

27. Sanità: l'attuazione della riforma nelle grandi città

Rapporto redatto da
EMANUELE RANCI ORTIGOSA, PAOLO FERRARIO,
SILVANA APPIANO, ANGELO STRADA

I. *Accentramento e decentramento, politicITÀ e settorialismo. L'attuazione della riforma sanitaria nelle grandi città.*

1. Centro e periferia nel governo della città; 2. Il silenzio legislativo sulla grande città; 3. Il panorama delle soluzioni territoriali ed istituzionali; 4. Una possibile tipologia; 5. Oltre il settorialismo, una distribuzione di ruoli fra centro e periferia.

II. *L'attuazione della riforma sanitaria a Milano.*

1. Città, area metropolitana e servizi; 2. L'USL unica monocomunale: una soluzione transitoria; 3. L'organizzazione dei servizi: funzioni da decentrare e funzioni indivisibili; 4. L'istituzione delle 20 USSL: funzioni e organi a livello cittadino; 5. L'istituzione delle 20 USSL: funzioni e organi a livello zonale.

III. *L'attuazione della riforma sanitaria a Torino.*

1. Centro e periferia nell'esperienza torinese; 2. Contesto territoriale e sociale e quadro istituzionale; 3. L'esperienza dei quartieri; 4. L'istituzione dell'USL monocomunale; 5. L'avvio del decentramento delle funzioni sanitarie; 6. Il Progetto poliambulatori e ospedali di Torino; 7. Il decentramento dei servizi socio-assistenziali; 8. Proposte nuove di zonizzazione sanitaria; 9. L'iter normativo del sistema di governo della sanità a Torino: 1975-1983.

IV. *L'attuazione della riforma sanitaria nell'area fiorentina.*

1. Il contesto sociale e istituzionale; 2. Il ruolo dell'Associazione intercomunale nella normativa regionale; 3. Il caso dell'area fiorentina in materia sanitaria; 4. Il coordinamento tra i diversi organi istituzionali dell'area fiorentina: a) La speciale Commissione consiliare del Comune di Firenze; b) L'Assessorato alla sicurezza sociale di Firenze; c) Il ruolo dell'Associazione intercomunale dell'area 10; 5. Decentramento e Unità sanitarie locali nel Comune di Firenze; 6. Dibattito ed evoluzione istituzionale; 7. Equilibri e conflitti tra centro e periferia nell'area fiorentina: prospettive.

I.

1. Come gelosie e concorrenzialità fra lo Stato e gli enti politici territoriali hanno lungamente ritardato l'attribuzione a Regioni ed enti locali delle funzioni loro riconosciute dalla Costituzione,

così le resistenze poste alla riallocazione di poteri e funzioni tra livelli istituzionali decentrati tradizionali (Regioni, Province, Comuni) e nuovi (associazioni di Comuni, Unità sanitarie locali) hanno concorso a rallentare il processo attuativo del DPR 24 luglio 1977, n. 616 e della legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

Il processo innestato dalla legislazione di riforma nel settore dei servizi ha ridisegnato la mappa dei livelli e delle funzioni di governo, ha redistribuito responsabilità programmatiche e politico-gestionali, compiti e risorse, attivando concorrenzialità e negoziazioni verso nuovi rapporti di potere.

Il ruolo delle Regioni di approvazione della normativa e dei programmi di attuazione della riforma, di zonizzazione del territorio, di distribuzione delle risorse, trova il suo interlocutore nel Comune, singolo o associato, cui vengono attribuite competenze amministrative e gestionali. La dialettica tra centro statale e periferia regionale, si ripropone qui ponendo però al centro la Regione e alla periferia l'ente locale, singolo o associato.

Analoga dialettica centro-periferia si ripropone anche, pur in termini differenti, fra ente locale politico e governo del 'settore' sanitario, esercitato tramite organi ad esso specificamente preposti. E si ripresenta infine, orizzontalmente, sul territorio, dove enti formalmente pari per responsabilità e competenze, evidenziano e gestiscono livelli diversi di potere negoziale. È il caso delle grandi città, dove anche l'attuazione della riforma sanitaria assume caratteri differenziali e specifici.

Il grande Comune urbano è infatti 'tentato' ad usare il suo peso politico e l'entità delle risorse che lo sostanziano anche nel settore qui considerato, per uscire dalla anonima folla degli enti locali di diritto comune ed assicurarsi uno *status* privilegiato, che alle responsabilità gestionali proprie dei suoi simili assommi anche una funzione di programmazione e distribuzione delle risorse.

L'aspirazione a questo duplice ruolo, che per un verso fa concorrenza alla Regione sul suo stesso terreno, fa leva sulla scala dimensionale a livello almeno cittadino che contesto urbano e complessità organizzativa dei servizi (con difficili problemi di dimensionamento, localizzazione, integrazione) esigerebbero.

Il grande Comune ripropone però al suo stesso interno un asse centro-periferia, per la pressione al decentramento gestionale dei ser-

vizi che le istanze circoscrizionali propongono, su ragioni sia di partecipazione democratica che di funzionalità e controllo sottolineate dalla logica di riorganizzazione e territorializzazione del sistema dei servizi che la riforma codifica.

Le difficoltà e la lentezza particolari del processo di attuazione della riforma sanitaria nelle grandi città evidenziano i problemi richiamati e le tensioni politico-istituzionali che su di essi si sviluppano, in termini che situazione per situazione sono diversi, anche perché diversi sono l'iniziativa e il peso che il grande Comune ha potuto o voluto giocare nei confronti degli altri interlocutori istituzionali.

A partire dalle osservazioni ora accennate, un primo obiettivo che ci si propone è di verificare, sul terreno considerato, l'azione svolta dai soggetti ricordati, l'evoluzione del loro ruolo e dei loro rapporti, l'esito in termini di assetti istituzionali più o meno stabilizzati.

Un secondo obiettivo è di cogliere quanto il carattere settoriale della legge 833 abbia inciso sulla qualificazione tradizionalmente 'politica' del nostro governo locale, nel punto di probabile massima resistenza offerto appunto dal grande Comune urbano.

Il terzo obiettivo, conseguente, è di valutare quanto le soluzioni istituzionali affermatesi in grandi centri urbani favoriscono o piuttosto ostacolano una politica di coordinamento ed integrazione dei servizi socio-sanitari, per offrire una risposta più adeguata ed efficace, oltre che efficiente, alla situazione di bisogno.

Con questi intendimenti, si procederà ad una sia pur sommaria ricostruzione del processo di attuazione della riforma in una serie di grandi città, soffermandosi però con particolare attenzione su alcuni casi che presentano elementi di originalità e di interesse specifico, per il livello di autonomia e di influenza che il grande Comune sembra aver esercitato anche sulle scelte regionali per costruirsi uno *status* del tutto eccezionale (Milano e Torino), o per la ricerca di soluzioni istituzionali adeguate a gestire anche su questo terreno l'interdipendenza fra la città e il suo *hinterland* (Firenze).

I casi ora ricordati però non rappresentano le tendenze più diffuse; la grande città infatti generalmente rinuncia o è incapace di proporsi come interlocutore della Regione, deciso a salvaguardare una sua dimensione unitaria ed una sua autonomia anche nell'area della tutela della salute. E viene quindi assimilata, sia pur in varia misura, al resto del territorio, con soluzioni che emarginano

il Comune e incrementano un rapporto fra la Regione 'centro' e le USL 'periferia'.

2. Con l'espressione 'grande città' si fa qui riferimento agli undici Comuni italiani che superano la soglia convenzionalmente assunta dei trecentomila abitanti. La tab. 1 li elenca indicando anche la popolazione delle diverse aree concentriche che si distendono attorno al grande Comune, con consistenti rapporti con esso: area sanitaria e cioè area coperta dalle USL cui comunque appartiene tutto o parte del territorio del Comune urbano, comprensorio intercomunale definito per lo più per ragioni di programmazione territoriale, Provincia e Regione. La tab. 2 indica invece la soglia demografica (massima, minima, media) delle diverse sub-aree infra-urbane: circoscrizioni, USL, distretti sanitari.

TABELLA 1. *Popolazione del Comune, dell'area sanitaria, del comprensorio, della Provincia e della Regione delle città considerate (*)*.

