggettivi per l'individuazione dei fruitori della prestazione, con la consapevolezza peraltro della reale difficoltà di individuare in tal senso elementi certi e definitivi;
- l'individuazione di prestazioni economiche differenziate secondo un parametro standard che garantisca il minimo vitale, tale da offrire concrete possibilità di soluzione alle situazioni-problema così da facilitare « l'uscita » dal circuito assistenziale delle persone in difficoltà;
- l'unificazione delle risorse economiche dell'Amministrazione comunale, l'E.C.A. con eventuale apporto finanziario dell'Asilo Mariutto, da gestire secondo i criteri concordati e con gli obiettivi generali del programma. L'assistente sociale, l'impiegato dell'E.C.A. ed eventuali altri impiegati dipendenti del Comune sono gli operatori del servizio.

2.3 Servizio di assistenza domiciliare per garantire alle persone in difficoltà una serie di prestazioni (disbrigo faccende domestiche, aiuto per la preparazione dei pasti o gli acquisti, accompagnamento minori o anziani...) usufruibili presso la propria abitazione così da permettere alle persone di rimanere nel loro ambiente ed evitare il ricovero se non indispensabile.

Per avviare tale servizio (non conoscendo ancora l'ampiezza del bisogno e ipotizzando talune iniziali difficoltà di ordine culturale nell'accettazione dello stesso) si prevedeva l'assunzione di una sola collaboratrice a tempo pieno (il cui lavoro poteva essere coordinato dall'assistente sociale), da parte dell'Amministrazione comunale, con l'eventuale apporto finanziario dell'Asilo Mariutto oppure, per un periodo di tempo limitato, a titolo di sperimentazione, occupare per tale servizio una persona già dipendente dell'Asilo Mariutto.

In tempi successivi, comunque non lunghissimi, essendovi già una prima individuazione dei servizi necessari e delle risorse finanziarie occorrenti, si prevedevano:

- *servizi per garantire abitazioni* adeguate a persone in difficoltà (mini-alloggi per anziani soli e coppie, invalidi, giovani soli, madri sole con figlio, eventuali case-albergo, servizi collettivi di mensa, lavanderia, ritrovo...).

Ciò era possibile, con il reinvestimento del capitale ricavato dalla vendita, in parte già avviata, di terreni, abitazioni rurali ed altri immobili, da parte dell'Asilo Mariutto;

- *servizi sanitari aperti* (assistenza domiciliare sanitaria oltre che domestica, poliambulatori con servizi di riabilitazione per anziani, infortunati, ecc...) da parte dell'ospedale e in collaborazione con gli altri enti, per potenziare, oltre che l'assistenza curativa, anche quella preventiva e riabilitativa;

Ciò si auspicava di rapida attuazione essendo avviate da tempo le pratiche per il passaggio dalla casa di riposo A. Mariutto all'ospedale, di un reparto (denominato reparto C) in cui sono collocati per lo più anziani malati. Il trasferimento del reparto all'ospedale avrebbe comportato una sua riorganizzazione come reparto lungodegenti e una possibile sperimentazione di servizi ambulatoriali;

- *servizi di informazione e promozione* che utilizzando i servizi presenti o da avviare nella comunità (il giornale, la biblioteca, incontri-dibattito), affrontassero in modo capillare e in forme non episodiche il problema della divulgazione dell'informazione, così da rendere possibili forme ef-

fettive di partecipazione, controllo e gestione dei servizi da parte dei cittadini.

In particolare: un servizio pubblico per l'informazione in campo legale, del lavoro, della formazione, dell'abitazione, dei servizi, ecc. (con proprio personale e con la collaborazione sistematica di persone e strutture competenti) così da rispondere in modo pertinente e tempestivo a esigenze ampiamente sentite dalla popolazione.

#### ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA - DIFFICOLTÀ INCONTRATE - CONSIDERAZIONI PROBLEMATICHE GENERALI

Dei servizi programmati dal comitato solo alcuni hanno trovato a tutt'oggi puntuale realizzazione. Ciò è dipeso da difficoltà di ordine politico-amministrativo, legislativo, finanziario, culturale, di personale.

Con riferimento ai programmi a breve e lungo periodo:

- *dei servizi collegati alla scuola* (medicina scolastica, educazione sanitaria, doposcuola) ha trovato attuazione il servizio di medicina scolastica e di doposcuola per alcune classi della scuola dell'obbligo, ma senza i miglioramenti auspicati. Ciò è dipeso, in modo rilevante, dalla rigida osservanza alla normativa da parte dei responsabili della scuola e da una scarsa disponibilità alla collaborazione, al mettere in discussione la propria competenza da parte del personale insegnante. Ciò è emerso particolarmente a livello di dibattito e attuazione dei doposcuola dove tra i responsabili dell'Amministrazione comunale (politici e tecnici) e gli insegnanti presenti nel consiglio di amministrazione del patronato scolastico, si sono evidenziate posizioni divergenti sul significato da dare al servizio, sul ruolo delle forze locali (in particolare dei consigli di quartiere), sulla partecipazione della popolazione.

Con queste esperienze si è avuta una ulteriore conferma di quanto sia difficile da parte degli enti locali non solo gestire ma anche provocare un qualche cambiamento in quei servizi rivolti alla comunità (per i quali l'amministrazione comunale eroga contributi spesso rilevanti) se l'organizzazione e la gestione rimangono alla struttura centralizzata.

Proprio in riferimento alla esperienza di Milano, sembra poter affermare che, se a livello di comunità, di operatori della scuola non è presente una analisi critica dell'attuale situazione scolastica, con tentativi innovativi dall'interno della struttura stessa, l'ente locale ha possibilità di entrare nel merito dell'organizzazione e dei contenuti della scuola, solo assumendo direttamente la gestione di taluni servizi.

Ampio spazio rimane ovviamente per tutti quegli interventi tesi a promuovere una maggior presa di coscienza da parte della popolazione sui problemi educativi, scolastici, generali e specifici.

Proprio con questo obiettivo hanno orientato i loro interventi, nell'ultimo anno, i consigli di quartiere.

- Altri servizi collegati alla scuola (medicina scolastica, educazione sanitaria), i servizi sanitari aperti, richiedevano l'apporto dell'ospedale generale. Dei servizi previsti si è attuato quello della medicina scolastica, per il quale vi erano state precedenti convenzioni tra comune e ospedale. Considerando le difficoltà incontrate, le lentezze in cui si è incorsi nell'ottenere la collaborazione dell'ospedale, si può dire che, nonostante

la volontà politica dichiarata dall'amministrazione ospedaliera, di voler attuare interventi extramurali per la sperimentazione dei servizi preventivi o riabilitativi, le strutture ospedaliere sono di fatto prigioniere della logica aziendalistica che le caratterizza, della funzione prettamente di cura che il sistema sanitario loro delega. Forse è possibile provocare un cambiamento formulando sì richieste circostanziate all'amministrazione, ma anche prevedendo contatti sistematici con gli operatori sanitari, predisponendo all'esterno certi strumenti di personale, attrezzature, ecc. (ad es. per l'educazione sanitaria), capaci di avviare questi interventi esterni.

— *Servizi sociali di base*: tutti e tre i servizi sono stati attuati, in modo molto parziale quello di assistenza domestica domiciliare.

I più grossi problemi si sono incontrati per il servizio di assistenza economica. Per gli interventi contributivi sostitutivi di ricovero non vi sono state difficoltà (per talune situazioni l'intervento è risultato improponibile dato il deterioramento della situazione) salvo una maggiore richiesta del servizio, specie da parte della popolazione anziana. Ciò ha confermato che di norma viene richiesto il ricovero solo perché mancano altre soluzioni.

I problemi che richiedono sostegni economici continuativi sono risultati molto ampi in rapporto alle possibilità finanziarie degli enti preposti.

E' risultato esservi — come era ovvio — una stretta interdipendenza tra livelli pensionistici, lentezze burocratiche nell'erogazione delle pensioni (la media di 1 anno e più di attesa della pensione deteriora le situazioni familiari e ne fa ricadere il peso sulle comunità locali) e bisogni economici; così il problema dell'occupazione (delle donne, dei giovani, ecc.) e della sottoccupazione.

Ora non potendosi, di fatto, a livello locale, affrontare e risolvere adeguatamente i bisogni primari di una parte della popolazione, si corre il rischio, nell'attuare interventi correlati di politica locale di servizi, di dare risposte soddisfacenti solo a una fascia della popolazione e non ai cosiddetti emarginati.

Altre difficoltà vi sono state, d'ordine culturale e strutturale, nel tentativo intrapreso dal Comune di riappropriarsi di parte del potere che aveva delegato ad altre strutture locali (ad es. all'E.C.A.). Vi è stato un parziale superamento delle reazioni degli enti a questa azione (nonostante certe affermazioni di principio, è risultato molto difficile superare la logica dell'ente, accettare di contare meno, per l'affermazione di una linea politica) individuando strategicamente in un comitato esecutivo (formato dall'assessore all'assistenza, dal presidente dell'E.C.A. e del Mariutto) l'organo collegiale di decisione per tutti gli interventi economici.

Nonostante gli inevitabili limiti dell'esperienza, specie in termini di attuazione concreta di servizi, si ritiene che dal dibattito, allargatosi a livello di base tramite i consigli di quartiere e le assemblee di quartiere, il coinvolgimento costante del personale degli enti e dagli interventi operativi concreti si stia avviando in Mirano un processo di cambiamento culturale nella valutazione dei problemi assistenziali, nell'analisi critica delle attuali risposte segreganti e discriminanti, nella ricerca di risposte più adeguate.

Per l'attuazione di una politica locale dei servizi tutto ciò ha un valore incidente.

**SPERIMENTAZIONE DEI DISTRETTI  
VERSO L'UNITA' COMPRESORIALE DEI SERVIZI**

**Comune di RAVENNA**

**Documentazione presentata da Enzo MORGAGNI  
già consulente per la politica dei servizi sociali  
del Comune di Ravenna**

(Questo rapporto sintetico è stato steso al fine di permettere una più organica comprensione e collocazione dell'esperienza dei tre distretti socio-sanitari all'interno della realtà e delle prospettive della politica di intervento sociale del Comune di Ravenna e del futuro Consorzio socio-sanitario Ravenna-Russi e una lettura « guidata » del materiale di documentazione allegato).

#### FASE DI ELABORAZIONE DELLA PROPOSTA DEI TRE DISTRETTI SOCIO-SANTARI DI QUARTIERE

La proposta di istituzione sperimentale del servizio sociale e sanitario nei tre quartieri (v. alleg. n. 1) della periferia urbana di Ravenna (istituzione limitata ad un primo gruppo di servizi, di primo intervento, ma prefigurante il futuro distretto socio-sanitario nei quartieri scelti all'interno della futura prospettiva dell'unità locale comprensoriale) fu elaborata complessivamente nei primi mesi del '72 e successivamente articolata nella organizzazione dei vari servizi in stretta collaborazione fra i vari assessorati direttamente interessati (Decentramento, Assistenza e Servizi Sociali, Igiene e Sanità, Istruzione, Cultura e Sport, Patrimonio) e l'ufficio provinciale dell'A.A.I., e fu sottoposta dall'assessorato al Decentramento ad una prima verifica critica a livello sia degli organi di quartiere (consigli, commissioni di lavoro) che delle varie forze sociali e associative interessate, oltre che a livello di alcune aziende municipalizzate.

Si svolsero così cinque incontri coi Consigli dei quartieri interessati, e numerosi incontri specifici con le organizzazioni sindacali, con le associazioni assistenziali, giovanili e religiose delle parrocchie comprese nel territorio dei tre quartieri, con le associazioni femminili e assistenziali, con enti vari a scopo assistenziale o di promozione sociale o di erogazione di servizi (ECA, IACP, Mutue, ...).

Verifica positiva circa l'accoglienza delle proposte che permise quindi di passare, insieme ad alcuni di questi interlocutori, alla creazione dei presupposti per una collaborazione e integrazione di programmi.

#### FASE DI DELIBERAZIONE DELL'ISTITUZIONE SPERIMENTALE DEI DISTRETTI E DI PREPARAZIONE DELL'AVVIO OPERATIVO

La proposta istitutiva giunse quindi all'approvazione del Consiglio comunale il 2-10-1972 (v. testo delibera) dopo una fase di elaborazione e di dibattito-consultazione-verifica e si è qualificata oltre che per i suoi aspetti di merito (sperimentazione di alcuni livelli operativi di base, e di alcuni modelli integrativi di erogazione di servizi, prefiguranti la più totale prospettiva dell'unità locale articolata in distretti) anche per il metodo con cui è stata portata avanti.

Nel frattempo si erano commissionate tre ricerche o monografie di quartiere (per acquisire ulteriormente una organica ed analitica conoscenza del

contesto operativo), e si erano già distaccate presso i tre quartieri tre rispettive assistenti sociali, per preparare il terreno e i rapporti per l'intervento futuro; e, all'interno del più vasto programma di dotazione di ogni quartiere, zona e delegazione di locali idonei per i centri civici e uffici, si erano individuati i locali per ospitare unitamente alle attività di quartiere il servizio sociale e sanitario.

Nel frattempo si verificò rispetto al progetto iniziale la possibilità di integrare anche il servizio di ambulatorio oncologico presso due dei tre distretti.

Il programma prevedeva nell'arco dei 15 mesi previsti di sperimentazione (ottobre 1972 - dicembre 1973) una spesa globale preventivata in Lire 60.000.000 di cui Lire 16.400.000 a carico dell'A.A.I. e, quali voci principali: prestazioni socio-assistenziali e sanitarie, personale, consulenze, convenzioni, affitti e ristrutturazione locali, arredamento e attrezzature servizi (v. alleg. 2-3).

Il reperimento dei locali per i centri civici e i servizi e soprattutto le pratiche, i progetti e i lavori per la loro ristrutturazione, così come il reperimento del personale, hanno comportato un notevole dispendio di tempo, e l'effettivo inizio operativo dei servizi avvenne a seconda dei quartieri tra gennaio e marzo '73 (per il numero e le spese relative al personale e all'impianto e gestione dei servizi, v. alleg. 2).

## FORME DI PARTECIPAZIONE, DI DIREZIONE POLITICA E TECNICA

L'istituzione di questi servizi di base nei quartieri, pur nei suoi limiti di unità minimale di servizi di base, va correttamente vista all'interno della più ampia ed organica prospettiva dell'unità locale, come articolazione territoriale-locale del futuro servizio-sanitario-sociale nazionale (v. proposte di legge nazionali e regionali).

L'esistenza poi nel nostro Comune di forme e istituti seppur molto giovani di decentramento politico-amministrativo (consigli di quartiere, zona, delegazione) ci ha messo nella condizione di qualificare tale avvio sperimentale di unità di servizi di base anche in termini di sperimentazione di iniziali forme di gestione sociale (proposta programmatica, controllo gestione tecnica, verifica), garantendo così un maggior adeguamento della politica dei servizi ai bisogni qualitativi e quantitativi espressi dalla popolazione anche attraverso gli organi del decentramento.

Gli organi di proposta programmatica e di controllo furono infatti individuati nei consigli di quartiere, coordinati dallo specifico strumento di lavoro della « Commissione servizi », organo del Consiglio, aperto ai rappresentanti di tutte le forze sociali e realtà associative e di tutti i singoli cittadini del quartiere interessati a parteciparvi (v. testo regolamento del Decentramento).