Città	Comune	Area sanitaria	Comprensorio	Provincia	Regione
Bologna . . .	458.570	494.580	654.776	925.102	3.039.488
Firenze . . .	453.293	722.356**	—	1.202.331	3.570.926
Genova . . .	760.300	880.767	916.180	1.038.615	1.799.055
Milano . . .	1.634.638	1.634.638	3.272.551	4.038.702	8.898.653
Torino . . .	1.103.520	1.103.520	2.110.552	2.324.373	4.447.362
Venezia . . .	332.775	389.127	—	823.690	4.309.607
Bari . . .	370.781	370.781	—	1.456.225	3.849.598
Catania . . .	378.521	424.633	—	999.862	4.863.587
Napoli . . .	1.210.503	1.224.461	—	2.947.982	5.408.298
Palermo . . .	699.691	898.535	—	1.191.139	4.863.587
Roma . . .	2.830.569	2.830.569	—	3.675.773	4.970.681

(*) I valori di Comuni, Provincia e Regione si riferiscono ai dati provvisori del censimento 1981 ISTAT. Gli altri sono calcolati al 1980.

(**) Popolazione dell'Associazione dell'area fiorentina.

La grande città anche nel settore sanitario rappresenta quasi sempre il luogo dove si addensano risorse economiche, operative, infrastrutturali. I servizi ad alta specializzazione, le più avanzate strumentazioni tecniche, i sanitari di maggiore prestigio professionale tendono a concentrarvi.

TABELLA 2. Valori massimi, minimi e medi della popolazione delle circoscrizioni, delle USL e dei distretti sanitari.

Città	Circoscrizioni			USL			Distretti sanitari			Totale (*) città
	Massima	Minima	Media	Massima	Minima	Media	Massima	Minima	Media	
Bologna	48.841	9.236	25.476	182.331	139.152	164.850	48.841	6.507	22.480	458.570
Firenze	42.000	18.000	32.261	123.048	69.300	92.184	42.000	18.000	32.261	453.293
Genova	63.000	12.291	30.985	125.483	77.955	97.863	—	—	22.019	760.300
Milano	128.944	30.821	80.215	128.944	30.821	80.215	—	—	—	1.034.638
Torino	74.601	17.144	48.956	1.103.520	1.103.520	1.103.520	74.601	17.144	48.956	1.103.520
Venezia	43.165	2.721	19.427	389.127	389.127	389.127	43.165	2.721	18.539	332.775
Bari	76.140	18.054	41.105	—	—	129.445	—	—	—	370.781
Catania	—	—	23.532	141.685	91.357	116.521	—	—	—	378.521
Napoli	437.453	15.609	60.525	161.975	91.960	125.574	—	—	—	1.210.503
Palermo	60.387	7.227	25.712	213.003	153.006	179.707	—	—	—	699.691
Roma	209.336	37.492	148.017	209.336	37.492	148.017	—	—	—	2.830.569

(*) La popolazione totale del Comune è riferita ai dati provvisori del censimento 1981, tutti gli altri valori sono calcolati alla popolazione 1980 escluso quelli relativi a Bologna che si riferiscono a dati definitivi del censimento 1981.

È anche luogo di intenso consumo di servizi e di concentrazione di alcuni tipi di bisogno. Non è peraltro possibile procedere a generalizzazioni, perché soprattutto in termini di assetto territoriale, problemi ambientali, struttura della popolazione, domanda sociale, accessibilità e localizzazione dei servizi, ogni grande città presenta anche elementi caratteristici e differenziali, in parte indotti dalla sua collocazione geografica, che andrebbero comunque specificamente misurati e valutati.

L'addensamento di certe fasce di domanda sociale, la mobilità sul territorio, la concentrazione di risorse proprie comunque della grande città, propongono problemi di complessità di gestione, ed anche problemi di potere. La faticosa ricerca di soluzioni istituzionali e organizzative adeguate rappresentano una modalità di controllo della complessità (della domanda sociale e del sistema dei servizi) e di controllo dei conflitti di potere e si traduce in negoziazioni in cui ruoli e funzioni formali cedono spesso il passo a rapporti di potere reale. Protagonisti di questa negoziazione sono interlocutori istituzionali (Stato, Regione, Comune), interlocutori politico-sociali (partiti, sindacati, ecc.), centri di interesse economico-produttivo e corporazioni professionali, con consistenti influenze, interazioni e connessioni reciproche, per le quali il vincolo politico può influenzare le posizioni di un amministratore più del suo stesso ruolo istituzionale, o la pressione delle corporazioni può condizionare le posizioni dei partiti e dei sindacati, anche a scapito della coerenza ideologico-politica.

L'analisi qui di seguito condotta è di carattere giuridico-istituzionale, coglie solo una delle dimensioni che concorrono a configurare in termini complessivi il rapporto centro-periferia. La stessa configurazione del sistema giuridico istituzionale può essere infatti considerata da un lato come prodotto dei rapporti di potere esistenti, dall'altro come elemento che concorre a sua volta a definire, con vincoli e opportunità, questi rapporti.

Alla complessità dei problemi e dei processi sociali ed istituzionali richiamati non fa riscontro una appropriata disciplina formale. L'ignoranza della specificità del grande Comune è un dato noto e quasi scontato di tutta la nostra legislazione sul governo locale. Non si può peraltro non rilevare che anche un intervento legislativo recente come la legge 833, non si fa per nulla carico di un problema di così grande portata anche in ordine al successo della riforma, limitandosi ad un richiamo alla disciplina del de-

centramento ed alla possibilità, per il Comune, di stabilire forme di partecipazione dei consigli circoscrizionali all'attività delle USL o, quando il territorio di queste coincide con quello delle circoscrizioni, di delegare ad essi certi suoi poteri (art. 15, IV comma). La configurazione anche dimensionalmente molto varia che il decentramento urbano ha assunto, estendendosi via via (soprattutto dopo la legge 278 del 1976) dalle maggiori città anche a quelle di media dimensione, chiaramente non ha consentito in proposito molta maggior precisione.

Colpisce comunque che del dibattito sviluppatosi sulle aree metropolitane ed i grandi Comuni in ordine alla riforma delle autonomie locali, ed anche in occasione di più specifiche scelte nazionali o regionali, poco o nulla è stato captato e affrontato nella legge di riforma sanitaria.

Insieme alla complessità dei problemi, il vuoto legislativo concorre ad accentuare le difficoltà particolari che l'attuazione della riforma evidenzia in molte grandi città. Si pensi, per esemplificare, ai ritardi e alle inadempienze accumulate da Milano rispetto alla restante realtà lombarda, alla rimessa in discussione delle soluzioni adottate con maggior rapidità da altri Comuni (Torino, Venezia), ai problemi aperti che altre esperienze anche assai diverse fra loro (Genova e Firenze, ad esempio) propongono.

La mancata attenzione alla questione metropolitana è un aspetto specifico delle carenze che la legge 833 evidenzia sul terreno istituzionale. In mancanza di una legge-quadro di riforma delle autonomie locali, la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale ha dovuto disciplinare anche gli aspetti istituzionali relativi al governo dei servizi, ma l'ha fatto con grandi esitazioni e remore, e con un esito viziato da serie ambivalenze, per non aver scelto con chiarezza fra le diverse tendenze concorrenti. Queste ultime potrebbero essere polarizzate e sintetizzate nelle seguenti proposizioni: *a*) l'obiettivo di una miglior tutela della salute può essere perseguito efficacemente solo responsabilizzando l'ente locale, cui va ricondotta la funzione di governo dei servizi sanitari, entro il complesso dei servizi alla persona; *b*) il Servizio sanitario nazionale sarà tanto più efficiente ed economico quanto più risulterà separato nel suo governo e nel suo funzionamento dall'ente locale e dal complesso delle sue attività.

La legge 833 tenta una mediazione fra le due posizioni, assumendo nelle enunciazioni di principio le istanze della prima posi-

zione (a), per poi però largamente abbandonarle nella regolamentazione più concreta, e quindi anche più incisiva. Si potrebbe dire che la soluzione proclamata è la prima, quella praticata è largamente la seconda.

Ed infatti da un lato si afferma che le funzioni in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera non espressamente riservate allo Stato e alle Regioni, sono attribuite ai Comuni, che le esercitano tramite la struttura operativa USL, gestita da organi (assemblea e comitato di gestione) già operanti come organi dei Comuni (Consiglio comunale) o da questi espressi. Dall'altro si afferma che la Regione stabilisce gli ambiti territoriali e disciplina le modalità di governo e di organizzazione dell'USL, ripartisce e assegna direttamente alle USL i finanziamenti stabiliti, iscrive nei suoi ruoli il personale che dipende dall'USL funzionalmente; che il patrimonio degli enti soppressi è trasferito al Comune, che non può però disporre perché sottoposto a vincolo di destinazione a favore dell'USL; che le USL, pur prive di personalità giuridica, hanno però capacità giuridica idonea al perseguimento del loro fine. Una normativa che individua rispetto al generale contesto del Comune spazi e gestioni nettamente separate, da cui il Comune è giuridicamente estromesso ed escluso, se non per esprimere qualche « parere ». Soprattutto per quanto concerne indirizzi gestionali, organizzazione, finanziamenti, personale, controlli, si prefigura un rapporto privilegiato e tendenzialmente esclusivo Regione-USL, rispetto al quale il Comune può influire solo in termini politici, se ne ha la possibilità e la volontà.

Certo le osservazioni ora espresse trovano migliore riscontro nelle realtà extraurbane, dove l'associazione di più Comuni medio piccoli accentua il distacco da un'istituzione comunale il cui compito formale è solo quello di collegio elettorale che, con la nomina dei membri dell'assemblea generale dell'USL che ad esso spettano, esaurisce ogni suo ruolo in una materia, quella sanitaria, di cui ha la titolarità ma di cui deve coattivamente delegare la gestione.

Ma anche per il grande Comune la situazione non necessariamente è migliore, a meno che sul terreno istituzionale non riesca a negoziare con la Regione soluzioni 'speciali', che garantiscano al Comune spazi anche formali di intervento e decisionalità. Ciò che al Comune medio piccolo nell'attuale quadro è precluso, per il grande Comune è conseguibile in varia misura come esito di un

confronto politico con la Regione, al quale non resteranno certo estranee le forze politiche e sociali.

I fattori chiave da esaminare per cogliere il segno delle soluzioni istituzionali adottate per le singole grandi città possono essere così individuati: *a*) rapporto fra ambiti territoriali comunali e circoscrizionali e zonizzazione sanitaria; *b*) rapporto fra ruolo e funzioni degli organi di governo comunali, intercomunali, circoscrizionali e ruolo e funzioni degli organi di gestione delle USL; *c*) attribuzione dei ruoli di programmazione, di distribuzione delle risorse (finanziarie, infrastrutturali, di personale), di controllo; *d*) collocazione delle funzioni di coordinamento e di direzione del sistema dei servizi USL; *e*) competenze relative alla organizzazione dei servizi USL, alla loro localizzazione, al loro funzionamento; *f*) disciplina delle funzioni socio-assistenziali, inquadramento e gestione dei servizi e del personale relativo, livelli e modalità di integrazione con i servizi sanitari.

3. Esaminiamo ora sommariamente come una serie di soluzioni concrete si caratterizzano in ordine ai fattori chiave evidenziati. Prendiamo in considerazione le undici città italiane che superano i 300.000 abitanti (tab. 1), come già si è detto.

I rapporti fra gli ambiti territoriali comunali e circoscrizionali e la zonizzazione sanitaria sono sintetizzati nella tab. 3: una coincidenza territoriale piena fra Comune e USL c'è solo nel caso di Torino, anche se Venezia, la cui unica USL ricomprende due altri piccoli Comuni, vi si approssima. Anche Milano per un certo periodo ha avuto una piena coincidenza territoriale; poi l'USL unica si è frammentata in 20 USL, coincidenti con le circoscrizioni. Una soluzione che sotto questo profilo è identica a quella varata fin dall'inizio a Roma. Non è a caso che solo i due maggiori Comuni registrino una identità territoriale fra le loro circoscrizioni, notevolmente più ampie di quelle delle altre città, e le USL.

Le altre città registrano tutte la presenza di più USL e possono essere raggruppate a seconda che propongano una zonizzazione sanitaria tutta interna al Comune urbano, o a cavallo fra questo e i Comuni dell'*binterland*. Del primo gruppo fanno parte solo Firenze e Bari, del secondo Bologna, Genova, Catania, Palermo e, a rigore pure Napoli, anche se 9 delle sue 10 USL sono interne all'area comunale, e se quindi per vari aspetti confina con il primo gruppo.

TABELLA 3. *Zonizzazione (*)*.

Città	Numero USL	USL unica		Più USL		Circoscrizioni		Distretti scolari		Distretti scolastici	
		Mono-comunale	Più-comunale	Sub-comunale	Sub-comunali non altri Comuni	Numero circoscrizioni	Corrispondenze USL circoscrizioni	Numero distretti scolari	Corrispondenze distretti circoscrizioni	Numero distretti scolastici	USL corrispondenze distretti scolastici
Bologna	3			1	2	18	NO	18 (+4)	SI	3	nd
Firenze	3 (+3)			5		14	NO	14	SI	5	nd
Genova	9			5	4	23	NO	40	solo in alcuni casi	9	nd
Milano	20			20		20	SI	70	NO	20	SI
Torino	1 [11]			[11]		23	NO	23	SI	23	NO
Venezia	1 [2]		1	[1]	[1]	18	NO	18 (+3)	SI	3	NO
Bari	3			3		9	NO	nd	nd	3	nd
Catania	3			2	1	17	NO	nd	nd	3	nd
Napoli	10			9	1	20	In due casi, in altri USL è multiple	nd	nd	10	NO
Palermo	5			2	3	25	NO	nd	nd	5	nd
Roma	20			20		20	SI	nd	NO	20	SI

(*) In parentesi tonda sono riportate USL e distretti esterni al territorio della città; in parentesi quadra sono riportate le ipotesi di variazione in discussione; Firenze, Genova, Milano e Torino non hanno ancora definito i distretti, il dato si riferisce perciò alla previsione.

Va osservato che il rapporto fra circoscrizioni e USL registra un buon livello di compatibilità territoriale. Dove non c'è coincidenza piena, infatti, l'area dell'USL rappresenta la somma di più circoscrizioni. Al di fuori dei casi di coincidenza citati (Roma e Milano), così accade in tutte le altre città considerate. In posizione intermedia ancora una volta è Napoli (delle sue dieci USL, due corrispondono alle circoscrizioni, sette sono multiple delle circoscrizioni; una copre il territorio di una circoscrizione e di alcuni Comuni dell'*binterland*). Un caso un po' particolare, che approfondiremo in seguito, è rappresentato da Torino.

Per alcune città si può rilevare una corrispondenza fra circoscrizioni e distretti sanitari. Ma l'esperienza distrettuale nella grande maggioranza dei casi è solo sulla carta.

La tab. 4 riprende questo tema di analisi illustrando anche come si configurano, nelle diverse fattispecie cittadine, gli organi dell'USL in rapporto a quelli degli enti locali (Comune e circoscrizione). Ci consente così di analizzare un secondo 'fattore chiave'.

La legge 833 dispone che in tutti i casi di USL monocomunale o subcomunale il Consiglio comunale funge da Assemblea generale, con possibilità di delegate sue funzioni ai consigli circoscrizionali, come accade a Roma e a Milano. In tutti gli altri casi i consigli circoscrizionali non hanno funzioni in materia di sanità, fatta eccezione per Torino, la cui disciplina in merito approfondiremo in modo specifico in seguito, come già è stato detto.

Va osservato che la legislazione siciliana (lr 87 del 1980 e lr 6 del 1981) contrasta con questa disposizione della legge 833 e sia per Palermo che per Catania prevede, anche per le USL infracomunali, assemblee non coincidenti con il Consiglio comunale, ma piuttosto da questo elette. La norma accentua la deresponsabilizzazione degli organi comunali nei confronti di servizi sanitari sempre più settorializzati: è positivo che sulle soluzioni adottate sia in corso un ripensamento.

L'esame del ruolo attribuito agli organi comunali, circoscrizionali ed intercomunali nel governo della sanità è sviluppato in modo più analitico e puntuale nella tab. 5. Vengono evidenziati tutti i possibili nessi fra ente locale e USL, dovuti a compiti formali, decisionali o consultivi; a sovrapposizioni personali (elettorato passivo dei soli consiglieri comunali e circoscrizionali per l'assemblea dell'associazione, per fare un esempio); a ruoli, in parte anche informali, di coordinamento, di partecipazione, gestione sociale.

TABELLA 4. Zonizzazione. Tipologie e caratteristiche, configurazione e composizione organi.