A livello organizzativo centrale-comunale si costituì un Comitato interassessoriale (aperto all'A.A.I., e successivamente ad altri enti: E.C.A. ...) per la direzione politico-amministrativa e una équipe interassessoriale di direzione e coordinamento tecnico che faceva capo all'Assessorato direttamente responsabile (Assistenza e servizi sociali).

Inoltre si è cominciato a progettare e ad attuare in maniera coordinata a questo esperimento ogni altro intervento nei tre quartieri (asili nido, scuole materne, doposcuola, medicina preventiva dell'infanzia, decentramento

strutture culturali e di animazione, vacanze estive infanzia ed anziani, programma alloggi anziani e giovani coppie, alloggi E.C.A., ...).

## LA FASE OPERATIVA (RISULTATI ACQUISITI, LIMITI, OSTACOLI) E LE PROSPETTIVE FUTURE

Il decollo e lo sviluppo dell'esperienza avviata sono stati oggetto di numerosi momenti di verifica a livello degli operatori di quartiere, delle commissioni servizi, dei consigli di quartiere, della direzione tecnica e di coordinamento, e del Comitato interassessoriale.

Poco funzionali si sono rivelate l'équipe tecnica interassessoriale, e il Comitato interassessoriale, forse per la composizione eccessiva.

L'esperienza ha permesso di rispondere ad alcuni bisogni socio-assistenziali e sanitari elementari (v. alleg. 4), e soprattutto ha attivato una « domanda » di servizi e di partecipazione qualitativamente e quantitativamente crescenti, e inoltre ha fatto crescere in questi ultimi due anni i primi elementi strutturali e operativi di un'effettiva politica dei servizi unitaria e integrata nel territorio (asili, scuole materne, doposcuola, medicina scolastica, vacanze infanzia e anziani, ...).

Ha cioè attivato un processo dialettico che ha permesso a volte di superare i molti ostacoli politici, normativi, economici, organizzativi, che si sono incontrati, a volte di esplicitarli per affrontarli meglio, e soprattutto di prendere coscienza della necessità di una politica di più vasto respiro programmatico nel campo dei servizi sociali e sanitari (specie nei suoi collegamenti con gli ambienti di lavoro, la scuola, la casa, le infrastrutture urbane, i trasporti, la gestione del tempo libero...) e relative politiche capaci di incidere in questi settori in termini di trasformazione strutturale a livello nazionale, regionale e locale.

Al livello specifico, interno all'esperienza, si sono evidenziati problemi quali: il reperimento di personale medico-specializzato; la necessità di convenzioni con enti mutualistici per programmi di collaborazione; la formazione di personale direttivo e dei vari operatori di base; una politica comunale più integrata tra i vari assessorati e i vari reparti tecnici; un più chiaro rapporto tra operatori - consigli di quartiere - direzione tecnica comunale - direzione politico-amministrativa comunale; il coordinamento delle politiche socio-assistenziali e sanitarie del Comune con quelle di altri enti pubblici e privati (Ospedale, Provincia, OO. PP., ...); il ruolo del sindacato e delle sue strutture di base, i consigli di fabbrica e i futuri consigli intercategoriale-territoriali di zona) in rapporto agli obiettivi e alla gestione della politica dei servizi e all'intreccio con le strutture di partecipazione del decentramento politico-amministrativo (v. documento CGIL-CISL-UIL e patronati sindacali).

Tutti problemi che discussi e verificati sono stati oggetto di approfondimento, di definizione in termini di priorità e di ulteriori elaborazioni programmatiche nelle « Proposte di intervento nel settore degli impieghi sociali » del piano-programma 1974-78 del Comune di Ravenna, e nel lavoro di creazione del Consorzio socio-sanitario (v. « Schema di statuto di consorzio intercomunale per i servizi sanitari e sociali » del comprensorio Ravenna-Russi).

## ALCUNE CARATTERISTICHE DEI TRE QUARTIERI

I tre quartieri presentano le seguenti caratteristiche demografiche e di occupazione (al 1971).

- S. Biagio:* — abitanti residenti: 23.215.  
— popolazione attiva 8.751 (agricoltura 609 - industria 3.430 - commercio 1.469 - altre attività 3.243)
- S. Rocco I:* — abitanti residenti: 12.566  
— popolazione attiva 4.464 (agricoltura 187 - industria 1.628 - commercio 760 - altre attività 1.889)
- Darsena:* — abitanti residenti: 10.126  
— popolazione attiva 3.478 (agricoltura 84 - industria 1.364 - commercio 599 - altre attività 1.428).

I primi due quartieri sono caratterizzati, nella parte immediatamente fuori delle mura cittadine, da insediamenti edilizi di vecchia costruzione: alta in essi è la percentuale di popolazione anziana (oltre 65 anni): 13-14% della popolazione complessiva.

Il quartiere Darsena, quasi interamente ad edilizia pubblica popolare, presenta un tessuto sociale molto eterogeneo anche per l'alto numero di famiglie immigrate.

DISTRETTI SOCIO-SANITARI S. BIAGIO, S. ROCCO I E DARSENA  
*Spese di impianto e gestione*

Rapporto su orientamenti per la ristrutturazione della politica socio-assistenziale (1° Consulente)		L.	910.000	
Monografie di quartiere (compenso ai ricercatori)		»	600.000	
Monografia quartiere S. BIAGIO (pubblicazione)		»	300.000	
Spese ristrutturazione locali:	S. BIAGIO	»	7.150.000	
	S. ROCCO I	»	1.050.405	
	DARSENA	»	939.257	
Spese affitto locali fine anno 1972 (per lavori di sistemazione)		»	871.142	
Spese affitto locali anno 1973:	S. BIAGIO	»	922.000	annue
	S. ROCCO I	»	1.200.000	»
	DARSENA	»	722.680	»
Spese pulizie locali		»	1.260.000	
Telefoni				
spese di impianto		»	114.000	
spese di gestione		»	500.000	(media annua prevista)
Arredamento locali:	S. BIAGIO	»	1.200.000	
	S. ROCCO I	»	1.200.000	
	DARSENA	»	650.000	
Spese per attrezzature sanitarie:	S. BIAGIO	»	250.000	
	S. ROCCO I	»	250.000	
Spese per materiale sanitario:	S. BIAGIO	»	500.000	
	S. ROCCO I	»	500.000	
Materiale di cancelleria:	S. BIAGIO	»	100.000	annue
	S. ROCCO I	»	100.000	»
	DARSENA	»	100.000	»
		L.	<u>21.861.004</u>	

## DISTRETTI SOCIO-SANITARI S. BIAGIO, S. ROCCO I E DARSENA

*Spese per il personale rapportato al mese*

	<i>data d'inizio del servizio</i>	<i>Stipendio mensile + oneri riflessi</i>
3 Assistenti sociali	marzo '73	L. 649.455
4 Segretari sociali	gennaio '73	» 787.920
1 Animatore d'infanzia	gennaio '73	» 196.890
5 Collaboratrici familiari	marzo '73	» 889.325
2 Calliste	marzo '73	» 77.550
2 Infermiere generiche	marzo '73	» 325.700
2 Ostetriche	marzo '73	» 40.000
3 Messi	gennaio '73	» 430.035
1 Assistente sanitaria	marzo '73	» 14.790
2 Medici condotti	marzo '73	» 153.600
1 Medico scolastico	marzo '73	» 57.600
1 Sociologo (II° Consulente coordinatore)	gennaio '73	» 149.425
		<hr/>
	Totale mensile	L. 3.722.380
	Totale annuo	L. 45.268.560
	rapportato a 3 anni	L. 135.805.680

**DISTRETTI SOCIO-SANITARI S. BIAGIO, S. ROCCO I E DARSENA**  
*Dati relativi ad alcuni dei servizi attivati*  
 Rendiconto da marzo a settembre 1973

	S. BIAGIO	S. ROCCO I <sup>o</sup>	DARSENA	TOTALE
<i>Servizio di segretariato sociale</i>				
centro informazioni				
numero di richieste di informazione	250	350	480	1.080
tesserini A.T.M. rilasciati	905	840	580	2.325
<i>Servizio sociale di zona</i>				
colloqui sostenuti dall'assistente sociale	240	300	450	990
visite effettuate dall'assistente sociale	150	50	160	360
assistiti dai centri civili (singoli o nuclei)	46	51	90	187
aiuto domiciliare (numero degli assistiti)	10	22	—	32
contributi erogati (sussidi mensili anno 1973 concessi dall'apertura del Distretto a tutto settembre)	L. 165.000	L. 276.500	L. 124.715	L. 6.170.640
contributi erogati (sussidi straordinari una tantum)	L. 113.005	L. 322.100	L. 586.510	L. 1.030.610
<i>Volontariato</i>				
volontari	10	4	10	24
<i>Servizi sanitari</i>				
infermiera (iniezioni effettuate)	1.200	2.480	—	3.680
callista (interventi)	480	230	—	710
ostetrica (prelievi effettuati)	288	220	—	508

## DELIBERA PROGRAMMATICA

*(Approvata dal Consiglio comunale il 2-10-72 — in attesa dell'approvazione del Comitato regionale di controllo).*

*Premesso:*

- che è volontà dell'Amministrazione — in armonia con gli impegni assunti, con gli studi approntati, con le indicazioni regionali, con le esigenze di riforma dei Servizi Sanitari e Sociali, oltreché con le indicazioni emerse dalla consultazione degli organi del Decentramento e dell'associazionismo di Quartiere, con le indicazioni delle organizzazioni sindacali in materia, e nell'ambito delle iniziative di sperimentazione e sviluppo dei Servizi Sociali a livello locale dell'A.A.I. (Amministrazione per le Attività Assistenziali Italiane e Internazionali) — di avviare il processo di istituzione dell'unità locale dei servizi, limitatamente per ora ai tre Distretti di base coincidenti con le circoscrizioni territoriali dei Quartieri « S. Rocco I », « S. Biagio », « Darsena », con programmi di ricerca, diagnosi, intervento sociale e sanitario, con particolare riguardo alla sperimentazione di servizi per gli anziani e l'infanzia;
- che il programma prevede per i mesi di ottobre, novembre, dicembre 1972 e per l'intero anno 1973 una spesa globale preventivata in L. 60.000.000 (di cui già a carico dell'Amministrazione le spese relative all'assunzione di tre Assistenti Sociali, a tre monografie o ricerche di Quartiere e agli affitti di locali per due Centri Civici di Quartiere) di cui L. 16.400.000 a carico dell'A.A.I. (L. 2.700.000 per il trimestre 1972 e L. 13.700.000 per l'intero anno 1973) in relazione all'accordo di convenzione di assistenza tecnica ed economica per l'istituzione dell'unità locale dei servizi, di prossima ratifica tra questa Amministrazione e l'A.A.I.;
- che l'impegno di spesa previsto comprende quali voci principali quelle per: prestazioni assistenziali e sanitarie; personale, consulenze, convenzioni; affitto, ristrutturazione, arredamento e attrezzature per i locali e i servizi;

Udita l'esposizione politico-programmatica dell'Assessore, l'approva e delibera

1) di istituire tre Distretti di base dei servizi presso i tre Centri Civici di prossima apertura nei Quartieri « S. Rocco I », « S. Biagio », « Darsena »;

2) di destinare ai suddetti servizi ed uffici, con la gradualità dovuta alla disponibilità e al reperimento del personale: 4 assistenti sociali; 4 addetti al servizio di Segretariato di quartiere e di Segretariato sociale; 2 addette al Servizio di aiuto domiciliare; 1 assistente sanitaria; 3 vigili urbani; 1 animatore d'infanzia; 3 messi comunali;

3) di regolare il rapporto fra gli operatori dei servizi sociali e sanitari di quartiere, i consigli e le commissioni di lavoro di quartiere, la direzione operativa comunale dell'unità locale e gli altri organi centrali dell'Amministrazione con le linee esposte dall'assessore; linee che verranno precisate in un futuro regolamento specifico che l'Amministrazione redigerà e delibererà sentito il personale, i consigli di quartiere interessati e la Commissione consiliare;

4) di confermare la Commissione consiliare per l'assistenza e i servizi sociali (integrata dai tre presidenti dei consigli di quartiere interessati, o da loro delegati) quale organo consiliare consultivo e di indirizzo generale sull'intera materia;

5) delibera di istituire, quale organo amministrativo di direzione e coordinamento, un Comitato interassessoriale formato dagli assessori all'assistenza e servizi sociali, alla sanità, al decentramento, all'istruzione e da un rappresentante dell'Ufficio provinciale A.A.I.

Il Comitato, la cui direzione è affidata all'Assessorato alla assistenza e servizi sociali, potrà successivamente aprirsi alla partecipazione dei rappresentanti degli altri enti che in futuro potranno convenzionarsi con il comune per la realizzazione dell'unità locale;

6) di incaricare un organo tecnico della responsabilità della direzione operativa, a livello comunale, dell'unità locale dei servizi, in organico rapporto con l'Assessorato all'assistenza e ai servizi sociali e con le direzioni tecniche degli altri servizi (asili-nido, scuole materne, attività extrascolastiche, servizi sanitari);

7) di dare attuazione agli impegni indicati nella relazione programmatica e in questa delibera attraverso prossime delibere specifiche per quanto riguarda: la ratifica della convenzione con l'A.A.I.; il personale; il corso di qualificazione per gli addetti al servizio di Segretariato di quartiere e di Segretariato sociale; le convenzioni con gli operatori sociali e sanitari esterni e con gli Enti mutualistici e assistenziali; il regolamento dell'unità locale dei servizi; le eventuali proposte di ulteriore coordinamento dei servizi sociali, sanitari, scolastici esistenti; le eventuali modifiche della competenza territoriale dei distretti di base o di quartiere; la eventuale estensione della esperienza, con preferenza in primo luogo a quei quartieri o delegazioni come il Centro-Storico ed il forese che presentino realtà socio-economiche con peculiari caratteristiche;

8) Visti gli impegni globali di spesa preventivati per l'ultimo trimestre 1972 e per l'intero anno 1973, di imputare la spesa di L. 8.000.000 per il trimestre ottobre-novembre-dicembre 1972 al cap. 261 del Bilancio 1972 alla voce: «Avvio di servizi sociali a livello di quartiere per ragazzi ed anziani».

#### DOCUMENTO DELLA FEDERAZIONE C.G.I.L. - C.I.S.L. - U.I.L. E DEL CENTRO UNITARIO I.N.C.A. - I.N.A.S. - I.T.A.L. SUI PROBLEMI SANITARI DELLA PROVINCIA DI RAVENNA, NEL QUADRO DELLA RIFORMA SANITARIA

Le numerose assemblee di lavoratori e di cittadini tenutesi in provincia di Ravenna, nell'ultimo anno, sulle proposte fatte dai Sindacati C.G.I.L. - C.I.S.L. - U.I.L. e dai rispettivi Patronati I.N.C.A. - I.N.A.S. - I.T.A.L., hanno riconfermato che la riforma sanitaria è urgente ed è possibile ed attuabile solo sulla linea dell'accordo Governo-Sindacati dell'1-10-1970; peraltro il dibattito ha precisato ed arricchito, per alcuni aspetti, i pronunciamenti e le scelte sindacali per l'avvio immediato delle iniziative presentate nei documenti elaborati a livello comprensoriale, confermandole nella sostanza e nella loro articolazione, soprattutto per quanto riguarda la costituzione delle U.L.S.S.S., la loro articolazione in distretti ed aree elementari e i compiti che a queste competono.