Città	USL Unica		Più USL	
	Monocomunale	Pluricomunale	Infracomunali	Intercomunali
Bologna			<ul style="list-style-type: none"> - 1 USL infracomunale composta da 5 circoscrizioni - Consiglio comunale è Assemblea USL, ed è presieduta dal Sindaco 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 USL intercomunali composte da 7 circoscrizioni più 2 Comuni - 1 composta da 6 circoscrizioni più 2 Comuni - Consigli comunali eleggono Assesidies USL composte da consiglieri comunali e circoscrizionali
Fivorce			<ul style="list-style-type: none"> - 4 USL infracomunali - ciascuna USL è multiplo di circoscrizioni - Consiglio comunale è Assesidies USL, presieduta dal Sindaco; una Commissione consiliare speciale ha funzioni istruttorie e di supporto per l'assemblea. 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 USL intercomunali esterne a Fivorce - Consigli comunali eleggono l'Assemblea della associazione di ciascuna area che è presieduta dal Presidente del comitato di gestione relativo - l'Associazione intercomunale comprende il territorio delle 5 USL fivorcinie e delle 3 USL limitrofe dovrebbe svolgere funzioni di coordinamento e programmazione.
Genova			<ul style="list-style-type: none"> - 8 USL infracomunali - ciascuna USL è multiplo di circoscrizioni - Consiglio comunale è Assemblea USL, ed è presieduta dal Sindaco. 	<ul style="list-style-type: none"> - 4 USL intercomunali - le USL sono rispettivamente composte da: <ul style="list-style-type: none"> 3 Circoscr. + 7 com. 3 Circoscr. + 14 com. 3 Circoscr. + 11 com. 3 Circoscr. + 2 com.

TABELLA 4. (Segue).

Città	USL Unica		Più USL	
	Monocomunale	Multicomunale	Solo infracomunali	Infracomunali Intercomunali
Milano			<ul style="list-style-type: none"> - 10 USL infracomunali - le USL coincidono con le circoscrizioni - il Consiglio comunale è Assemblea USL presieduta dal Sindaco; i consigli di circoscrizione hanno alcune funzioni assembleari delegate e inoltre esiste un Comitato di coordinamento composto da cinque consiglieri comunali presieduto dall'Assessore alla sanità. 	<ul style="list-style-type: none"> - i Consigli comunali eleggono le Assemblies USL delle quali possono far parte anche non consiglieri comunali e circoscrizionali; le Assemblies sono state presiedute da uno stesso consigliere del Comune di Genova.
Torino	<ul style="list-style-type: none"> - USL unica con 23 ambiti territoriali, coincidenti con le circoscrizioni, nei quali sono stati istituiti altrettanti comitati socio-sanitari con funzioni tipiche dei comitati di gestione. - il Consiglio di circoscrizione svolge funzioni deliberative su 			

TABELLA 4. (Segue).

Città	USL Unica		Più USL	
	Montecomunale	Pluricomunale	Solo infracomunali	Infracomunali
Venezia	<p>dell'Assemblea eolucidenza col Consiglio comunale. L'Assemblea è presieduta dal Sindaco</p> <p>(è in discussione una proposta di suddivisione della città in 12 USL infracomunali).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - USL unica composta da quattro Comuni veneti: Venezia - i Consigli comunali eleggono l'Assemblea USL, composta attualmente da non consiglieri comunali - sta operando una divisione del territorio considerato e si prevede l'istituzione di 2 USL: 1 interna al Comune di Venezia (Laguna), 1 composta da parte del Comune di Venezia (terra ferma) e da 3 Comuni. 		
Bari			<ul style="list-style-type: none"> - 3 USL - ciascuna USL è multiplo di circoscrizione - il Consiglio comunale è Assemblée USL; secondo la prassi nominato un Ufficio di presidenza composto dal Sindaco con funzioni di Presidente dell'Assemblea, da un vicepresidente e dal segretario. Similico 	

TABELLA 4. (Segue)

Città	USL Unica		Pini USL		
	Municipale	Pluricomunale	Solo infracomunali	Infracomunali	
Catania			<p>Solo infracomunali</p> <p>e membri di giunta non possono far parte del comitato di gestione.</p>	<p>Infracomunali</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 USL infracomunale ogni USL è multiplo di circoscrizioni - ogni USL ha una propria Assemblée eletta dai consiglieri comunali. - Possono far parte dell'Assemblée anche non consiglieri comunali. I membri della Assemblée non possono far parte del comitato di gestione. 	<p>Intercomunali</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 USL intercomunale composta da 7 circoscrizioni e 2 Comuni - l'USL ha una propria Assemblée eletta dai consiglieri comunali dei Comuni interessati. Possono far parte dell'Assemblée anche non consiglieri comunali. I membri dell'Assemblée non possono far parte del comitato di gestione.
Napoli			<p>Solo infracomunali</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 USL infracomunali - 2 compiono con altrettante circoscrizioni, le altre 7 sono multiple di circoscrizioni - il Consiglio comunale è l'Assemblée delle USL. Le riunioni dell'Assemblée sono presiedute dal Presidente del comitato di gestione del comitato di gestione dell'USL direttamente interessata. 	<p>Infracomunali</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 USL intercomunale - composta da 3 circoscrizioni e 7 Comuni - l'Assemblée è composta dal Consiglio comunale di Napoli integrato da consiglieri di Capri e Anacapri. Presiede il Presidente del comitato di gestione. 	<p>Intercomunali</p>

TABELLA 4. (Segue).

Città	USL Unica		P.la USL		
	Monocomunale	Pluricomunale	Solo infracomunali	Infracomunali	
Palermo				<ul style="list-style-type: none"> - 3 USL infracomunali - le USL sono multiple delle circoscrizioni - ogni USL ha una propria Assemblée eletta dal Consiglio comunale e il Presidente viene scelto dall'Assemblea (*) 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 USL intercomunali rispettivamente composte da: <ul style="list-style-type: none"> 2 Circoscr. + 1 com. 4 Circoscr. + 5 com. 5 Circoscr. + 2 com. - ogni USL ha una propria Assemblée eletta dai Consigli comunali dei Paesi limitrofi a Palermo e dal Consiglio comunale di Palermo (*), il Presidente viene scelto dall'Assemblea.
Roma			<ul style="list-style-type: none"> - 20 USL infracomunali - le 20 USL coincidono con le 20 circoscrizioni - il Consiglio comunale e Assemblée USL presieduta dal Sindaco, gli stessi consigli circoscrizionali sono Assemblies per la relativa USL con poteri delegati dal Consiglio comunale. 		

(*) La norma dello Iler 87 del 1980 e 6 del 1981 siciliane sull'elezione delle Assemblies delle USL per la quale a Palermo e Catania il Consiglio comunale non fuise da Assemblée per le USL infracomunali, è attualmente in revisione. L'ipotesi è di far sì che il Consiglio comunale funga da Assemblée; per Palermo inoltre vi è la richiesta del Comune di riconsiderare la contrattazione e l'impianto istituzionale relativo.

TABELLA 5. Ruolo degli organi comunali, circoscrizionali e intercomunali nel governo della sanità.

Città	Organi comunali			Organi circoscrizionali	Organi intercomunali
	Consiglio comunale	Giunta comunale	Commissioni, comitati		
Bologna	<ul style="list-style-type: none"> - Funge da Assemblea per l'USL infracomunale (e da collegio elettorale per le USL intercomunali) e svolge le funzioni previste dalle normative per l'Assemblea. 	<ul style="list-style-type: none"> - Assessorato sicurezza sociale supporta il Sindaco per le funzioni in qualità di autorità sanitaria locale. L'Assessorato svolge anche funzioni di collegamento e supporto per le USL. 	<ul style="list-style-type: none"> - La speciale Commissione consiliare svolge funzioni istruttorie e di supporto per l'attività del Consiglio comunale nelle vesti di Assemblea delle USL. Presieduta dall'Assessore alla sicurezza sociale, è in discussione il ruolo di tale commissione, si propone tra l'altro che la stessa venga integrata dai Presidenti dei comitati di gestione, un ruolo di coordinamento delle cinque USL. 	<ul style="list-style-type: none"> - E' previsto che le USL interpellino i consigli circoscrizionali per conoscere le esigenze della popolazione (gestione attività sociale promozionale settore anziani e giovani). 	<ul style="list-style-type: none"> - Enti intermedi
Firenze	<ul style="list-style-type: none"> - Funge da Assemblea per tuttora in USL infracomunali e svolge le funzioni previste dalla normativa per l'Assemblea. - approva lo statuto dell'Associazione intercomunale che prevede per la stessa funzioni di coordinamento e programmazione per l'intera area fiorentina nel settore della sanità e dell'assistenza. - nell'attuale dibattito sul governo della sanità a Firenze si riscontrano da un lato proposte tendenti a costituire un'unica USL cittadina per ridare al Comune un ruolo più pregnante di governo, dall'altro la richiesta di una specifica regolamentazione che valorizzi il ruolo dell'Assemblea nella ripartizione delle risorse che dovrebbero andare al Comune direttamente per essere poi distribuite sulla base di una valutazione oggettiva del peso della 	<ul style="list-style-type: none"> - L'Assessorato alla sicurezza sociale presiede la speciale Commissione consiliare. Tale responsabilità è attualmente messa in discussione. - L'Assessorato svolge anche funzioni di collegamento 	<ul style="list-style-type: none"> - La speciale Commissione consiliare svolge funzioni istruttorie e di supporto per l'attività del Consiglio comunale nelle vesti di Assemblea delle USL. Presieduta dall'Assessore alla sicurezza sociale, è in discussione il ruolo di tale commissione, si propone tra l'altro che la stessa venga integrata dai Presidenti dei comitati di gestione, un ruolo di coordinamento delle cinque USL. 	<ul style="list-style-type: none"> - La legge regionale prevede che i consigli circoscrizionali possano gestire servizi a livello di base. Tale norma per il momento non è stata attuata. - I consiglieri circoscrizionali possono essere eletti nell'Assemblea dell'Associazione intercomunale dell'area fiorentina. Il regolamento del decentramento prevede che i consigli circoscrizionali gestiscano l'assistenza domiciliare. Tale funzione non è ancora stata trasferita. - I consiglieri circoscrizionali sono individuati come elemento consultivo nel processo di programmazione delle attività delle USL. 	<ul style="list-style-type: none"> - Associazione intercomunale. Lo statuto dell'Associazione intercomunale non ancora approvato dal Comune di Firenze prevede: <ul style="list-style-type: none"> - l'Associazione intercomunale dell'area fiorentina nel quadro degli indirizzi e delle direttive regionali; - promuove il coordinamento delle funzioni regionali delegati ai Comuni e da essi amministrato; - l'Associazione opera per assicurare un armonico sviluppo dei servizi nell'area fiorentina e il coordinamento degli interventi comuni negli ambiti territoriali in cui essa è divisa per la gestione dei servizi sociali e sanitari; - l'Associazione coordina l'intervento sanitario con gli altri settori economici sociali e di organizzazione del territorio e a tal fine;

TABELLA 5. (Segue).

Città	Organi comunali			Organi circoscrizionali	Organi intercomunali
	Consiglio comunale qualità e dei programmi di ciascuna USL.	Giunta comunale	Commissioni, esultati		
Genova	<p>- Funge da Assemblea per le USL intercomunali (e da collegio elettorale per le USL intercomunali). Svolge le funzioni previste per l'Assemblea ed espone un parere preventivo su bilanci di previsione, piani e programmi pluriennali, distrettualizzazione alle Assemblee delle USL intercomunali.</p> <p>- Il Comune individua i servizi socio-assistenziali collegati con quelli sanitari (nei settori maternità-infanzia, età</p>		<p>Sono previsti comitati di partecipazione e gestione sociale per i diversi servizi a livello distrettuale e comitati rappresentativi formazioni sociali e sindacali a livello di USL. Il Comune aveva istituito anche comitati di controllo degli utenti per le attività ricettive.</p>	<p> Membri dei consigli circoscrizionali faranno parte dei comitati di partecipazione e gestione sociale per i diversi servizi. I suddetti comitati vengono eletti dai consigli circoscrizionali. Gli stessi consigli circoscrizionali sono consultati dalle USL per provvedimenti di particolare interesse.</p> <p>Inoltre secondo una delibera quadro del Comune (24.8.1981) i consigli circoscrizionali hanno poteri deliberativi (nelle USL intercomunali)</p>	<p>Enti intermedi</p> <p>a) acquisisce e fornisce informazioni occorrenti per la programmazione dei servizi;</p> <p>b) promuove conferenze di programmazione annuali per coordinare indirizzi, criteri e programmi di intervento delle sub-aree;</p> <p>c) verifica l'attuazione dei programmi per la gestione dei servizi sanitari e sociali con particolare riferimento a quelli multirezionali;</p> <p>d) redige una relazione annuale sulla gestione dei servizi e sull'andamento della riforma.</p>

TABELLA 5. (Segue)

Città	Organi comunali		Organi circoscrizionali	Organi intercomunali
	Consiglio comunale	Giunta comunale		
Milano	<p>evolutiva, salute mentale, anziani, handicappati) affidata ai servizi dell'USL mandando nei propri organismi gli operatori. Patti di finanziamento e contabilità di tali servizi rimangono separati</p> <p>- Un rappresentante del Consiglio comunale è stato eletto in passato Presidente di tutte le Assemblies delle USL.</p> <p>Il coordinatore sociale nell'ufficio di direzione viene nominato dal Comune.</p> <p>- Funge da Assemblea per le USL infercomunali. Presiede il Sindacato. Svolge le funzioni previste per l'Assemblea, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - indirizzo, programmazione e coordinamento; - verifica attività organi esecutivi; - elegge parte di ciascun comitato di gestione (6 su 13); - delibera: <ul style="list-style-type: none"> a) regolamento USL; b) piani e programmi pluriennali; c) regolamenti gestione servizi a livello comunale; d) convenzioni e contratti direttive comunali; e) modalità vigilanza funzio- 	<p>Assessore alla sanità presiede il Comitato di coordinamento e la Consulta socio-sanitaria cittadina.</p>	<p>Il consiglio circoscrizionale ha competenze di indirizzo e programmazione a livello zonale, svolgendo alcune funzioni proprie dell'Assemblea, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elegge parte del comitato di gestione della rispettiva USL (7 su 13); - circonda il territorio in distretto di base; - approva programmi annuali, bilanci preventivi e conti consuntivi USL; - regola la gestione dei servizi a livello zonale; - delibera convenzioni e contratti con enti pubblici e privati a rilevanza zonale. 	<p>Enti intermedi</p>

TABELLA 5. (Segue).

Città	Organi comunali			Organi intercomunali
Consiglio comunale	Giunta comunale	Commissioni, comitati	Organi circoscrizionali	Enti intermedi
<p>aumento servizi;</p> <p>f) petroni e proposte allo Stato, Regione...</p> <p>- provvede a:</p> <p>a) regolamentazione mobilità personale; smititi relativi organi di gestione USL;</p> <p>b) contabilità, stipendi, personale USL;</p> <p>c) ripartizione tra le USL dello stanziamento della Regione a favore del Comune;</p> <p>d) delega di funzioni ai consigli circoscrizionali.</p>	<p>L'Assessore alla sanità e alla sicurezza sociale sono stati rispettivamente Presidente e vicepresidente del comitato di gestione.</p> <p>Successive vicende relative alla Giunta hanno fatto cadere tale sovrapposizione di ruoli.</p>	<p>- cura integrazione competenze Assemblée e USL con le funzioni amministrative comunali;</p> <p>- amministra fondi per il funzionamento proprio e dell'Assemblea.</p> <p>- È iscritta inoltre una Consulta socio-sanitaria cittadina composta dal Comitato di coordinamento e dai Presidenti dei comitati di gestione al fine di realizzare una consultazione dello USL per la politica sanitaria nella città.</p>	<p>- Il consiglio circoscrizionale secondo il regolamento sul decentramento e la partecipazione dei cittadini all'amministrazione dell'USL Torino 1-2-3 è organo dell'USL e ha la gestione dei servizi di base e poteri nelle seguenti materie:</p> <p>a) igiene ambientale - e dei luoghi di lavoro;</p> <p>b) medicina legale;</p> <p>c) igiene (ispezione, vigilanza, pulizia, profilassi) e assistenza veterinaria;</p> <p>d) assistenza sanitaria di base;</p>	Enti intermedi
<p>Funge da Assemblée della unica USL. Svolge le funzioni previste dall'Assemblea con potere amministrativo vincolante nei confronti del comitato di gestione.</p> <p>- Nel regolamento relativo alle funzioni e attribuzioni degli organi dell'USL e di disciplina delle forme di partecipazione dei comitati comunali a livello decentrato. L'indirizzo, il coordinamento, la verifica e l'adozione definitiva degli atti nelle materie il cui potere deliberativo è trasferito a livello decentrato,</p>	<p>Esiste l'Assemblea dei presidenti delle circoscrizioni presieduta dal Presidente del comitato di gestione che coordina l'attività delle circoscrizioni nell'ambito della USL. Funziona inoltre una Commissione comunale per il decentramento e la partecipazione dei cittadini all'amministrazione della USL Torino 1-2-3.</p>			
Torino				

TABELLA 5. (Segue).