Le conferenze sanitarie del comprensorio di Lugo e di Faenza hanno in grandissima parte accolto le richieste e le proposte sindacali, quali concrete indicazioni di iniziative possibili subito e di lavoro a breve e medio termine.

Anche in forza dei positivi, pur se non sufficienti, risultati ottenuti, la Federazione provinciale C.G.I.L. - C.I.S.L. - U.I.L. ed il Centro unitario dei Patronati I.N.C.A. - I.N.A.S. - I.T.A.L. confermano la scelta strategica di una

lotta articolata su obiettivi concreti ed attuabili in termini temporali brevi, come mezzo per rispondere alla domanda di servizi sanitari che la classe lavoratrice e la società pongono per avviare concretamente e fattivamente, con realizzazioni o ristrutturazioni o diverso utilizzo delle strutture, la riforma sanitaria.

La sintesi di tali iniziative, il collegamento ed il coordinamento delle azioni dal livello comprensoriale, al provinciale, al regionale, al nazionale, pongono le condizioni per un superamento definitivo della fase dei pronunciamenti e le condizioni perché il servizio sanitario nazionale nasca da una effettiva ed efficace azione di riforma.

A tal fine, i contenuti della recente proposta di legge regionale sulla costituzione delle U.L.S.S.S., in gran parte condivisi, debbono rappresentare degli obiettivi a breve e medio termine per la realizzazione dei quali sarà orientato l'impegno sindacale sui problemi sanitari nel presente e nell'immediato futuro.

### *Riforma e non razionalizzazione*

La Federazione ravennate C.G.I.L. - C.I.S.L. - U.I.L. ritiene che vi sia oggi il serio pericolo che sia fatto passare per riforma un semplice processo di razionalizzazione, pericolo avvalorato dal fatto che da più parti, anche autorevoli, si denunciano le carenze del sistema attuale e si insiste su quelle tentando soluzioni che a tali singole carenze pongono rimedio. Tale tentativo rischia di aver successo di fronte alla grave disinformazione della pubblica opinione e degli stessi lavoratori sui contenuti e sulle articolazioni del rivendicato servizio sanitario nazionale.

In questo quadro, particolare attenzione va al problema della ristrutturazione ospedaliera in provincia di Ravenna. L'ostinato e perdurante tentativo di mantenere e rafforzare le attuali strutture dei piccoli ospedali trova origine non soltanto in interessi particolaristici di ben individuati settori ed in anacronistici campanilismi, ma anche e soprattutto nella mancata capacità politica di vedere il problema della sanità da una angolazione diversa dalla logica del sistema tradizionale, per il quale l'unica forma dell'intervento sanitario è la cura, e l'ospedale il principio di tutti i servizi sanitari. E' la logica della razionalizzazione che non pone in termini nuovi il problema della tutela della salute, che non vuol comprendere come il discorso centrale non è più un discorso sui presidi curativi, ma è invece un discorso sulla prevenzione e sulle strutture ad essa necessarie come prima e privilegiata forma di intervento sanitario.

Proprio le assemblee hanno fatto rilevare tali carenze, per cui occorre che l'azione sindacale si attui con forza e con puntiglio nel confronto continuo e costante con gli altri gruppi sociali, con gli enti locali, con gli amministratori di enti sanitari ed assistenziali, con gli operatori sanitari, allargando il dibattito fra i lavoratori.

D'altra parte i principi (diritto del cittadino alla protezione sanitaria ed assistenziale), i contenuti (prevenzione, cura e riabilitazione), il metodo di erogazione ed organizzazione del servizio (decentramento e democratizzazione, partecipazione dell'utente alla programmazione del servizio) hanno validità e possibilità di reale attuazione solo se l'intervento sanitario ed assistenziale ha caratteristiche di unitarietà e globalità ai diversi livelli: area ele-

mentare, distretto e soprattutto U.L.S.S.S., le quali ultime non ammettono deroghe.

In questo senso va richiesto che sia pienamente attuato il dettato costituzionale per le competenze alle Regioni in materia sanitaria ed assistenziale. I limiti del Decreto delegato vanno superati nella legge quadro, il che significa invertire la tendenza di controriforma propria dei vari schemi e progetti, ufficiosi ed ufficiali che i precedenti Governi, soprattutto quello Andreotti, hanno elaborato.

Le Mutue e gli altri enti che operano oggi in materia sanitaria ed assistenziale devono sparire, in quanto tali, per l'entrata in funzione delle U.L.S.S.S. Ci si rende conto che ciò non può avvenire in un sol colpo, ma che occorre un minimo di gradualità.

In questa logica tali enti debbono rendersi disponibili e modificare, nel contenuto e negli indirizzi, il loro intervento al servizio delle iniziative anticipatrici della riforma, convenzionandosi con i servizi di prevenzione costituiti dagli enti locali che rientrano nella articolazione della stessa.

### *Partecipazione dei lavoratori*

I Sindacati, ribadendo un orientamento già più volte sostenuto, ritengono di non dover essere presenti in forma permanente in organismi che per la loro composizione sono portati a mediare interessi eterogenei. E' pertanto escluso che il Sindacato possa assumere responsabilità di organizzazione tecnica ed amministrativa del servizio, in quanto sono proprie e specifiche dell'Ente locale.

Comunque, data l'importanza che i lavoratori attribuiscono ad una rapida attuazione della riforma sanitaria e alla immediata realizzazione di ogni atto che possa in qualche modo prefigurarla, confermano la loro disponibilità alla instaurazione di un rapporto dialettico con gli organi che a vario livello opereranno in questa fase anticipatrice della riforma sanitaria.

Una precisazione va fatta sugli strumenti di partecipazione alla gestione dell'U.L.S.S.S. e dei suoi servizi.

A livello di U.L.S.S.S., Sindacati, Regione ed Enti locali convergono ormai sulla costituzione di un « Comitato di iniziativa popolare » nel quale i rappresentanti sindacali dei lavoratori dipendenti siano maggioranza (tant'è che negli Statuti dei comprensori tali organi sono previsti).

Nella misura in cui le proposte o le richieste fatte dal sindacato, anche attraverso organi specifici di partecipazione, saranno accolte o meno dall'Ente regione o dall'Ente locale, il Sindacato deciderà, autonomamente e senza preconcetti, il proprio atteggiamento e la propria posizione di confronto costruttivo o di controparte.

### *Tutela della salute nei luoghi di lavoro*

Si ribadisce la necessità che ogni Consorzio igienico-sanitario sia dotato di un proprio servizio di medicina preventiva e che lo stesso possa disporre di tutti i presidi sanitari di igiene e prevenzione esistenti nel territorio, o comunque dipendenti dagli enti partecipanti al consorzio stesso.

Poiché in base ai contenuti della proposta di legge regionale sulle U.L.S.S.S., l'Amministrazione provinciale partecipa direttamente ai consorzi dei vari comprensori, si ritiene necessario che tale partecipazione debba essere

estesa anche a tutti i suoi servizi, compreso il laboratorio provinciale di igiene e profilassi, partecipazione resa possibile dall'ultimo comma dell'articolo 4 della legge prima citata.

Ciò renderebbe possibili più razionalità ed organicità nelle forme di intervento preventivo in tutto il territorio della provincia.

In riferimento a tali servizi, il sindacato mantiene una posizione autonoma di confronto attuata attraverso proprie strutture e strumenti.

L'elaborazione, l'esperienza e la ricerca sin qui fatta nella provincia di Ravenna, come in altre, indicano nei Comitati sindacali unitari per la prevenzione, comprensoriali e provinciale, composti pariteticamente da responsabili di patronato e di sindacati ai vari livelli e con ampia partecipazione di delegati aziendali, lo strumento sindacale più efficace per tale confronto nonché per il collegamento, coordinamento e programmazione dell'attività sindacale di tutela della salute dei lavoratori.

### *Finanziamento dei servizi anticipatori della riforma sanitaria*

Il finanziamento dei servizi che si dovranno creare dovrà avvenire tramite:

1) un contributo della Regione alla quale il Governo dovrà fornire finanziamenti più adeguati senza i quali verrebbero vanificate le iniziative che in campo sanitario la Regione stessa ha facoltà di intraprendere in base alle attribuzioni assegnate dalla Costituzione in materia sanitaria;

2) un contributo da parte dei Comuni che in occasione della formulazione dei nuovi bilanci preventivi dovranno provvedere a stanziamenti più coraggiosi di quelli effettuati negli ultimi anni;

3) la partecipazione degli Enti ospedalieri con l'1% delle rette che per legge va destinato a servizi sociali. Non sempre viene ricercata la possibilità di utilizzare tali fondi nella realizzazione dei fini per i quali la legge ha previsto lo stanziamento, talché gli stessi sono stati in vari casi posti fra i residui passivi dei bilanci consuntivi. Ciò non dovrà più accadere!

4) il contributo dei datori di lavoro ai quali dovrà essere fatto carico dei costi delle visite d'obbligo e di quelle previste dai contratti per il controllo sull'uomo, nonché per le indagini ambientali previste dagli stessi contratti.

Resta fermo comunque che l'intervento in indagini ambientali richieste dai Sindacati in attuazione dell'art. 9 dello statuto dei diritti dei lavoratori, in caso di mancato accordo con l'azienda o in contrapposizione ad indagini effettuate per proprio conto con altri servizi dalla stessa, dovrà essere considerato un costo sociale del servizio.

### *Ospedali*

Si riconferma l'obiettivo dell'ospedale unico per acuti in ogni U.L.S.S.S.

Il dibattito avvenuto nei comprensori e nei vari confronti fra le forze sindacali e gli enti locali, ha ribadito la validità di tale scelta e la necessità che gli ospedali, compresi quelli provinciali, diventino servizi delle U.L.S.S.S. La funzione di ospedale unico va ovviamente attribuita agli ospedali provinciali di Ravenna, Lugo, Faenza per i rispettivi comprensori.

Di conseguenza si riafferma la necessità della progressiva trasformazione degli attuali ospedali zionali in centri dei servizi sanitari distrettuali ope-

ranti prevalentemente nel campo della prevenzione ed eventualmente per la riabilitazione o altre forme di ricovero che non potranno trovar adeguata inclusione tra quelle degli ospedali provinciali.

Tale scelta si inquadra soprattutto nella logica di una visione nuova della tutela sanitaria che rovescia i contenuti del tradizionale sistema basato esclusivamente sulla cura e pone invece i servizi della prevenzione in posizione privilegiata rispetto agli altri servizi.

I sindacati ribadiscono pertanto che si opporranno, coi mezzi e coi modi loro propri, a tutte quelle misure che, nella indispensabile gradualità della trasformazione, siano tali da condizionare o da ostacolare e ritardare, in futuro, la realizzazione degli obiettivi di fondo sopra indicati. Tra queste la creazione di nuovi posti letto negli ospedali zonali, nuove divisioni, la creazione nelle stesse di nuovi primariati, misure di ampliamento degli stabili ecc.

Richiedono inoltre da parte degli enti locali e degli enti ospedalieri, il rigoroso rispetto delle scelte fatte nelle assemblee comprensoriali di Lugo e di Brisighella (per quanto riguarda il comprensorio di Faenza) in occasione delle conferenze sanitarie.

In attesa della approvazione della proposta di legge regionale che prevede la loro fusione con decreto del presidente della Giunta regionale, gli enti ospedalieri dovrebbero procedere subito alla loro concentrazione a livello comprensoriale ed in maniera che sin da ora possano essere prese decisioni di ordine programmatico e sanitario, soltanto nell'ambito delle concentrazioni stessi.

### *Pronto soccorso e servizi*

Per quanto riguarda gli Ospedali provinciali, si ritiene che alcuni servizi, attualmente carenti, debbano essere immediatamente ristrutturati ed adeguati alle attuali esigenze e, in prospettiva, a quelle future. Ciò vale soprattutto per i servizi di pronto soccorso e per il dipartimento di emergenza. In proposito si ritiene valida la scelta fatta nel comprensorio di Lugo per l'ospedale locale e l'articolazione nei Comuni del servizio di pronto soccorso.

Altrettanto dovrà essere programmato e realizzato a tempi oggettivamente brevi negli ospedali di Faenza e Ravenna in considerazione dei grossi limiti ivi esistenti.

Altro obiettivo da perseguire è la costituzione di un servizio per la cura delle malattie di ordine reumatico ed artritico e per la necessaria riabilitazione, nonché di ricerca scientifica per accertare in quale misura la loro insorgenza è in connessione con il clima del territorio provinciale. Tale considerazione nasce da un esame delle statistiche delle pensioni di invalidità in provincia di Ravenna, che rappresentano il 62% sul totale delle pensioni dirette delle Assicurazioni generali obbligatorie dei lavoratori dipendenti e delle gestioni speciali dei lavoratori autonomi, contro il 48% del rimanente della Regione ed il 49% nazionale (statistica 31-12-1971) e dal fatto che le malattie in parola sono causa determinante o comunque concausa nella generalità dei casi degli stati invalidanti.

Come già precisato nella parte relativa al finanziamento, sia gli ospedali provinciali che quelli di zona dovranno partecipare ai servizi di prevenzione costituiti o dalla provincia o da consorzi volontari igienico-sanitari, mettendo a loro disposizione uomini e strutture.

### *Divisioni super-specialistiche*

Per quanto riguarda gli ospedali provinciali, si osserva l'assenza non solo in provincia, ma anche nell'intera Romagna, di divisioni super-specialistiche a livello regionale, essendo queste attualmente limitate agli ospedali regionali esistenti nelle province sedi di facoltà mediche universitarie.

Tali divisioni si ravvisano in quelle di chirurgia toracica, neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia infantile, chirurgia plastica, neurologia. L'attribuzione alla Romagna di tali divisioni super-specialistiche dovrebbe avvenire a tempi il più oggettivamente ravvicinati e con una ripartizione il più possibile equilibrata, tenendo conto delle strutture esistenti nelle due singole province e della loro prevedibile evoluzione e sviluppo, della loro particolare collocazione geografica, della dimensione del territorio, dell'entità della popolazione e del particolare tipo di sviluppo economico di ciascuna di esse.

### *Dipartimenti*

Occorre infine passare ad una diversa ripartizione dell'Ospedale tramite l'istituzione di strutture dipartimentali, che assicurino un lavoro di équipe, ed un intervento polidisciplinare che, nel momento della malattia, ne sappia cogliere tutti gli aspetti patologici e denunciarne le cause, che portino alla degerarchizzazione dell'intervento, responsabilizzando il singolo e che tengano un collegamento con la politica sanitaria svolta nel territorio da parte dell'U.L.S.S.S.

### *Qualificazione del personale*

Occorre programmare a livello provinciale il fabbisogno di operatori para-medici, andando verso il superamento dell'infermiere generico, mediante istituzione di scuole per infermieri professionali, tecnici di radiologia, ecc. gestite dagli Enti locali con programmi integrati in base alle esigenze del Servizio sanitario. In dette scuole dovranno essere pure svolti corsi di aggiornamento e di qualificazione degli attuali operatori.

### *Distribuzione dei farmaci*

Per quanto riguarda i farmaci, in attesa che la riforma proceda a disciplinarne la produzione ed i costi anche attraverso la costituzione di una società a partecipazione statale, si ritiene che gli Enti locali debbano partecipare più direttamente alla loro distribuzione attraverso la costituzione di farmacie comunali nuove e negando il rinnovo alle licenze che verranno a scadere.

### *Enti mutualistici*

L'attuale legislazione sociale non prevede fra i compiti istituzionali degli Enti di malattia quello della prevenzione. Il superamento di tale carenza, che, nella condizione attuale significa il mantenimento della frattura fra i tre aspetti della protezione sanitaria (prevenzione, cura, recupero) e la cui unitarietà invece rappresenta un punto irrinunciabile per il movimento sindacale, costituisce un obiettivo che deve essere posto con immediatezza.

In attesa che la legge di riforma provveda al loro assorbimento nel Servizio sanitario nazionale, si ritiene che gli stessi non possano continuare ad ignorare gli attuali gravi limiti dell'intervento preventivo determinato dalla scarsità di servizi, mezzi e di operatori sanitari.

I sindacati sono pertanto dell'avviso che gli enti mutualistici e l'I.N.A.I.L. possano contribuire alle iniziative dell'Ente locale nel campo della prevenzione soprattutto per quanto riguarda il controllo sull'uomo, esami di laboratorio, ecc.

Occorre pertanto sollecitare i loro organi direttivi provinciali a farsi promotori presso le rispettive direzioni generali o consigli di amministrazione, di provvedimenti che prevedano un'ampia forma di collaborazione che, peraltro, contribuirebbe anche a ridurre le prestazioni curative.

Nel frattempo dovrebbe essere ricercata la possibilità di accettazione di alcune forme di prestazioni richieste direttamente dai medici del Servizio di Medicina del lavoro istituito dagli Enti locali, tese ad individuare la esistenza di certe forme morbose sul singolo che rientrerebbero nell'attuale normativa e che nel contempo contribuirebbero ad una più precisa individuazione di un certo stato epidemiologico di un dato settore di produzione o di parte di esso, ponendone in evidenza l'esistenza di rischi e l'intensità del loro verificarsi.

L'I.N.A.M. inoltre dovrebbe convenzionarsi con tutti gli enti ospedalieri per le prestazioni ambulatoriali specialistiche, in modo da evitare disagi agli assistiti, fornendo loro una assistenza sul posto o comunque sul luogo più vicino alla loro residenza.

*In particolare si rende necessario che le Mutue non provvedano alla costituzione di nuove strutture o ampliamento di vecchie — in particolare sezioni territoriali, poliambulatori, ecc. — se non nel quadro ed in armonia con le scelte programmatiche della Regione e degli Enti locali.*

La Federazione C.G.I.L. - C.I.S.L. - U.I.L. ribadisce, nel presentare questo documento, il suo impegno concreto di lotta per dare uno sbocco immediato alle indicazioni presenti nei documenti comprensoriali sulla riforma sanitaria.

In questo momento diventa una questione di fondo accrescere i già ampi consensi e quindi i rapporti di forza, che provengono oltre che dalla classe lavoratrice impegnata sempre di più nella conquista della riforma, anche dalle altre forze sociali.

La Federazione chiede quindi la piena responsabilizzazione della Regione e degli Enti locali per una precisa caratterizzazione delle strutture e delle gestioni che ad essi competono, ribadendo altresì che tutti questi problemi trovano la loro piena collocazione nell'azione generale che le forze sindacali portano avanti sui grandi temi dell'occupazione, delle riforme, degli investimenti.

E' questa unitarietà di scelte e di obiettivi che porterà la Federazione a scegliere le forme di pressione che riterrà più opportune verso il Governo ed i pubblici poteri, pressioni tese a sciogliere in modo definitivo le incertezze, a rimuovere gli ostacoli, a superare i ritardi. La Federazione andrà entro breve tempo ad approfondire il dibattito in tutti i luoghi di lavoro, con la cittadinanza, perché è consapevole che sotto questa spinta si possano gradualmente realizzare gli strumenti in grado di anticipare il servizio sanitario.

Per questo è necessario da parte di tutte le istanze sindacali sviluppare le iniziative nei luoghi di lavoro per la tutela della salute psico-fisica da collegare all'azione nella società poiché tale lotta è tesa non solo al miglio-

ramento delle condizioni di salute dentro la fabbrica, ma anche al più completo benessere nella società, benessere che è possibile solo attraverso la conquista di un nuovo sistema sanitario.

Questo è un dato di fatto che deve vedere la Regione, gli Enti locali, riuniti a costruire definitivamente una riforma sanitaria che sia al pieno servizio di tutti i lavoratori.

## SCHEMA DI STATUTO DI CONSORZIO INTERCOMUNALE PER I SERVIZI SANITARI E SOCIALI

(Bozza approvata dal Consiglio Comunale il 5 settembre 1973 con deliberazione n. 28983/1213).

Art. 1 - A norma degli artt. 156 e segg.ti del T. U. della Legge Comunale e Provinciale approvata con R.D. 3 marzo 1934 n. 383, è istituito un Consorzio per i servizi sanitari e sociali fra i comuni di Ravenna-Russi e la Provincia di Ravenna, al fine di promuovere ed organizzare, nella prospettiva di un sistema di sicurezza sociale, interventi in particolare rivolti alla prevenzione nei settori della medicina, dell'assistenza sociale, e dell'igiene e profilassi.

Esso attua la cooperazione fra Comuni e Province, consorziati per lo esercizio *associato* delle competenze loro proprie e di quelle delegate dalla Regione, e costituisce l'organismo locale di programmazione e di iniziativa politica, anche al fine della promozione dell'unità locale dei servizi sanitari e sociali.

Il Consorzio ha sede presso il Comune di Ravenna.

Art. 2 - Il Consorzio assume come principi fondamentali, per la sua attività:

a) il dettato costituzionale in materia di *sicurezza sociale* e di decentramento amministrativo, *quale premessa* al potenziamento delle autonomie locali, all'istituzione dell'U.L.S.S.S. e del servizio sanitario nazionale;

b) le indicazioni normative e programmatiche espresse dalla Regione Emilia-Romagna, anche in relazione alle funzioni che da essa saranno delegate agli Enti locali;

c) la partecipazione dei cittadini alla definizione dei programmi ed alla questione dei servizi.

Art. 3 - L'attività del Consorzio *si realizza* essenzialmente nei seguenti settori:

a) rilevamenti e interventi contro le cause di nocività ambientali, alimentari ed in genere di carattere igienico;

b) organizzazione e *gestione* di servizi socio-sanitari, rivolti a tutta la popolazione ed in particolare, per la maternità e l'infanzia, per l'età evolutiva, per il lavoro, per gli anziani e per lo sport;

c) organizzazione di servizi di medicina veterinaria;

d) promozione e coordinamento di tutte le attività socio-sanitarie del territorio, secondo le finalità sopra previste.

Art. 4 - Ai fini del raggiungimento degli scopi di cui sopra, le Amministrazioni aderenti al Consorzio si associano per l'esercizio dei compiti loro spettanti per legge, in ordine:

a) all'Ufficio Sanitario Comunale;

- b) alle Condotte Sanitarie (Mediche, Ostetriche, Veterinarie);
- c) all'Ufficio Veterinario Comunale;
- d) ai servizi o istituti integrativi della Provincia, di cui agli artt. 92 e 93 del Testo Unico Leggi Sanitarie 27 luglio 1934 n. 1265;
- e) agli eventuali Centri per la lotta contro le malattie sociali, di cui al D.P.R. 11 febbraio 1961 n. 249;
- f) ai Dispensari e Centri di Igiene Mentale ed ai Servizi comunque denominati di prevenzione, cura e riabilitazione, in forma non ospedaliera, delle malattie nervose e mentali;
- g) ai servizi sociali previsti obbligatoriamente per legge o comunque diretti alla prevenzione dello stato di abbandono morale e materiale della infanzia e dei minori;
- h) ai servizi sociali previsti obbligatoriamente per legge o comunque diretti alla riabilitazione ed al reinserimento sociale degli inabili e degli anziani.

Art. 5 - Il Consorzio ha durata fino alla istituzione delle unità locali dei servizi sanitari e sociali; esso si trasformerà nella unità locale prevista dall'apposito piano territoriale regionale, sciogliendosi nei modi e nelle forme previste dagli artt. 167 e 168 della Legge Comunale e Provinciale 3 marzo 1934 n. 383 e della Legge istitutiva delle unità locali.

Art. 6 - Sono organi del Consorzio: l'Assemblea, il Consiglio Direttivo, il Presidente. I componenti dell'Assemblea durano in carica quanto i Consigli che li hanno nominati.

Il Consiglio Direttivo e il Presidente possono essere revocati nel corso del mandato.

Alle eventuali surrogazioni si provvede non appena verificatasi la vacanza ed i nuovi rappresentanti dureranno in carica soltanto fino al compimento del termine normale stabilito per la scadenza dei rappresentanti sostituiti.

Art. 7 - Sono organi di consultazione obbligatoria del Consorzio: il Comitato di iniziativa popolare e la Commissione di programmazione ospedaliera.

Art. 8 - L'Assemblea consorziale è costituita dal Presidente dell'Amministrazione Provinciale o da un suo delegato, dai Sindaci dei Comuni aderenti o da Assessori delegati (membri di diritto) e dai Consiglieri nominati dai rispettivi Consigli Comunali e dal Consiglio Provinciale con rappresentanza secondo il seguente schema:

Comune di Ravenna - rappresentanti di maggioranza 9; rappresentanti di minoranza 9;

Provincia di Ravenna - rappresentanti di maggioranza 6; rappresentanti di minoranza 4;

Comune di Russi - rappresentanti di maggioranza 1; rappresentanti di minoranza 1;

dei quali almeno 1/3 devono essere Consiglieri di uno degli Enti consorziali.

Art. 9 - Sono compiti dell'Assemblea Consorziale:

a) vigilare in collaborazione con il Comitato di Iniziativa Popolare sulla situazione sanitaria e sociale della popolazione del territorio, predisporre le misure di sua competenza, nonché coordinare le attività degli Enti che operano agli stessi fini;

b) approvare il bilancio preventivo annuale, previo parere degli Enti consorziati e del Comitato di Iniziativa Popolare e il conto consuntivo;

c) adottare provvedimenti in ordine a finanziamenti straordinari;

d) nominare i revisori dei Conti;

e) approvare il Regolamento interno, dei servizi e del personale;

f) proporre il Regolamento Comunale di Igiene da sottoporre alla approvazione dei Consigli dei Comuni aderenti;

g) proporre agli Enti consorziati eventuali modifiche del presente Statuto e lo scioglimento del Consorzio;

h) nominare i dipendenti ed assumere eventuali provvedimenti disciplinari nei loro confronti, nel rispetto del Regolamento interno e delle leggi vigenti;

i) nella fase di avvio disporre dell'impiego di tutti i dipendenti del Consorzio previo accordo con i rappresentanti degli Enti stessi;

l) deliberare in merito ad accordi o convenzioni con altri Enti Pubblici per attività concernenti il Consorzio;

m) ricevere, discutere ed eventualmente deliberare in ordine alle proposte, osservazioni e critiche formulate dagli Enti consorziati e dal Comitato di iniziativa popolare.

Art. 10 - L'Assemblea è convocata dal Presidente che ne dirige le sedute. Essa si riunisce almeno ogni tre mesi, in seduta ordinaria.

L'Assemblea è convocata su iniziativa del Presidente, su richiesta del Consiglio Direttivo o di almeno un terzo dei componenti della Assemblea stessa, nonché su richiesta motivata del Comitato di iniziativa popolare, della Provincia o di uno dei Comuni consorziati.

Art. 11 - Il *Consiglio Direttivo* si compone del Presidente e di 8 membri, scelti e nominati dall'Assemblea fra i suoi componenti, di cui 4 rappresentanti della minoranza.

Art. 12 - Sono attribuzioni del Consiglio Direttivo:

a) la predisposizione del bilancio preventivo e del conto consuntivo, della pianta organica, nonché dei provvedimenti normativi dei servizi per la presentazione alla approvazione dell'Assemblea;

b) l'adozione delle deliberazioni che non rientrano nelle competenze dell'Assemblea, nonché, nei casi di comprovata urgenza, di quelle che ad essa competono, con riserva di ratifica quanto prima possibile e comunque nella prima riunione successiva dell'Assemblea stessa;

c) la proposta di assunzione, sostituzione e di provvedimenti di qualsiasi natura, compresi quelli disciplinari, nei confronti del personale dipendente, tenuti presenti le norme e gli accordi sindacali esistenti nel regolamento organico.

Art. 13 - Il Presidente del Consorzio è nominato dall'Assemblea tra i suoi componenti.

Il Presidente rappresenta il Consorzio a tutti gli effetti, cura le esecuzioni delle deliberazioni dell'Assemblea e del Consiglio Direttivo, impartisce le disposizioni di carattere urgente ed indilazionabile ed assume i provvedimenti indifferibili di sanità pubblica di sua competenza, riferendone quanto prima al Consiglio Direttivo ed all'Assemblea per le relative ratifiche; egli convoca e presiede il Consiglio Direttivo e l'Assemblea con le modalità e gli

usi in vigore nei Comuni e nei Consigli Provinciali; cura i rapporti con gli Enti consorziati e *trasmette ad essi gli atti per i quali, in base alle vigenti disposizioni, sono emanabili provvedimenti contingibili ed urgenti.*

In caso di assenza o impedimento, il Presidente delega un membro del Consiglio Direttivo fino all'eventuale sostituzione da parte dell'Assemblea.

Art. 14 - Al fine di potenziare la partecipazione popolare sulle scelte politico-programmatiche, che ha la sua espressione fondamentale nella gestione sociale dei servizi tramite la partecipazione popolare, è costituito il *Comitato di iniziativa popolare*, espressione delle forze sociali e sindacali organizzate nel territorio.

In tale Comitato, la maggioranza deve essere costituita dai rappresentanti delle organizzazioni dei lavoratori. Esso deve essere consultato circa le scelte strutturali ed i programmi di attività del Consorzio ed esercitare funzioni di controllo sulla erogazione dell'assistenza sanitaria in tutte le sue forme: prevenzione, cura, recupero.

Ha inoltre potere di stimolo e di iniziativa per svolgere indagini conoscitive, convocare assemblee popolari, presentare proposte al Comitato di Gestione che ne deve motivare l'eventuale non recepimento.

Art. 15 - Il Comitato è formato di 12 componenti, designati dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori dipendenti più rappresentative nella zona, di 8 componenti designati dalle organizzazioni dei coltivatori diretti, artigiani, commercianti ed associazioni medie e piccole imprese più rappresentative, di una rappresentanza delle associazioni dei tecnici che operano localmente nei settori della sanità e dell'assistenza sociale ed eventualmente di altri rappresentanti di gruppi o interessi di cittadini nominati dall'Assemblea consorziale, in numero non superiore a 5.

Art. 16 - Il Comitato è costituito ed insediato dall'Assemblea immediatamente dopo l'elezione del Presidente e del Consiglio Direttivo e, nella sua prima riunione, provvede a stabilire le modalità del proprio funzionamento.

Art. 17 - Al fine di coordinare le scelte e l'attività dell'Ente Ospedaliero e del Consorzio per i servizi sanitari e sociali in un piano organico del comprensorio ravennate, si riafferma che il Consorzio dovrà agire in stretto rapporto con la Commissione di programmazione dei servizi ospedalieri, in cui sono rappresentati: Amministrazione Provinciale, Comune e Ospedale di Ravenna, Comune e Infermeria di Russi e le rappresentanze delle forze politiche.