Città	Organi comunali			Organi intercomunali	
	Consiglio comunale	Giunta comunale	Commissioni, comitati	Consigli circoscrizionali	Enti intermedi
	<p>sono di competenza del comitato di gestione (che attualmente gestisce i servizi a livello cittadino).</p> <p>Un progetto di riorganizzazione tecnica dei servizi sanitari nella città di Torino, approvato col Piano socio-sanitario regionale prevede in prospettive la costituzione di 4 USL in 11 ambiti territoriali, nei quali si insiederebbero altrettanti uffici di direzione con competenze di direzione sui servizi a livello d'area.</p> <p>L'impianto istituzionale non dovrebbe mutare.</p> <p>Risulterebbero da rivedere però i rapporti tra i vari organi e la ripartizione di compiti.</p>			<p>f) assistenza sanitaria integrativa di base;</p> <p>f) tutela salute mentale;</p> <p>g) assistenza farmaceutica;</p> <p>h) sociale e assistenziale.</p> <p>Per la gestione di tali funzioni è prevista l'attribuzione ai consigli circoscrizionali anche della gestione tecnica di bilancio, contabilità, cassa, economica, provveditorato e tecnica dell'amministrazione del personale, patrimoniale e legale.</p> <p>Tale disegno non è ancora in attuazione poiché le deliberazioni previste non sono ancora state approvate.</p> <p>Presso ogni circoscrizione è previsto un Comitato socio-sanitario di 9 membri (Presidente, consigliere circoscrizionale, coordinatore IV Commissione circoscrizionale e non più di 3 non consiglieri) con compiti consultivi ed esecutivi in relazione alle funzioni delegate alle circoscrizioni e di collaborazione col Presidente del consiglio circoscrizionale per l'attività politico gestionale; in particolare coadiuva il Presidente nella:</p> <p>e) sovrintendenza all'attività</p>	

TABELLA 5. (Segue).

Città	Organi comunali		Organi circoscrizionali	Organi intercomunali
	Consiglio comunale	Giunta comunale		
Venezia	<ul style="list-style-type: none"> - Funge da collegio elettorale per l'Assemblea USL. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'Assessorato sicurezza sociale svolge attività in collegamento con l'USL. - Esiste inoltre l'Assessorato programmazione che ha delega per la programmazione sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Una deliberazione della USL stabilisce che il comitato di partecipazione del distretto coinvolga con la Commissione sicurezza sociale del consiglio circoscrizionale. 	Enti intercomuni
Dari	<ul style="list-style-type: none"> - Funge da Assemblea delle 3 USL. Svolge le funzioni previste genericamente per la Assemblea. 		<ul style="list-style-type: none"> - Sono genericamente previste deleghe per i consigli di circoscrizione, ma nulla è attuato. 	

TABELLA 5. (Segn.)

Città	Organi comunali		Commissioni, comitati	Organi circoscrizionali	Organi intercomunali
	Consiglin comunale	Giunta comunale			
Catania	<p>Anche per le USL interne al proprio territorio il Consiglio comunale funziona solo da collegio elettorale per le rispettive USL (*), nelle cui assemblee possono entrare anche non consiglieri.</p> <p>Il Sindaco ha delegato un consigliere comunale a rappresentare il collegamento con le 3 USL.</p>		<p>Un consigliere comunale delegato dal Sindaco tiene i colloqui con le 3 USL.</p>	Consigli circoscrizionali	Enti intermedi
Napoli	<p>Funge da Assemblea per le 3 USL (compresa quella intercomunale integrata da rappresentanti degli altri Comuni).</p>		<p>Tra in progetto la costituzione di un organismo di coordinamento (simile a quello di Milano) delle diverse USL.</p>	<p>I consiglieri circoscrizionali possono far parte (non più di 3) del comitato di gestione. La legge regionale prevede che il Comune possa delegare competenze dell'Assemblea ai consigli circoscrizionali. Il regolamento del decentramento prevede deleghe di funzione alla circoscrizione ma nulla è attuato.</p>	
Palermo	<p>Anche per le USL interne al proprio territorio il Consiglio comunale funziona solo da collegio elettorale per le rispettive USL (*) nelle cui assemblee possono entrare anche non consiglieri.</p>		<p>È istituito un Ufficio di coordinamento USL presso l'Assessorato sicurezza sociale.</p>		

TABELLA 5. (Segue).

Città	Organi comunali			Organi intercomunali
	Consiglio comunale	Giunta comunale	Commissioni, comitati	
Roma	<p>Il Consiglio comunale è Assemblea delle USL, presieduta dal Sindaco. Spetta alla Assemblea approvare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il regolamento degli organi dell'USL e la disciplina delle forme di partecipazione; - programmi, criteri, e per la loro attuazione; atti con impegni di spesa pluriennali; - bilancio preventivo e conto consuntivo; - pianta organica e regolamento personale. <p>L'Assemblea è tenuta a controllare i consigli circoscrizionali in qualità di Assemblea delle singole USL.</p>		<p>Commissioni, comitati</p> <ul style="list-style-type: none"> - È istituito un Ufficio di coordinamento USL presso l'Assessorato sicurezza sociale. - È istituita una Commissione costituita VIII bis composta di 20 consiglieri (avvece che di 10) con compiti istruttori per l'Assemblea. 	<p>Organi circoscrizionali</p> <p>Consigli circoscrizionali</p> <ul style="list-style-type: none"> - I consigli circoscrizionali quali Assemblee delle USL corrispondenti in base a delibera del Consiglio comunale assumono le seguenti funzioni: - nomina rappresentanti USL presso enti, organizzazioni, commissioni; - approvazione convenzioni competenza USL, escluse quelle riguardanti le case di cura private; - espressione pareri in ordine agli atti relativi a godimento beni mobili e immobili, rimborsi e transazioni sul patrimonio; - delibera, altri provvedimenti attribuiti loro con efficacia limitata al territorio di competenza. <p>Esprimono inoltre pareri sui provvedimenti di competenza del Consiglio comunale quale Assemblea USL.</p>
				Tutti intercomuni

(*) La norma è in via di modifica: i Consigli comunali di Catania e Palermo dovrebbero assumere in tal senso le funzioni di Assemblea dell'USL interna ai rispettivi territori.

Viene anche annotato se quanto previsto dalla legge risulta di fatto operante e se è in atto un processo di ripensamento critico e di riformulazione della disciplina e della prassi vigente.

Rinviando alla lettura della tabella, sottolineiamo qui solo come l'esigenza di una programmazione e di un coordinamento a scala almeno cittadina continuamente riaffiora, anche se le ipotesi prospettate a risposta, fatte salve le eccezioni già citate che hanno direttamente affermato e disciplinato tale dimensione (Milano, Torino, in qualche misura Roma), sono mal definite, deboli e/o poco formalizzate. Si può citare per Bologna e Firenze e Venezia le funzioni svolte dall'Assessorato comunale alla sicurezza sociale o alla programmazione e, per Firenze, dalla speciale Commissione consiliare; per Catania l'incarico di tenere i contatti con le USL affidato dal Sindaco ad un consigliere comunale; per Genova il ruolo di Presidente dell'Assemblea di ciascuna delle nove USL infra ed intercomunali affidato ad un unico consigliere comunale.

Consequente alla tab. 5 è la tab. 6 che sulla base di una articolazione delle funzioni di governo e di gestione dei servizi sanitari, cerca di attribuirne la titolarità agli organi del Comune, delle circoscrizioni, delle USL, distinguendo anche fra scala cittadina e scala inferiore.