Art. 18 - La Commissione di Programmazione dei servizi ospedalieri è riconosciuta dall'Assemblea del Consorzio all'atto del suo insediamento, come organismo di consultazione obbligatoria: i 2 organismi provvederanno a stabilire le modalità della reciproca collaborazione.

Art. 19 - Il Consorzio provvede al raggiungimento degli scopi per i quali è costituito, mediante contributi dei singoli Comuni e dell'Amministrazione Provinciale.

Il contributo di ognuno dei Comuni Consorziati è pari al riparto della spesa incontrata in ogni esercizio sulla base del bilancio preventivo approvato dall'Assemblea, in ragione direttamente proporzionale alla popolazione residente, alla formazione dei bilanci preventivi dei singoli Comuni.

Da detta spesa, preliminarmente al riparto fra i Comuni consorziati viene dedotto un contributo a carico dell'Amministrazione Provinciale stabilito nella misura pari ad un terzo della spesa totale.

Le quote di partecipazione al Consorzio dovute dalle singole Ammini-

strazioni Comunali e dall'Amministrazione Provinciale, saranno versate in rate trimestrali anticipate, sulla base delle somme stanziare nel bilancio.

Il conto consuntivo della spesa incontrata in ogni anno ed il riparto definitivo relativo verrà effettuato entro tre mesi dalla chiusura dell'esercizio cui si riferisce il conto stesso.

Ottenuta l'approvazione degli organi di controllo, le Amministrazioni interessate effettueranno i conguagli conseguenti entro un mese dall'avvenuta partecipazione della spesa definitiva.

L'assemblea, nel determinare le quote di riparto della spesa, può fare eccezione ai criteri sopra indicati, in relazione al diverso livello dei servizi forniti inizialmente dai singoli Comuni e dalla Provincia.

Art. 20 - In apposito capitolo del regolamento, l'Assemblea Consorziale stabilirà la pianta organica del personale occorrente per il raggiungimento degli scopi per i quali il consorzio è stato costituito; vi sarà il trattamento economico, detterà norme intese a disciplinare lo stato giuridico del personale stesso in conformità di quanto disposto dalle norme e dagli accordi attualmente in vigore e dalle norme riguardanti i servizi di vigilanza igienica e di profilassi contenute nel Testo Unico Leggi Sanitarie 27-7-1934 n. 1265 e successive modificazioni e dalle altre leggi generali e speciali attinenti alla materia sanitaria e di assistenza sociale.

I servizi in cui si articola l'attività del consorzio sono disciplinati secondo il principio dell'autonomia funzionale di ogni servizio, garantendo contemporaneamente l'interdisciplinarietà, la mobilità del personale, nonché la possibilità che esso presti attività in più servizi.

Art. 21 - Il servizio amministrativo e contabile del consorzio è disimpegnato da personale incaricato, al quale sarà corrisposto un compenso stabilito dall'Assemblea consorziale.

Art. 22 - Il servizio di tesoreria e cassa sarà affidato dall'Amministrazione consorziale al tesoriere del Comune, sito nel Consorzio.

Art. 23 - Per quanto riguarda le deliberazioni, la finanza e la contabilità, si applicano le norme stabilite dal T.U. legge Comunale e Provinciale 3-3-1934 n. 383 e successive modificazioni.

Art. 24 - Per quanto non è contemplato nel presente statuto, si intendono applicabili le norme del T.U. Legge Comunale e Provinciale e del Testo Unico delle Leggi sanitarie e relative modificazioni, nonché le Leggi e i Regolamenti generali e speciali vigenti in materia sanitaria e sociale.

## NUOVO REGOLAMENTO

### PER IL DECENTRAMENTO DEMOCRATICO

*(Deliberato dal Consiglio Comunale il 10-3-72. - Approvato dalla Sezione Autonoma Prov.le di Ravenna del Comitato Regionale di Controllo il 9-3-73)*

#### CAPO I

##### RAGIONI DEL DECENTRAMENTO

Art. 1 - Per permettere una maggiore e più diretta partecipazione dei cittadini alle scelte e alle decisioni riguardanti la vita e lo sviluppo della comunità, oltre alla loro presenza nella gestione dei servizi collettivi, per arricchire i contenuti fondamentali delle autonomie locali; per contribuire allo sviluppo democratico del Paese secondo i principi sanciti dalla Costituzione, ispirandosi ai valori dell'antifascismo e della Resistenza, in applicazione dei principi del decentramento, il Consiglio comunale decide di procedere alla costituzione di Consigli di Delegazione, Zona, Quartiere tramite i quali si realizza la partecipazione dei cittadini alla direzione della vita della comunità.

#### CAPO II

##### RIPARTIZIONE DEL TERRITORIO E COMPOSIZIONE DEI CONSIGLI

Art. 2 - Il territorio comunale è suddiviso in 6 quartieri, 2 zone e 7 delegazioni come si evince dall'allegata planimetria.

Art. 3 - Il Consiglio di Quartiere, di Zona e di Delegazione si compone di 30 Consiglieri nominati con elezioni dirette o di I° grado, dai cittadini residenti in quel territorio.

L'apposita regolamentazione delle elezioni dirette è demandata alla Commissione comunale per il Decentramento democratico. Tale regolamentazione, una volta approvata dal Consiglio comunale, verrà a costituire parte integrante del presente regolamento.

*(Norma transitoria)*

« Il Consiglio di Quartiere, di Zona e di Delegazione si compone di 30 Consiglieri nominati con elezione di II° grado dal Consiglio comunale tra le persone residenti in quel territorio su indicazione dei singoli Gruppi Consiliari, in proporzione dei medesimi, garantendo la presenza di tutti i Gruppi ».

##### REQUISITI PER L'ELEGGIBILITÀ

Art. 4 - Sono eleggibili a Consiglieri di Quartiere, Zona e Delegazione i cittadini che abbiano compiuto il 18° anno di età e che abbiano ad eccezione dell'età i requisiti dell'iscrizione o siano iscritti nelle liste elettorali del Comune di Ravenna.

Non possono essere nominati consiglieri: i consiglieri comunali; i consiglieri provinciali; i componenti delle commissioni di Amministrazione delle Aziende Municipalizzate; i membri dei consigli delle pubbliche istituzioni di assistenza e di beneficenza e degli Enti ospedalieri; i componenti delle commissioni di controllo sugli atti degli Enti locali; i dipendenti comunali.

## NOMINA DEI CONSIGLIERI

Art. 5 - L'elezione diretta dei Consigli di Quartiere, di Zona e di Delegazione avverrà non oltre i 90 giorni dall'avvenuta elezione del Sindaco e della Giunta municipale.

La costituzione ufficiale dei Consigli avviene mediante ratifica degli eletti da parte del Consiglio comunale entro 40 giorni dall'esito delle elezioni.

Il Consiglio di Quartiere, di Zona e di Delegazione resta in carica fino alla scadenza del mandato amministrativo del Consiglio comunale ed esercita le sue funzioni fino alla nomina del nuovo Consiglio di Quartiere, Zona e Delegazione.

*(Norma transitoria)*

« La Costituzione dei Consigli avverrà mediante la nomina dei Consiglieri componenti nel corso della sessione consiliare indetta per le elezioni del Sindaco e della Giunta municipale.

Il Consiglio resta in carica fino alla scadenza del mandato amministrativo del Consiglio comunale, ed esercita le sue funzioni fino alla nomina del nuovo Consiglio comunale ».

## DURATA DEL CONSIGLIO

Art. 6 - Nel caso di decadenza, dimissioni o morte della maggioranza dei componenti eletti nel Consiglio di Quartiere, Zona e Delegazione, il Consiglio comunale ne dichiara formalmente la decadenza e nella stessa seduta procede all'indizione di nuove elezioni per il rinnovo del Consiglio stesso osservando i termini degli artt. 3 - 5 del presente regolamento.

*(Norma transitoria)*

« Nel caso di decadenza, dimissioni o morte della maggioranza dei componenti del Consiglio di Quartiere, Zona e Delegazione, eletto con elezioni di 2° grado, il Consiglio comunale ne dichiara formalmente la decadenza e nella stessa seduta procede al rinnovo del Consiglio stesso osservando le norme transitorie contenute negli artt. 3 - 5 ».

## DECADENZA DEI CONSIGLIERI

Art. 7 - Si decade da Consigliere per nomina a far parte degli organi deliberativi e dei Consigli di Amministrazione indicati all'art. 4, per assunzione da parte del Comune; per dimissioni dalla carica; per assenza ingiustificata a tre sedute consecutive del Consiglio.

Nel caso di decadenza, di dimissioni o di morte di uno o più componenti del Consiglio, entro 40 giorni viene/vengono nominati nuovi Consiglieri i corrispondenti primi non eletti sulla base di quanto detterà il regolamento per le elezioni dirette.

*(Norma transitoria)*

« Si decade da Consigliere per nomina a far parte degli organi deliberativi e dei Consigli di Amministrazione indicati all'art. 4; per assunzione da parte del Comune; per dimissioni dalla carica; per assenza ingiustificata a tre sedute consecutive del Consiglio.

Nel caso di decadenza, di dimissioni o di morte di uno o più componenti il Consiglio, il Consiglio comunale procede entro 30 giorni alla nomina del/i nuovo/i Consigliere/i su designazione del Gruppo Consiliare al quale apparteneva/no ».

## SEDE

Art. 8 - Il Consiglio di Quartiere e di Zona ha sede in locali appositamente reperiti dall'Amministrazione comunale su indicazione della Commissione per il Decentramento e della Giunta municipale. Il Consiglio di Delegazione ha sede presso gli Uffici comunali di Delegazione.

## CAPO III

## COMPITI E FUNZIONI

Art. 9 - Il Consiglio di Quartiere, Zona e Delegazione è uno strumento democratico che garantisce la partecipazione dei cittadini alla vita pubblica. In questo quadro svolge ogni attività che riterrà proficua alle popolazioni e allo sviluppo dell'autonomia locale, alla difesa delle istituzioni democratiche e del loro potenziamento e sviluppo. In particolare opererà per:

- individuare ed esaminare le aspirazioni della popolazione, di gruppi e comitati locali (che devono in prima istanza rivolgersi al Consiglio) e farsene portavoce, dopo adeguata valutazione, presso l'Amministrazione comunale per la loro realizzazione tramite la diretta partecipazione del Consiglio medesimo;
- partecipare con pareri, suggerimenti e proposte, interessando i cittadini attraverso periodiche assemblee ed esaminando le richieste di Comitati locali o assemblee spontanee, alla elaborazione di ogni Bilancio di previsione o dei Piani Poliennali o delle grandi scelte di politica amministrativa riguardanti la comunità nella loro fase preparatoria siano esse quelle del Municipio, del Comprensorio, che delle Aziende Municipalizzate;
- promuovere forme di intervento nella realtà sociale del Quartiere per il raggiungimento di un più ampio e profondo collegamento con le popolazioni, i ceti produttivi e le loro organizzazioni sulle scelte assunte dalla Amministrazione e dai Consigli per affrontare i problemi strutturali della comunità e del Paese (condizioni di lavoro, scuola, salute, trasporti, casa, servizi sociali) per essere non oggetto ma soggetto del processo sociale, partecipe della «domanda» e artefice della soluzione dei problemi;
- suggerire l'opportunità di studi, ricerche e indagini nell'ambito del proprio territorio e promuovere convegni per la risoluzione dei problemi inerenti;
- indicare i lavori di piccola manutenzione nell'interesse dei cittadini e per la piena efficienza dei servizi comunali affidati ai Consigli di Delegazione in base al regolamento adottato dal Consiglio comunale;
- fornire indicazioni su tutte le attività municipali presenti nel Quartiere, Zona e Delegazione;
- promuovere pareri sulle proposte di legge regionali e su altri atti amministrativi. In tali casi la risposta del Consiglio deve pervenire alla Amministrazione entro 15 giorni;
- emettere pareri su richiesta del Consiglio comunale entro 15 giorni dalla stessa, salvo termine superiore indicato dall'Amministrazione;
- formulare proposte di modifica del presente Regolamento alla Commissione comunale del Decentramento;
- comunicare e programmare iniziative comuni con altri Consigli di Quartiere, Zona e Delegazione.

Il Presidente del Consiglio di Delegazione, Zona e Quartiere, nella sua qualità di Delegato o di Aggiunto del Sindaco, d'intesa con il suo Consiglio, sovrintende ai servizi collettivi concernenti il proprio territorio (scuola

materna, asili, campi di gioco, attrezzature sportive, servizi sanitari e sociali, trasporti), accertando la rispondenza dell'operato degli uffici istituiti e delle aziende comunali alle direttive impartite dai competenti organi, nonché assicurando la continuità del soddisfacimento dell'istanza sociale anche in fase attuativa.

Per assolvere a tali compiti essi si daranno, in collaborazione con la Giunta, l'Assessorato al Decentramento e gli Assessori competenti, gli strumenti di partecipazione all'uopo necessari.

#### COMMISSIONI O GRUPPI DI LAVORO

Art. 10 - Il Consiglio strutturerà il proprio lavoro con la costituzione di gruppi di studio e commissioni di lavoro. Questi potranno essere formati oltre che da membri del Consiglio, da cittadini residenti nel territorio, come singoli interessati o come rappresentanti delle varie espressioni organizzate della vita civile. Il limite minimo di età per poter far parte dei gruppi e delle commissioni è fissato in 16 anni. Le Commissioni Consiliari comunali e i singoli Assessori si possono avvalere di tali gruppi e commissioni per i singoli settori di impegno.

#### INTERROGAZIONI E PETIZIONI AGLI ORGANI COMUNALI

Art. 11 - Il Consiglio di Quartiere, di Zona e di Delegazione può presentare interrogazioni e petizioni al Consiglio comunale, al Sindaco, agli Assessori, alla Commissione Comunale per il Decentramento e alle Commissioni Amministratrici delle Municipalizzate, che formuleranno risposte (orali o scritte) sulle possibili linee di intervento e sulle scelte che si intendono operare sulle questioni proposte, secondo i termini previsti dal Regolamento del Consiglio comunale.

Per questioni di rilevanza particolare e di interesse generale per la comunità una rappresentanza del Consiglio può chiedere di essere invitata al Consiglio comunale e di presentare relazioni ed interventi, previa iscrizione della questione proposta all'o.d.g. dal Consiglio comunale.

#### RIUNIONI DEI PRESIDENTI E VICE-PRESIDENTI

Art. 12 - Il Sindaco e ogni singolo Assessore e le Commissioni per il Decentramento promuoveranno incontri con i Presidenti e con i Vice-Presidenti, oltre che con i Consiglieri qualora sia necessario, per la discussione di problemi di comune e rilevante interesse: bilanci di previsione, scelte di politica amministrativa, ecc.

Per permettere lo scambio della collaborazione necessaria l'Assessorato al Decentramento a metà corso dell'anno fornirà ai Consigli un elaborato sullo stato di attuazione del bilancio di previsione e dei relativi impegni.

#### ASSEMBLEE

Art. 13 - Le assemblee convocate dai Consigli di Quartiere, Delegazione o Zona si articolano a livello di località, borgo, frazione, strada, a seconda dei problemi da esaminare e degli interessi delle popolazioni. Le proposte delle assemblee e dei comitati locali sono trasmesse ai rispettivi Consigli che debbono esprimere su di esse il loro autonomo giudizio. Nel caso che il giudizio del Consiglio contrasti con le decisioni delle assemblee il Consi-

glio deve motivare le ragioni del contrasto in successive riunioni di assemblea.

Alle assemblee devono essere invitati il Presidente e i Consiglieri residenti nella località.

Alle assemblee, come alle riunioni dei Consigli, possono partecipare uno o più rappresentanti dell'Amministrazione.

#### RAPPORTI CON GLI ALTRI ENTI

Art. 14 - Il Consiglio di Quartiere, di Zona e di Delegazione può far giungere ordini del giorno, petizioni e proposte oltre che all'Amministrazione comunale ad ogni altro Ente od organismo su qualsiasi argomento.

Può invitare alle sue sedute i rappresentanti, oltre che del Comune, del Comprensorio, della Provincia e della Regione; può chiedere di conferire direttamente con gli organi comunali, comprensoriali, provinciali e regionali. Può servirsi degli organi di informazione del Municipio per pubblicare proposte, osservazioni, documenti.

#### PETIZIONI AL CONSIGLIO DI QUARTIERE, ZONA E DELEGAZIONE

Art. 15 - Tutti i cittadini, purché abitanti nel territorio di giurisdizione del Consiglio, possono presentare petizioni e interrogazioni per iscritto al Consiglio di Quartiere, Zona e Delegazione. Alle petizioni il Consiglio darà risposta nei modi ritenuti più opportuni entro trenta giorni dalla loro presentazione, salve le implicanze derivanti dalla eventuale necessità di consultare gli organi dell'Amministrazione comunale.

#### SEDUTE DEL CONSIGLIO

Art. 16 - Le sedute del Consiglio di Quartiere, Zona e Delegazione sono pubbliche, fatta eccezione per le questioni riguardanti persone o interessi privati. Il Consiglio di Delegazione, Quartiere e Zona esprime la sua volontà in modo autonomo e a maggioranza di voti. La riunione è presieduta dal Presidente o, in caso di sua assenza, dal Vice-Presidente.

#### SEGRETARIO

Art. 17 - Ad ogni Consiglio l'Amministrazione Comunale assegnerà un Segretario.

Il Segretario provvede alla compilazione del verbale riassuntivo delle decisioni prese, dell'esito delle votazioni e di ogni altra utile indicazione.

Copia del verbale, firmata dal Presidente e dal Segretario, sarà rimessa entro 10 giorni al Sindaco e all'Assessore al Decentramento.

Oltre che dal Segretario, l'opera del Presidente, del Vice-Presidente e del Consiglio potrà essere coadiuvata da personale specializzato messo dalla Amministrazione a disposizione degli organi del Decentramento.

#### SPESE

Art. 18 - Alle spese per il funzionamento dei Consigli di Quartiere, Zona e Delegazione, sostenute in applicazione dei compiti e delle funzioni descritte provvede il Consiglio Comunale mediante l'iscrizione di un apposito articolo di bilancio e l'assunzione delle necessarie deliberazioni. Il Consiglio Comunale provvederà pure ad una ripartizione, secondo determinati parametri, dell'importo stanziato dalle varie Delegazioni, Zone e Quartieri.

## CAPO IV

## PRESIDENTE E VICE-PRESIDENTE

Art. 19 - Il Presidente è eletto a scrutinio segreto dal Consiglio di Quartiere, di Delegazione e di Zona nella prima seduta con l'intervento di almeno due terzi dei Consiglieri, a maggioranza assoluta di voti; nelle successive sedute è richiesta la presenza della metà più uno dei componenti il Consiglio e la nomina avrà luogo a maggioranza assoluta di voti.

Il Sindaco delega le funzioni di Ufficiale di Governo, a norma dell'art. 154 del T.U., ai Presidenti dei Consigli di Delegazione e nominerà Aggiunti del Sindaco i Presidenti dei Consigli di Quartiere e di Zona.

Il Presidente può essere chiamato a far parte della Commissione Comunale per il Decentramento (di cui all'art. 22 del presente Regolamento).

Art. 20 - Il Presidente rappresenta il Consiglio di Quartiere, di Zona e di Delegazione a tutti gli effetti; convoca e presiede il Consiglio moderandone i lavori e predispone, sentiti i Capigruppo consiliari, l'o.d.g. delle sue riunioni; dà corso ai voti del Consiglio; su proposta del Consiglio segnala al Sindaco, all'Assessore al Decentramento e agli Assessori competenti i problemi del Quartiere, della Delegazione, della Zona; svolge le funzioni commessegli dai regolamenti comunali.

Può essere invitato dal Sindaco a presenziare alle sedute del Consiglio comunale per essere sentito sui problemi del Quartiere, della Delegazione, della Zona. Può essere invitato dalla Commissione Comunale per il Decentramento e dalla Giunta per riferire sui problemi del territorio del Quartiere; sovrintende agli uffici, personale, servizi e istituzioni comunali esistenti nella Delegazione; fa osservare le deliberazioni del Consiglio comunale e della Giunta, le ordinanze ed i regolamenti; adempie alle altre funzioni commessegli ed esercita le altre facoltà consentitegli dalla legge.

Assicura l'adempimento nel Quartiere, nella Delegazione o nella Zona delle funzioni commesse ai funzionari e ai dipendenti comunali che prestano servizio presso gli organi decentrati del Comune.

Art. 21 - Ogni Consiglio, con le stesse norme fissate all'art. 19, nomina un Vice-Presidente. Esso coadiuva il Presidente nello svolgimento delle sue funzioni e lo sostituisce a tutti gli effetti in caso di suo impedimento.

Il Vice-Presidente può essere chiamato a far parte della Commissione Comunale per il Decentramento (di cui all'art. 22 del presente Regolamento).

## CAPO V

## LA COMMISSIONE COMUNALE PER IL DECENTRAMENTO

Art. 22 - E' istituita una Commissione Comunale per il Decentramento composta di due rappresentanti, uno effettivo ed uno supplente, dei Gruppi presenti in Consiglio Comunale e da un Presidente o Vice-Presidente di Consiglio di Quartiere, Zona e Delegazione appartenente a ciascuno dei Gruppi consiliari.

Partecipa alle riunioni della Commissione Comunale il responsabile dell'Ufficio Decentramento. La Commissione è presieduta dal Sindaco o dall'Assessore al Decentramento che in ogni caso ne fa parte di diritto.

I membri supplenti potranno essere scelti al di fuori del Consiglio comunale.

Art. 23 - Le funzioni della Commissione sono le seguenti:

— assistere con pareri, suggerimenti, proposte l'Assessore al Decentra-

mento e seguire l'attività dei Consigli di Delegazione, Zona e Quartiere al fine di un sempre maggiore sviluppo e potenziamento della loro vita e delle loro attribuzioni;

— formulare le proposte al Consiglio comunale sulle delimitazioni dei Quartieri, Delegazioni, Zone; sul funzionamento dei Consigli; sulle variazioni del presente Regolamento sentiti i Consigli, sui rapporti dei Consigli con gli organismi esecutivi e rappresentativi del Comune.

La Commissione interviene qualora si verifichino da parte dei Consigli oggettive difficoltà ad assolvere alle funzioni di cui all'art. 9 ultimo comma, cercando di rimuovere gli ostacoli e assegnando temporaneamente l'espletamento di tali compiti ad altri organi.

## CAPO VI

### REGOLAMENTI SPECIFICI

Art. 24 - Per ogni attività delegata da parte del Consiglio comunale ai Consigli di Quartiere, Zona e Delegazione la Commissione Comunale per il Decentramento provvederà, previa approvazione dei criteri da parte del Consiglio Comunale, ad approntare i relativi regolamenti.

## **UN' ESPERIENZA DI PARTECIPAZIONE**

Comune di PINEROLO

a cura di Angela M. MACCOTTA CECCARELLI (\*)  
già direttore del Consorzio per lo sviluppo socio-culturale  
delle comunità - Torino

(\*) La pubblicazione di questo contributo, forzatamente incompleto, vuole essere anche un ricordo e un segno di riconoscenza della Fondazione Zancan alla dr.ssa Angela Maria Maccotta Ceccarelli, recentemente scomparsa, per la collaborazione data per quasi un decennio ai seminari sulla politica locale dei servizi sociali.

1. L'area pinerolese, di cui Pinerolo è il Comune più importante, occupa la parte sud occidentale del territorio provinciale ed ha caratteristiche prevalentemente montane: il 63% della sua superficie è costituito dalle tre Valli Chisone, Pellice e Germanasca (Legge sulle Comunità Montane), il 17% da collina ed il 20% da pianura. Popolazione al 1971: 121.000 abitanti.

Il piano regionale piemontese, redatto dall'IRES per il quinquennio 1966-1970 prevedeva la suddivisione del territorio provinciale in 3 aree ecologiche a « significare la stretta connessione che deve realizzarsi tra comunità e territorio e la presenza, all'interno dell'area, di tutte le condizioni che consentono lo svolgimento, a buon livello, della vita socio-economica della comunità ».

Condizione di realizzazione era che fosse attuata una decisa politica di pianificazione, attraverso rigorose operazioni politiche e l'utilizzazione di una vasta strumentazione di piano.

Poiché ciò non è avvenuto, in certo senso gli obiettivi dell'IRES sono falliti e le tendenze di sviluppo disorganico hanno preso il sopravvento.

In sostanza l'IRES indicava al Comitato Regionale per la Programmazione economica alcune proposte ed ipotesi che opportunamente tradotte in scelte politiche avrebbero potuto imprimere allo sviluppo piemontese direzioni diverse: si trattava di una politica di riequilibrio del territorio, della diffusione dei consumi sociali e via dicendo.

Per esempio un primo confronto dei dati permette di accertare che il tasso di aumento del pinerolese per quanto riguarda il movimento della popolazione, l'occupazione industriale agricola ed il settore dei servizi è notevolmente inferiore a quello regionale ed in particolare a quello della provincia di Torino.

Ciò è la conseguenza di uno spopolamento sempre più accentuato delle zone montane senza che i centri della pianura abbiano ripreso e accresciuto proporzionalmente il calo di popolazione in montagna.

La caduta occupazionale è rilevante: il 6,4% in meno dal 1961 al 1971 corrispondente a circa 2.000 posti di lavoro.

Pinerolo ha una superficie di circa 50 Km.<sup>2</sup>, 3 frazioni e, al 31 dicembre 1972, 37.239 abitanti.

La punta massima dell'incremento demografico annuale è stata raggiunta nel 1963 con 1.225 unità. Invece nel periodo 1 gennaio - 31 dicembre 1972 la popolazione è diminuita di 232 abitanti.

Con apposita legge regionale, nel marzo 1973, veniva istituito il « circondario » nell'ambito della circoscrizione provinciale di Torino.

Comprende 53 Comuni (7 in più rispetto all'area ecologica) ed ha una sezione decentrata del Comitato di controllo sugli atti dei Comuni e degli altri enti locali.

Pur trattandosi di un semplice decentramento amministrativo assume al suo interno carattere di una certa importanza il riconoscimento implicito e formale di Pinerolo quale centro dell'area ecologica.

Ma il processo di autonomia non deve fermarsi a questi punti: il circondario deve precludere al comprensorio cioè alla istituzione di una autorità politica e giuridica decentrata ed autonoma alla quale spetterà di promuovere lo sviluppo del territorio e di incidere così sui fattori che determinano la vita di un'area ecologica che ha in Pinerolo il suo polo.

A ciò si aggiunge che nel Rapporto preliminare al Piano piemontese sul quale si è svolta la consultazione prevista dallo Statuto regionale, il Pinerolese è escluso dall'area metropolitana perché Pinerolo dispone di una soglia demografica e di un contesto di infrastrutture che, se debitamente potenziate ed in presenza di un chiaro indirizzo di pianificazione volto in questa direzione, può essere mantenuto come polo dominante per il suo hinterland.

Circa gli altri elementi messi in luce nelle documentazioni contenute nei quaderni n. 13 e 20 della Fondazione « E. Zancan », non molto è mutato, anche se la classe politica, letteralmente travolta dai movimenti prodottisi in questi ultimi anni tende ad orecchiare certi discorsi ed a modificare formalmente il proprio linguaggio.

Si resta ancora sul piano delle capacità personali per quanto riguarda le concezioni di fondo riguardo ai servizi sociali od alla politica locale dei servizi.

Nel 1968, in occasione di una indagine che un assessorato provinciale aveva commissionato al C.S.O.S., da parte di questo ente si ebbe la prima occasione di contatto con l'amministrazione comunale di Pinerolo.

L'amministrazione avanzò richiesta di intervento dell'ente; la richiesta si concretizzò in una convenzione che prevedeva le prestazioni di una assistente sociale presso l'Assessorato assistenza del Comune in termini piuttosto tradizionali, accanto ad una serie di altri compiti (osservazione dei problemi - promozione di nuovi servizi - ricerche ecc.) che l'ente aveva posto come condizioni per poter operare in modo coerente a quelli che erano i suoi orientamenti (« apportare modificazioni innovative sulla struttura, sulla organizzazione e sulla cultura della comunità attraverso la sperimentazione di iniziative connesse con l'U.L.S. »). Perciò accanto all'assistente sociale operante nell'assessorato, l'ente ha introdotto altri operatori quando ha ravvisato le condizioni per realizzare od avviare interventi di carattere promozionale.

2. Già subito dopo il primo periodo di lavoro è stato necessario procedere da un lato ad una analisi della casistica approntata nell'Assessorato, dall'altro ad una analisi dei rapporti di carattere istituzionale già impostati od in via di impostazione.

S'è visto così che, in raccordo con quanto detto nella prima parte di questo lavoro, la comunità pinerolese attraversa, alla pari di altre, una profonda crisi di trasformazione che si coglie concretamente nelle contraddizioni interne che esprime. E' assente ogni tipo di pianificazione ed a qualsiasi livello.

I problemi emersi dai casi trattati sono riconducibili più ad una serie di lacune e di carenze nel campo della politica sociale che non ad uno scarso funzionamento dell'intervento sociale locale, anche se esso si è verificato privo di ogni volontà di modificazione, di coordinamento o di scambio-verifica.

Alla nostra se pur breve esperienza mancava la dimensione concreta e significativa del lavoro con la base, pertanto il quadro operativo non era completo degli elementi necessari a compiere verifiche sulle esigenze degli utenti, con gli utenti stessi. (Ved. pag. 22, quaderno n. 20 della Fondazione « E. Zancan »).

« Se le richieste non giungeranno dai gruppi, assumeremo l'iniziativa, in accordo con l'assistente sociale che opera nell'Assessorato »... E così avvenne.

I dati oggettivi che emergevano dalla casistica, in molti casi elementi di carattere individuale, o richieste di piccoli gruppi, ci convinsero che uno

spazio caratterizzante per la nostra nuova azione poteva essere quello della problematica dell'anziano.

Scelta non difficile certo come ambito, visto il numero di informazioni che la stampa o la letteratura più specializzata cominciavano a dare intorno ad esperienze di servizi rivolti agli anziani, avviate da più parti e promosse dagli enti locali qua e là nel nostro paese.

Scelta difficile se, come nel nostro caso, si è anteposto il processo di partecipazione alla stessa istituzione di un servizio domiciliare.

In quello stesso periodo perveniva, da parte di un gruppo di volontari (tra cui alcuni della S. Vincenzo) all'Assessorato all'assistenza la richiesta di organizzare un corso di carattere infermieristico, avendo essi lo scopo di convertire i loro interventi da prestazioni in natura in interventi di servizio.