Questo quadro ben evidenzia il ruolo assai diverso che nelle varie soluzioni istituzionali assumono gli organi comunali, quelli circoscrizionali e quelli specifici dell'USL. Si osserva che la funzione di indirizzo e programmazione politica è qualificata dalla possibilità di decidere l'allocazione delle risorse (finanziarie, di personale, infrastrutturali) sul territorio e che, nel caso di divisione del territorio cittadino fra più USL, se agli organi a scala comunale (Consiglio comunale = Assemblea generale delle USL) non viene riconosciuta formalmente la relativa competenza, la funzione viene necessariamente assunta a livello regionale, con una soluzione assai più centralizzata, almeno sotto il profilo formale. Può essere poi che ogni volta il Comune scenda in campo per negoziare con la Regione le scelte concrete, ma è certo che parte da una situazione istituzionalmente debole e quindi più esposta a sconfitte.

A proposito della colonna: «coordinamento fra le diverse USL», si rinvia alle osservazioni appena esposte in merito commentando la tab. 4, che ricevono qui ulteriore conferma.

TABELLA 6. *Organi titolari delle funzioni in materia di sanità (*)*.

Città	Indirizzo Programmazione	Distribuzione risorse nell'area comunale	Programmazione operativa	Coordinamento fra le diverse USL	Gestione	Direzione Tecnica
Bologna Livello cittadino			(Funzione di supporto esercitata dall'Assessorato sicurezza sociale in collegamento alle USL)	Assessorato sicurezza sociale - tutele collegamenti con le USL e ne promuove il coordinamento.	(L'Assessorato sicurezza sociale gestisce l'ufficio preposto alle autorizzazioni sanitarie e alla predisposizione degli atti del Sindaco in materia di igiene e sanità pubblica).	
Livello sub cittadino	- Consiglio comunale per l'USL interna.		- Comitato di gestione - (Consigli circoscrizionali - consultazione).		- Comitato di gestione	- Uffici di direzione
Firenze (**) Livello cittadino				In via informale in Commissione comunale speciale sulla base di un collegamento tra le USL supporta il Consiglio comunale.		
Livello sub cittadino	- Consiglio comunale per ciascuna USL.		- (Il Consiglio comunale approva l'organizzazione e l'impiego dei servizi e delle strutture per ciascuna USL). - Comitati di gestione.	L'Assessorato sicurezza sociale inoltre deve mantenere collegamenti con le USL.	Comitati di gestione - (I consigli circoscrizionali, secondo norma regionale, potrebbero gestire alcuni servizi di base in rapporto col comitato di gestione; attualmente la norma non è attuata).	- Uffici di direzione

TABELLA 6. (Segue).

Città	Indirizzo Programmazione	Distribuzione risorse nell'area comunale	Programmazione operativa	Coordinaamento fra le diverse USL	Gestione	Direzione Tecnica
Genova Livello cittadino	<ul style="list-style-type: none"> - Consiglio comunale per USL interne - Assemblee intercomunali per le USL intercomunali. 		<ul style="list-style-type: none"> - (Consiglio comunale) - Comitati di gestione - Comitati di partecipazione e gestione singoli servizi - (Assemblea cittadina utenti e formazioni sociali e sindacali) - (Il consiglio circoscrizionale nomina propri rappresentanti nei comitati di partecipazione e controllo, il Presidente del consiglio circoscrizionale viene convocato dal Presidente dell'Assemblea USL per l'esame di argomenti di comune interesse). 	<ul style="list-style-type: none"> - Un consigliere comunale ha presieduto in passato le assemblee delle USL. - Commissioni (intermediari dell'assemblea) con compiti istruttori acquisiscono notizie dai comitati di gestione. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comitati di gestione USL - (Comitati di partecipazione e gestione singoli servizi, di cui fanno parte utenti, operatori consiglio circoscrizionale e rappresentante organi sociali). 	<ul style="list-style-type: none"> - Uffici di direzione
Livello sub cittadino						

TABELLA 6. (Segue).

Città	Indirizzo Programmazione	Distribuzione risorse nell'area comunale	Programmazione operativa	Coordinamento fra le diverse USI.	Gestione	Direzione Tecnica
Milano Livello cittadino	- Consiglio comunale	- Consiglio comunale (Comitato coordinamento).	- (Consiglio comunale) - Comitato di coordinamento. (Consulta socio-sanitaria).	- Comitato di coordinamento - Consulta socio-sanitaria cittadina.	- Comitato di coordinamento	- Ufficio operativo centrale con dirigente sanitario e amministrativo.
Livello sub cittadino	- (Consiglio circoscrizionale).		- Consiglio circoscrizionale - Comitato di gestione		- Comitato di gestione	- Uffici di direzione
Torino Livello cittadino	- Consiglio comunale		- Comitato di gestione - Commissione comunale decentramento.	- Comitato di gestione - Assemblee e presidenti consigli circoscrizionali - Commissione comunale decentramento.	- Comitato di gestione per servizi cittadini.	- Ufficio di direzione.
Livello sub cittadino	- Consiglio circoscrizionale.		- Consiglio circoscrizionale - Presidente consiglio circoscrizionale - Comitato socio-sanitario circoscrizionale.	- (Presidente comitato socio-sanitario) - IV Commissione consiglio circoscrizionale.	- Consiglio circoscrizionale - Presidente consiglio circoscrizionale - Comitato socio-sanitario circoscrizionale.	(Secondo la nuova proposta 11 uffici direzionali con competenza sull'area) - Ufficio di coordinamento decentrato con 2 referenti, uno sanitario - Ufficio amministrativo al pubblico partecipa il responsabile socio-sanitario.

TABELLA 6. (Segue).

Città	Indirizzo Programmazione	Distribuzione risorse nell'area comunale	Programmazione operativa	Coordinamento fra le diverse USL	Gestione	Direzione Tecnica
Frosina Livello cittadino Livello sub cittadino	- Assemblea intercomunale.		- Comitato di gestione.		- Comitato di gestione.	- Ufficio di direzione.
Bari Livello cittadino Livello sub cittadino	- Consiglio comunale per ciascuna USL.		- Comitati di gestione.		- Comitati di gestione.	- Uffici di direzione.
Catania Livello cittadino Livello sub cittadino	- Assemblea delle singole USL.		- Comitato di gestione.	- inizialmente i consiglieri comunali tennero i collegamenti con le USL; ora il coordinamento è svolto dallo Assessorato alla sicurezza sociale.	- Comitato di gestione.	- Uffici di direzione.

TABELLA 6. (Segue).

Città	Indirizzo Programmazione	Distribuzione risorse nell'area comunale	Programmazione operativa	Coordinamento fra le diverse USL	Gestione	Direzione Tecnica
Napoli Livello cittadino				<p>- L'Assessorato sicurezza sociale tiene collegamenti con le USL. Attualmente è in discussione una delibera con la quale verrebbero costituiti i seguenti organismi: la Consulta socio-sanitaria cittadina, la Conferenza dei presidenti delle USL, il Comitato di coordinamento, l'Ufficio del Comitato di coordinamento.</p>	<p>- Assessorato sanità gestisce l'ufficio d'igiene.</p>	
Livello sub cittadino	- Consiglio comunale per ciascuna USL.		- (Consiglio comunale) - Comitato di gestione.		- Comitato di gestione.	- Uffici di direzione.
Palermo Livello cittadino						
Livello sub cittadino	- Assemblea delle singole USL.		- Comitato di gestione.		- Comitato di gestione.	- Ufficio di direzione.

TABELLA 6. (Segue).

Città	Indirizzo Programmazione	Distribuzione risorse nell'area comunale	Programmazione operativa	Coordinamento fra le diverse USL	Gestione	Direzione Tecnica
Roma	- Consiglio comunale.		- (Consiglio comunale).	- Ufficio di coordinamento attività USL.	- Comitato di gestione.	- Ufficio di direzione.
Livello cittadino						
Livello sub cittadino	- Consiglio circoscrizionale.		- (Consiglio circoscrizionale) - Comitato di gestione.			

(*) Il Consiglio comunale, quando funge da Assembles e in caso di più USL, svolge naturalmente funzioni di coordinamento, nella tabella questo fatto non viene esplicitato; si è invece scelto di evidenziare quelle modalità specifiche individuate, nelle singole realtà, per il coordinamento fra le USL.

(**) La normativa regionale prevede che l'Associazione intercomunale dell'area fiorentina sia intercomunale della Regione per la programmazione, il coordinamento e l'indirizzo delle diverse sub-aree. Nel dibattito in corso emerge l'ipotesi che al Comune di Firenze vengano assegnati i fondi stanziati dalla Regione per la sanità da ripartirsi successivamente tra le USL, ad opera dell'Assemblea.