Impegnati nelle scelte fatte, gli operatori dell'ente hanno organizzato ed attuato, per conto del Comune, un ciclo di incontri, rivolti a tutta la cittadinanza e finalizzati a fornire una soddisfacente informazione sulla condizione dell'anziano nei suoi aspetti medico, psicologico, sociologico, politico, urbanistico ecc. Attraverso l'informazione — come si legge anche nella lettera del Sindaco — si aveva anche lo scopo di promuovere un mutamento di opinione e sollecitare i più sensibili ad agire a tutti i livelli personali e sociali per determinare un cambiamento concreto.

L'iniziativa ebbe una buona partecipazione, specialmente se rapportata ad altre, sia per la quantità delle persone interessate che per la eterogeneità delle presenze che, infine, per la costanza. Ebbe la durata effettiva di 2 mesi (compresa la fase di preparazione) e fu ampiamente curata per quanto attecchiva alla pubblicizzazione.

Durante tutto lo svolgimento della iniziativa l'assistente sociale utilizzò varie tecniche di animazione che consentirono di rendere la partecipazione dei presenti più sostanziale e misero in luce l'interesse reale di alcune persone sul problema.

Da parte loro infatti giunse la richiesta, al termine del corso, di ritrovarsi per continuare nell'approfondimento dei problemi emersi e fare qualcosa.

Il 27 maggio 1971 circa una ventina di persone diedero vita, durante la prima riunione, ad un comitato, per il momento informale, che si proponeva di scendere nel merito dei problemi utilizzando documentazione oggettiva ed impostando una indagine esplorativa sulla condizione dell'anziano.

Si trattava piuttosto di un gruppo di interesse che, caricato di entusiasmo dalla serie di incontri, sollecitato dai problemi posti sul tappeto dai relatori, tendeva a dare una risposta di tipo emotivo-filantropico-pietistico di tipo individuale ecc. Al massimo il gruppo era disponibile ad incorporare un certo numero di anziani che per i loro interventi battaglieri si erano distinti nel dibattito. Il gruppo era composto di giovani (lavoratori o studenti), casalinghe, un educatore, altri due professionisti, un sacerdote, uno studente del VI anno di medicina ecc.

Il gruppo faceva riferimento formale e sostanziale all'assistente sociale che aveva curato gli incontri e che aveva sperimentato le tecniche di animazione.

Già dalla seconda riunione perciò il gruppo fu messo di fronte ai due aspetti del lavoro che lo attendeva, *quello dell'approfondimento dei problemi* e quello di condurre una *azione di tipo politico*.

Un certo tempo è stato necessario dedicare alla ripresa dei concetti di emarginazione, categoria giuridica del bisogno, servizi sociali aperti, risposta

ai problemi più in termini di servizio che in termini di prestazioni individuali. Accanto ad essi l'assistente sociale ha introdotto il delicato problema di organizzare una azione politica ed ha individuato in due cardini fondamentali il suo lavoro di alcuni mesi:

- A) *con chi muoversi* - Scoperta delle forze sindacali: ACLI, Gruppi di quartiere ecc. Rischio di snaturare il lavoro se gli anziani partecipanti avessero impresso il loro indirizzo (che in larga parte era quello di miglioramento degli istituti di ricovero).
- B) *nei confronti di quale interlocutore* - Riconoscimento dell'ente locale-comune come interlocutore verso il quale indirizzare l'azione politica per l'ottenimento di servizi. Introduzione di elementi circa il discorso dei servizi sociali a livello locale, intorno alla partecipazione come momento importante nella pianificazione dei servizi.

Accanto a questi due filoni principali lavoro e tempo sono stati dedicati alla individuazione di una strategia di azione e ad una precisazione di metodi da seguire.

Da parte dei quadri dell'ente si è dato avvio ad una serie di rapporti di rilevazione del grado di conoscenza e coscienza del comune (specialmente il Sindaco) intorno ai problemi ed agli impegni del gruppo.

E' di questo momento la presa di posizione degli operatori nei confronti ed a favore delle istanze degli utenti anche a costo di arrivare ad uno scontro diretto.

Nell'ottobre 1971 il gruppo diventato ormai « Comitato di base sulle condizioni dell'anziano » perché integrato da forze sindacali (CGIL-CISL), ACLI e gruppi di quartiere, sfrondato di quei membri che proponevano prospettive superate e con altri nuovi membri tra cui alcuni tecnici, si recò dal sindaco a consegnare un primo documento per avviare un dialogo. In data 19-10 il sindaco si è assunto l'impegno di presentare in Giunta il documento.

Contemporaneamente il comitato ha avviato in una zona da esso prescelta, una ricerca finalizzata a conoscere, attraverso colloqui e interviste con un congruo numero di persone anziane, i problemi, i bisogni, le esigenze. Ciò allo scopo di poter disporre di dati sicuri per l'attuazione di un piano operativo dei servizi proposti nel documento e di coinvolgere gli utenti fin dalla fase di impostazione. Il Comitato ha proposto l'invio di due persone al corso di qualificazione svolto a Torino per conto dell'Amministrazione comunale. Il sindaco ha accettato di assumere l'onere della spesa. I giornali locali hanno pubblicato il primo documento dandogli un certo risalto.

Elaborato nel dicembre 1971 un piano programmatico discendente dagli orientamenti espressi nel documento, il Comitato ha chiesto al Consiglio comunale (con lettera individuale a tutti i consiglieri) di esprimersi esplicitamente nelle varie componenti politiche, in ordine alla pianificazione, organizzazione e gestione dei servizi sociali per anziani indicando volontà ed orientamenti.

Nello stesso periodo ha indetto, con volantino ciclostilato, per il 16-1-1972 un'assemblea popolare, primo momento di approccio con la popolazione.

Vista la non rispondenza dei consiglieri comunali interpellati, il Comitato ha indetto una riunione con i capi-gruppo consiliari ed il sindaco, a seguito

della quale ha emesso un comunicato ufficiale alla stampa. Presenti soltanto 2 capi-gruppo ed il sindaco, dopo aver espresso un sostanziale accordo sui temi proposti dal Comitato, si è convenuto di indire una riunione aperta tra Comitato e Consiglio comunale, della cui convocazione formale è stato incaricato il sindaco.

Nella riunione per la verità non molto numerosa quanto alla partecipazione dei consiglieri da parte del Comitato sono stati portati a dibattito alcuni temi, discussi dai presenti, e si è concluso di dedicare una riunione del Consiglio Comunale appositamente al documento presentato dal Comitato.

Il 13-3-1972 (vedere apposita documentazione) il Consiglio ha discusso ampiamente. Se pure confuse, si sono delineate le varie posizioni politiche non molto differenziate e sono stati documentati gli orientamenti dei vari capi-gruppo. Il Consiglio ha proceduto a eleggere una regolare commissione consiliare composta da un rappresentante per ogni forza politica, da affiancare al Comitato con il preciso compito di studiare insieme e preparare un progetto tecnico-esecutivo da sottoporre successivamente al Consiglio per le opportune decisioni.

Già dalla prima riunione congiunta Comitato-Commissione (23 marzo 1972) sono emersi gli squilibri esistenti tra le due entità. Da un lato avevamo il Comitato ormai cosciente e con un buon livello di informazione e preparazione sui problemi in generale e su quello specifico in particolare, rincuorato dal prestigio acquisito nell'assemblea pubblica con la popolazione e dal successo ottenuto nella seduta del Consiglio Comunale, ormai riconosciuto nei patti e nella forma dal Comune come suo diretto interlocutore.

Dall'altro un gruppo di consiglieri comunali disinformati anche sugli elementi più fondamentali di tutto il problema, spaesati e confusi nelle indicazioni, privi di un vero e proprio discorso politico, sorpresi del livello raggiunto dal Comitato.

E' stata necessaria un'azione di alfabetizzazione da parte di tutti, anche dell'assistente sociale, per portare la Commissione alla pari. Era necessario fare in fretta perché con il Consiglio l'impegno era di presentare il piano operativo prima delle vacanze.

Il lavoro comune che poi è stato proficuo si è incentrato particolarmente su:

a) La rimessa in discussione dei punti programmatici concernenti le posizioni assunte dal Comitato di base in riferimento al ruolo del Comune.

b) La predisposizione e la definizione di una strategia nei confronti dell'INAM, dei presidi ospedalieri locali, degli istituti di ricovero, sia per coinvolgere queste istituzioni nella responsabilità tecnica di attuazione del servizio, sia per ricondurre a precise funzioni politiche dell'ente locale, la gestione dell'esperimento.

c) La impostazione ed organizzazione per il Comune di un corso di qualificazione per « addetti all'assistenza agli anziani » di cui richiedere il finanziamento alla Regione e da attuarsi localmente.

Può essere interessante mettere in luce che il Comitato oltre alle riunioni congiunte con la Commissione ne conduceva altre sue proprie.

Sul piano definitivo il Consiglio Comunale ha svolto il suo dibattito nella seduta del 21-7-1972, lo ha approvato con apposita deliberazione che lo comprende ed ha così istituito il servizio di assistenza socio-sanitaria domiciliare per gli anziani di una zona della città, assumendosi le relative responsabilità finanziarie.

## TRACCIA DI PROSEGUIMENTO

1) 4-12-1972 - Inizio del servizio.

2) Dibattito del Comitato sulla assunzione di ruoli rispetto al servizio.

3) *Possibilità alternative:*

gestione insieme alla commissione

gestione insieme al Consiglio Comunale  
Assessore ai Servizi Sociali

gestione dell'Assessore con i Consiglieri

gestione del Cons. Com. Assessore - I  
Cons. Com. li restanti parte del Comitato

Comitato fuori

(Il Comitato non li voleva)

gestione dell'Assessore  
Consiglieri fuori non voluti dal Comitato

Comitato come organo di promozione di  
ulteriori azioni sia in senso territoriale  
che nel senso della politica dei servizi.

4) Servizi - Direzione tecnica

## **DOCUMENTO CONCLUSIVO**

a cura dei partecipanti al seminario

Il gruppo dei partecipanti al seminario su: « Politica locale dei servizi sociali. Problemi di bilancio e di partecipazione: analisi di esperienze » tenuto a Malosco dal 9 al 15 settembre 1973, nel tentativo di puntualizzare quanto era stato proposto dalle relazioni degli esperti, dalle esperienze esaminate e dall'ampio dibattito seguito, ha elaborato il presente documento conclusivo.

Tale documento mette in raffronto criteri indicati dalle relazioni (e ritenuti fondamentali dai partecipanti per l'analisi di esperienze di politica locale dei servizi partecipata e programmata) ed esperienze: da ciò sono scaturite considerazioni critiche circa le problematiche incontrate nell'attuazione delle esperienze nonché interessanti indicazioni operative.

Il documento viene presentato come schema: propone infatti una precisa metodologia d'analisi, fondata su criteri ritenuti fondamentali in relazione ai problemi esaminati.

Per l'approfondimento di singoli punti dello schema bisogna rifarsi alle esperienze incluse nella presente Documentazione.

Mentre i primi seminari tenutisi a Malosco sulla unità locale dei servizi avevano come tema la presentazione, l'approfondimento e la divulgazione di un « modello » di servizi a livello locale (« Unità locale dei servizi »), successivamente questa ipotesi « strutturistica » ha avuto modo di essere superata perché, individuato nel Comune « rinnovato » il soggetto privilegiato, l'accento è stato posto su una « politica locale dei servizi » (senza alcuna aggettivazione) dove ogni ipotesi di modello è considerata strumento importante di indirizzo, ma allo stesso tempo flessibile, non proponibile in modo acritico, ripetitivo, date le molteplici diverse realtà ed esigenze delle comunità locali.

Dal considerare in generale il tema delle politiche locali complessive si è proceduto, nel seminario di quest'anno, ad approfondire due aspetti, la partecipazione e la programmazione: politica locale partecipata e programmata.

In riferimento al tema, il gruppo dei partecipanti ha, tra l'altro, sottolineato come:

- 1) non ci siano contraddizioni tra partecipazione e program-

mazione bensì ampie connessioni (nonostante le esperienze negative italiane). Ma mentre esistono possibilità di verifica circa il potere della programmazione nel creare cambiamento, incidere sulle strutture, provocare partecipazione, mancano indicatori per verificare come il processo di partecipazione metta in moto un processo di programmazione;

2) debba essere riconsiderato e ribaltato il rapporto tra partecipazione ed efficienza. Se il bisogno di partecipazione sociale e politica è bisogno primario di una popolazione, e la sua carenza è causa di squilibrio e malattia sociale, solo una politica sociale che si fondi su servizi « partecipati » è risposta efficace (cioè trasformatrice) ed efficiente (cioè presenta il minor costo e il massimo di profitto sociali).

#### LEGENDA SCHEMA DI ANALISI

Lo schema di analisi delle esperienze di politica locale dei servizi presentate al seminario è stato elaborato durante il seminario stesso per dare organicità alle informazioni e alla verifica critica delle esperienze, renderle comunicabili al di là dei partecipanti stessi, e soprattutto operare una saldatura tra i contenuti delle relazioni e del dibattito della prima parte del seminario (dedicata ai problemi di programmazione e bilancio e ai problemi della partecipazione nella politica locale dei servizi) e le modalità di analisi delle esperienze presentate.

La saldatura è rappresentata dalla qualità dei criteri di analisi introdotti nello schema, qualità giudicata omogenea ai contenuti delle relazioni e del dibattito precedente.

Una simile analisi avrebbe potuto privilegiare altri criteri, o solo parte dei criteri usati, approdando ovviamente a verifiche parzialmente o totalmente diverse, ma si sarebbe trattato, per il seminario, di esperienze dissociate criticamente dalla elaborazione precedente del seminario, piuttosto feconda di stimoli culturali e politici e di indicazioni operative e tecniche ampiamente condivise da tutti i partecipanti.

I criteri di analisi delle esperienze formalizzati nello schema sono tre:

A) Analisi delle classi nel territorio interessato alla esperienza;

B) analisi delle strutture di diseguaglianza nel territorio interessato alla esperienza;

C) analisi del processo di trasformazione della politica locale dei servizi;

(a sua volta articolata in:

- analisi del *progetto*;
- analisi dei *soggetti* protagonisti;
- analisi delle *organizzazioni* protagoniste e/o coinvolte;
- analisi degli *istituti democratici* locali protagonisti e/o coinvolti;
- analisi delle *strutture* di servizio utilizzate).

Col primo criterio si è inteso affermare la necessità di considerare e studiare la popolazione di un territorio come popolazione appartenente a diverse classi sociali e non come un universo indistinto di « utenti » indeterminati. Il criterio di appartenenza di classe è stato individuato nella posizione all'interno dei rapporti di produzione, come posizione determinante il livello di potere sociale e politico, il livello di reddito, il livello di acquisizioni informative - culturali, ecc.

Sviluppare corrette e approfondite analisi locali delle classi e della composizione interna delle classi significa porre in relazione i bisogni con la struttura di classe specifica determinata dalla formazione sociale complessiva in cui storicamente si vive, e significa cominciare a evidenziare i contenuti di classe (conservativi e/o razionalizzanti) delle politiche dei servizi fin qui avviate, o quelli (innovativi - partecipati) che si intende avviare.

Inoltre un'analisi delle classi dovrebbe anche approfondire le tendenze di sviluppo verificatesi nei rapporti tra le classi e nella loro composizione interna e quelle ipotizzabili in base anche alle politiche locali avviate o da avviarsi, e precisare inoltre il rapporto specifico che intercorre tra appartenenza di classe e contenuti, modalità, strumenti di partecipazione sociale e politica.

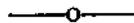
Col secondo criterio si è inteso affermare la conseguente esistenza di *diseguaglianze sociali* (che hanno radici nella struttura di classe) che devono a loro volta essere rilevate qualitativamente e quantitativamente al fine di adeguare a tali strutture di diseguaglianza anche la politica locale dei servizi. In particolare l'analisi delle strutture di diseguaglianza permetterebbe di ricondurre molta « filosofia » e « pratica » assistenziale, e anche molte politiche

« modernizzanti » di servizi, alla analisi e all'intervento sulle cause reali, più che alla cura o al ridimensionamento degli effetti degli squilibri sociali (quindi politica sanitaria preventiva, politica pensionistica, politica della casa...).

Col terzo criterio di analisi si è inteso descrivere in modo articolato il processo di trasformazione della politica locale dei servizi avviato nelle esperienze presentate.

Tale processo è stato individuato in termini di esistenza di una elaborazione specifica, di un « *progetto* » (con caratterizzazione dei suoi *obiettivi*), di esistenza di correlazioni tra tale progetto e la politica locale globale di *programmazione* (piano urbanistico, piano-programma) e/o solo legato a politiche di *bilancio* annuale; in termini di « progetto » già operativo o in fase di « *gestione* », sottoposto o meno a precisi momenti di « *verifica* ».

Inoltre si sono voluti individuare i *soggetti* effettivamente protagonisti dell'avvio del processo di trasformazione della politica locale dei servizi, classificandoli in *individui*, *gruppi informali*, *movimenti collettivi*, e *soggetti istituzionali*; le *organizzazioni* promotrici o direttamente coinvolte (politiche, sindacali, gruppi spontanei organizzati); gli *istituti democratici* locali promotori o coinvolti (consigli di quartiere, comune comprensorio, provincia); le *strutture di servizio* utilizzate e coinvolte (ricerca universitaria, uffici studi locali, singoli esperti, stampa).



- Nella prima colonna sono indicati i criteri desunti dalle relazioni degli esperti.
- Nella seconda, terza, quarta, quinta e sesta colonna sono indicate cinque delle esperienze esaminate (Bologna, Faenza, Mirano, Ravenna, Pinerolo). Nel seminario sono state considerate altre esperienze che non è stato possibile riportare in schema, o perché in fase di progetto, o perché non presentate compiutamente (Castelfranco, Padova, Venezia, Messina). Tutte hanno offerto spunti interessanti per l'individuazione di problematiche ed indicazioni operative.
- Nella settima colonna sono indicati problemi (con il segno —) ed indicazioni operative (con il segno +) ricavate dal dibattito.

- Come si può facilmente notare, quanto nelle colonne è riferito alle esperienze non permette di avere una visione ampia delle caratteristiche e dei contenuti delle stesse. Si danno infatti per note le esperienze che peraltro non erano state presentate secondo lo schema, essendo quest'ultimo frutto del successivo lavoro seminariale.
- Il tratto — nella colonna delle esperienze significa: non esiste.

## S C H E M A   D I   A N A L I S I

CRITERI DI ANALISI DELLE ESPERIENZE	E S P E R I E N Z E		
	BOLOGNA	FAENZA	MIRANO
A) <i>Analisi delle classi sociali</i> (nei settori produttivi e nel territorio interessato alla politica sociale locale).	esistono molti dati statistici, non utilizzabili però ai fini di un'analisi della attuale realtà e della dinamica delle classi sociali	esistono molti dati statistici, non utilizzabili però ai fini di un'analisi della attuale realtà e della dinamica delle classi sociali	esistono alcuni dati statistici, che solo con tentativi informali sono stati utilizzati per una analisi della attuale realtà e della dinamica delle classi sociali

## DELLE ESPERIENZE

ESAMINATE		PROBLEMI E INDICAZIONI OPERATIVE EMERSI
RAVENNA	PINEROLO	
<p>esistono studi di carattere storico sulle classi in agricoltura quali studi preliminari al P.R.G. ed anche «monografie» di quartiere, ma anch'esse scarsamente utilizzabili nel senso di comprensione della realtà e della dinamica delle classi sociali</p>	<p>non è stata fatta; esistono però studi effettuati ai fini del P.R.G., non molto utilizzabili. I dati statistici che ogni anno vengono pubblicati sono anche essi non utilizzabili</p>	<p>— Si riscontra una pressoché totale assenza nelle esperienze esaminate dell'approfondimento dell'analisi delle classi e dei criteri di analisi: sia in riferimento alla politica locale dei servizi, sia in riferimento al <i>processo di partecipazione sociale</i>.</p> <p>— La documentazione statistica esistente non è adeguata per studiare realtà subprovinciali, comprensoriali, ancor di più lo è ai fini di una costruzione di indicatori della realtà e dinamica di classe.</p> <p>+ Si sottolinea l'importanza nel processo di pianificazione che vengano approntate ricerche sulla composizione di classe e sul comportamento sociale delle classi e nei rapporti tra le classi e al loro interno.</p> <p>Tali ricerche potrebbero essere effettuate facendo dirottare parte delle disponibilità finanziarie previste per gli studi di P.R.G.</p> <p>Si ritiene importante che i soggetti di tali ricerche siano non solo istituti scientifici, o singoli esperti, ma anche movimenti organizzati e gruppi di base che individuino nuovi criteri e metodologie di ricerca e inchiesta.</p>

## Segue schema di analisi delle esperienze

CRITERI DI ANALISI DELLE ESPERIENZE	E S P E R I E N Z E		
	BOLOGNA	FAENZA	MIRANO
<p>B) <i>Analisi delle strutture di disuguaglianza:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— economiche;</li> <li>— educative;</li> <li>— socio-culturali;</li> <li>— territoriali;</li> <li>— politiche.</li> </ul>	<p>parzialmente nel campo « assistenziale » (handicappati, anziani...)</p>	<p>parzialmente nel campo « assistenziale » (handicappati, anziani, pensionati, invalidi...), ad opera di amministratori e operatori</p>	<p>parzialmente nel campo « assistenziale »</p>

E S A M I N A T E		PROBLEMI E INDICAZIONI OPERATIVE EMERSI
RAVENNA	PINEROLO	
<p>parzialmente nel campo « assistenziale » ad opera di operatori</p>	<p>parzialmente nel campo « assistenziale » ad opera di operatori</p>	<p>— Si osserva che l'analisi B) è stata effettuata solo parzialmente e nel solo settore « assistenziale » da amministratori e operatori sociali.</p> <p>+ Si rileva la necessità di un ulteriore <i>approfondimento</i> sia per le diverse accezioni che ha il termine di disuguaglianza (emarginazione, esclusione, sfruttamento, istituzionalizzazione...) sia per i rapporti che tali accezioni hanno fra di esse.</p> <p>— Alcuni studi effettuati sulle strutture di disuguaglianza hanno evidenziato gli effetti dei processi di emarginazione più che le cause. Tali studi, di solito, sono stati utilizzati per proporre strutture meno disuguaglianti, anziché per dare coscienza alle classi e motivare e sviluppare la loro partecipazione, controllo e autogestione.</p> <p>+ Si auspica vengano effettuati studi sui processi di sfruttamento e di esclusione che la specifica struttura economica e sociale mette in atto (a livello di lavoro, scuola, città, campagna, infanzia, anziani).</p> <p>Nelle esperienze esaminate si è posta particolare attenzione sul fenomeno urbano come struttura di disuguaglianza e di discriminazione di classe dipendente dalla logica capitalistica dello sviluppo e dell'uso del territorio.</p>

## Segue schema di analisi delle esperienze

CRITERI DI ANALISI DELLE ESPERIENZE	E S P E R I E N Z E		
	BOLOGNA	FAENZA	MIRANO
<p>C) <i>Analisi del processo di trasformazione sociale della realtà locale.</i></p> <p>1) <i>Il progetto rispetto alla Politica locale dei servizi ed alla sua trasformazione in <b>Politica Locale partecipata e programmata</b>:</i></p> <p>— obiettivi;</p> <p>— programmazione: - piano urbanistico; - piano programma poliennale; - bilancio;</p> <p>— gestione (come attuazione degli impegni di programmazione);</p> <p>— verifica (periodica degli obiettivi in rapporto alla gestione);</p>	<p>- riequilibrio territoriale</p> <p>- incentivazione consumi sociali</p> <p>- lotta alla emarginazione</p> <p>piano urbanistico</p> <p>piano programma poliennale</p> <p>bilancio</p> <p>gestione</p> <p>verifica</p>	<p>- riequilibrio globale comprensoriale</p> <p>- incentivazione consumi sociali</p> <p>- lotta alla emarginazione</p> <p>piano urbanistico</p> <p>piano programma poliennale</p> <p>bilancio</p> <p>—</p> <p>—</p>	<p>- riequilibrio territoriale</p> <p>- incentivazione consumi sociali</p> <p>piano urbanistico</p> <p>piano programma poliennale</p> <p>bilancio</p> <p>gestione</p> <p>verifica parziale a livello politico amministrativo</p>

E S A M I N A T E		PROBLEMI E INDICAZIONI OPERATIVE EMERSI
RAVENNA	PINEROLO	
- riequilibrio territoriale e politica dei servizi come tentativo parziale di sviluppo di consumi sociali anti-marginanti	- tentativo parziale ed episodico di incentivare consumi sociali - collaborazione parziale alla lotta contro la emarginazione	- Al di là di una convergenza sui temi generali (riequilibrio territoriale, incentivazione consumi sociali) non sembrano sufficientemente approfonditi taluni obiettivi proposti per realizzare un effettivo «cambiamento sociale».
piano urbanistico —	piano urbanistico —	+ Occorre che il progetto espliciti come obiettivo primario lo sviluppo della <i>partecipazione</i> secondo una linea di egualitarismo.
bilancio inizio gestione per piano urbanistico —	bilancio con previsioni triennali — —	+ Nell'ambito di una prefigurazione dell'assetto territoriale che trovi rispondenza nel piano urbanistico partecipato, momento privilegiato è quello del <i>piano programma pluriennale</i> di attività. La pluriennalità rende possibile considerare globalmente problemi la cui soluzione può essere realisticamente affrontata in lunghi periodi di tempo. Per facilitare il processo partecipativo, si rende necessario evitare di partire con proposte di piano troppo strutturate dall'alto.
		+ Il <i>bilancio</i> diventa il momento di quantificazione economico-finanziaria globale del piano programma, e richiede metodologie

## Segue schema di analisi delle esperienze

CRITERI DI ANALISI DELLE ESPERIENZE	E S P E R I E N Z E		
	BOLOGNA	FAENZA	MIRANO
<p>2) <i>I soggetti del processo di trasformazione sociale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— individuali (leaders politici, sindacali, ecc.);</li> <li>— gruppi (privi di una struttura formale, gruppi spontanei);</li> <li>— movimenti collettivi;</li> <li>— strutture istituzionali.</li> </ul>	<p>Sono presenti tutti i soggetti con ruolo fondamentale dei soggetti istituzionali</p>	<p>Sono presenti soggetti istituzionali con accanto gruppi informali e soggetti collettivi</p>	<p>Sono presenti soggetti istituzionali e individuali</p>

E S A M I N A T E		PROBLEMI E INDICAZIONI OPERATIVE EMERSI
RAVENNA	PINEROLO	
<p>Sono presenti soggetti istituzionali, gruppi informali e soggetti individuali</p>	<p>Sono presenti gruppi informali</p>	<p>nuove di analisi per la sua autonoma capacità di sviluppare potenzialità partecipative (contabilizzazione complessiva delle risorse in una prospettiva a medio termine; sul confronto fra esigenze di formazione dei consumi e degli investimenti sociali e meccanismi di attribuzione delle risorse ai poteri locali).</p> <p>+ In riferimento allo sviluppo della partecipazione anche il <i>bilancio annuale</i>, come momento di quelle positive (fissazione di priorità nel tempo, <i>verifica</i> dello stato di avanzamento del piano programma, e responsabilizzazione concreta di una fetta di piano).</p> <p>— Sembra difficile indicare nelle esperienze esaminate il soggetto più importante, anche se i soggetti istituzionali hanno avviato formalmente il processo.</p> <p>— Alla base di tali processi vi è sempre un movimento culturale e di politica sociale in cui i gruppi e i movimenti collettivi hanno ruoli fondamentali.</p> <p>+ I movimenti e i gruppi spontanei occorre diventino movimenti collettivi ed organizzati al fine di coinvolgere i soggetti istituzionali, mantenendo rispetto a questi ultimi la loro autonomia.</p> <p>+ La presenza autonoma di gruppi spontanei e di movimenti collettivi organizzati rende possibile il controllo sul processo avviato dai soggetti istituzionali affinché essi non applichino solo un modello di tipo ripetitivo.</p>

## Segue schema di analisi delle esperienze

CRITERI DI ANALISI DELLE ESPERIENZE	E S P E R I E N Z E		
	BOLOGNA	FAENZA	MIRANO
3) <i>L'organizzazione del processo di trasformazione:</i> — organizzazioni politiche; — organizzazioni sindacali; — gruppi autonomi organizzati;	politiche e in parte sindacali	politiche e sindacali	politiche
4) <i>Gli istituti democratici:</i> — consigli di quartiere; — comuni; — comprensori; — regioni.	consigli di quartiere comune — regione	consigli di quartiere comune comprensorio regione	consigli di quartiere comune — —
5) <i>Le strutture di servizio:</i> — ricerca a livello universitario; — uffici studi a livello locale; — esperti singoli; — stampa.	ricerca a livello universitario ufficio studi — stampa	— — esperti singoli stampa	— ufficio studi esperti singoli —

## E S A M I N A T E

PROBLEMI E INDICAZIONI  
OPERATIVE EMERSI

RAVENNA	PINEROLO	
politiche e gruppi spontanei organizzati	gruppo spontaneo organizzato	<p>— Si riscontra il ruolo notevole dei partiti e in particolare della sinistra storica marxista e cattolica.</p> <p>Si riscontra un ruolo superiore al prevedibile del gruppo spontaneo organizzato.</p> <p>+ Risulta importante la militanza sia nell'ambito delle organizzazioni politiche che nell'associazionismo di base, affinché il processo di trasformazione investa in maniera dialettica i diversi soggetti interessati e si traduca in concreta operatività.</p>
consigli di quartiere comune comprensorio regione	— comune circondario regione	<p>— Si verifica che il processo di trasformazione in ordine alla politica locale risulta accelerato quando sono coinvolti tutti gli istituti democratici, in particolare là dove la Regione viene ad assumere un ruolo propulsore.</p>
— ufficio studi	— —	<p>— Si rileva una parziale carenza di strutture di servizio in particolare di strutture di informazione.</p>
esperti singoli stampa centri di documentazione autonomi	esperti singoli stampa	<p>+ Si sottolinea la necessità di destinare fondi per attivare tali strumenti.</p> <p>Si formula l'ipotesi che il Centro civico possa costituire sede adeguata per la redistribuzione di risorse informative e per la disponibilità di attrezzature (es. ciclostile, emeroteca, ecc.) della informazione a disposizione di tutti.</p>