TABELLA 7. *Gestione servizi socio-assistenziali (*)*

Città	Comune	Descrizione	USL
Bologna	<p>Il Comune ha passato tutte le funzioni socio-assistenziali alle USL, presso l'Assessorato sono state mantenute le funzioni amministrative di gestione del personale passato alle USL. Inoltre l'Assessorato sicurezza sociale gestisce il servizio uslo notturno e il servizio di assistenza sociale.</p> <p>Il servizio di assistenza sociale svolge funzioni di indirizzo e promozione in collegamento con le USL e i quartieri. Interdistingue gli atti amministrativi in ordine a sussidi economici, erogazione buoni pasto, ricovero in istituti su segnalazione degli operatori ricoverati (passati alle USL). Supervisiona convenzioni con cooperative di servizio per integrazione attività delegate alle USL (assistenza domiciliare, accompagnamento, anziani inabili). Eserca direttamente buoni taxi per handicappati. Organizza soggiorni climatici e termali per anziani ed handicappati.</p>	<p>Ai consigli di quartiere è delegata la gestione del piano anziani (centri sociali anziani, ginnastica, orti, attività lavorativa volontaria) e del progetto giovani.</p>	<p>Svolge tutte le funzioni socio-assistenziali mediante il servizio sociale, in stretto rapporto col servizio materno infantile e il servizio di igiene dentale.</p>
Firenze	<p>Le funzioni socio-assistenziali sono state passate con il relativo personale alle USL.</p> <p>L'Assessorato sicurezza sociale svolge funzioni amministrative (gestione personale, economico, rapporti con TPAB) e di promozione e coordinamento delle attività dei centri e delle strutture deputate al rispetto funzionale e delle attività ricreativo-culturali rivolte ad anziani.</p>	<p>Funzione di promozione di attività sociali e ricreativo-culturali rivolte ad anziani.</p>	<p>Alle USL sono passate tutte le funzioni socio-assistenziali di competenza comunale. Le funzioni residue della Provincia sono gestite sempre dalle USL tramite convenzione con la Provincia.</p>
Genova	<p>Il Comune ha mantenuto, nel settore delle persone anziane ed inabili, la gestione degli interventi domiciliari attuati nei centri di assistenza domiciliare, e degli istituti di ricovero.</p> <p>Eserca, inoltre, tutte le prestazioni di natura economica e svolge funzioni amministrative nel settore dei minori. Ha mantenuto il coordina-</p>	<p>Il consiglio circoscrizionale esercita funzioni di controllo sulle attività svolte dai servizi consultoriali riabilitativi e di assistenza domiciliare.</p>	<p>Il Comune di Genova ha affidato in gestione alle USL le funzioni socio-assistenziali inerenti l'area materno-infantile. E inoltre stata stipulata una convenzione tra la Provincia e le USL per l'adempimento in gestione delle attività socio-assistenziali di competenza provinciale.</p>

TABELLA 7. (Segue).

Città	Comune	Circoscrizione	USL
Milano	<p>mento delle funzioni socio-assistenziali comprese quelle trasferite alle USL con il passaggio ad esse del Servizio materno-infantile.</p> <p>Il Comune gestisce direttamente tutti i servizi socio-sanitari; è attuante in atto un processo di decentramento delle funzioni socio-assistenziali che prevede la delega di queste funzioni ai «consigli di zona» (a Milano gli organi del decentramento sono così denominati). Rinvengono in gestione agli uffici centrali dell'amministrazione comunale i seguenti servizi e prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - servizi sociali di zona; - colonie educative; - comunità familiari e comunità alloggio; - servizio affidi; - centri di assistenza domiciliare agli anziani; - centri diurni polivalenti; - centri territoriali riabilitativi per soggetti handicappati. <p>Gli atti amministrativi relativi all'erogazione di prestazioni economiche (sussidi, rette, buoni taxi, ecc.) sono predisposti a livello di uffici centrali.</p>	<p>La deliberazione comunale del 22.3.1980 relativa all'attuazione di poteri ai consigli di zona nel settore dei servizi socio-sanitari, definisce, a livello decentrato, le seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promozione e coordinamento delle attività dei servizi socio-sanitari operanti nel settore materno-infantile, degli anziani, degli handicappati. <p>In particolare nell'area materno-infantile i consigli di zona esercitano le funzioni relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esercizio funzioni tutelari; - scelta delle famiglie affidatarie; - indicazione coppie adottive; - indicazione cittadini per funzioni giurisdizionali onorario. 	USL
Torino	<p>Il Comune non ha ancora attuato il trasferimento delle funzioni socio-assistenziali all'USL, in attesa di una strutturazione definitiva della USL. (art. 1-23).</p> <p>Ha invece deliberato in merito alla gestione decentrata dei servizi socio-assistenziali ed all'al-</p>	<p>Sono stati assegnati alla dipendenza funzionale delle circoscrizioni i seguenti presidi, con relativo personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - centri di servizio sociale; - comunità alloggio per minori, anziani, handicappati; 	

TABELLA 7. (Segue).

Città	Comune	Circoscrizione	USL
Venezia	<p>liberazione del relativo personale ai consigli circoscrizionali. Rimangono ancora a carico della amministrazione centrale i seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - istituti di ricovero assistenziale; - caso di ospitalità notturna per persone senza fissa dimora; - servizi per le tossicodipendenze, ove sono previsti, oltre al personale dipendente dell'USL, anche operatori socio-assistenziali (gli operatori sanitari dipendono direttamente dall'USL e dai funzionari responsabili, in sede, centrale, del servizio). 	<p>centri socioassistenziali diurni per handicappati. (6. prevista una ipotesi di accordo tra Comune e Provincia per la definizione dell'attribuzione alle circoscrizioni del personale provinciale operante nei servizi comunali decentrati).</p>	<p>L'USL gestisce le seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - assistenza ai portatori di handicap; - gestione delle strutture tutelari e residenziali per handicappati e inabili in età lavorativa; - gestione comunità familiari; - prevenzione tossicodipendenze, recupero e inserimento tossicodipendenti.
Bari	<p>Rispetto alle funzioni passate alle USL, il Comune si è riservato l'organizzazione dei soggiorni estivi per disabili e l'attività promozionale nell'ambito delle tossicodipendenze.</p> <p>Rimane inoltre al Comune:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestione centri sociali, asili notturni, case albergo; - gestione strutture residenziali per minori ed anziani; - erogazione fondo sociale equo canone; - interventi a favore degli emigrati e immigrati; - erogazione interventi economici per soggetti emarginati; - interventi ex art. 23 d.P.R. 616 del 1977. 	<p>Funzioni di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promozione rivolta ad anziani per collaborazioni volontarie allo svolgimento di attività decentrate e inserimento in attività salutari decentrate; - promozione organizzazione e coordinamento volontari per situazioni di emergenza; - gestione dell'assistenza domiciliare, integrazione e minori, ed erogazione contributi a nuclei affetti. 	<p>È previsto nel regolamento del decentramento la gestione da parte dei consigli circoscrizionali delle attività assistenziali.</p> <p>Fino al 1983 tale normativa non è stata attuata.</p>

TABELLA 7. (Segue).

Città	Comune	Circoscrizione	USL
Catania	Il Comune gestisce i servizi socio-assistenziali.	Il regolamento del decentramento prevede la gestione dei servizi socio-assistenziali da parte del consiglio di circoscrizione in base a deliberazioni approvate. Non risulta che tali deliberazioni siano state approvate.	
Napoli	Il Comune gestisce i servizi socio-assistenziali.	Prevista nel regolamento la delega di attività socio-assistenziali, la relativa delibera-quadro è in fase di approvazione, in essa si prevede il trasferimento delle funzioni socio-assistenziali ex artt. 22-25 DPR 616 del 1977. E' inoltre stata approvata una deliberazione che trasferisce alle circoscrizioni funzioni di assistenza a favore delle persone anziane.	
Palermo	Il Comune gestisce servizi socio-assistenziali.	Il regolamento del decentramento prevede la gestione dei servizi socio-assistenziali da parte dei consigli di circoscrizione in base a deliberazioni approvate. Non risulta che tali deliberazioni siano state approvate.	
Roma	Il Comune ha trasferito con delibera-quadro 839/81 le funzioni socio-assistenziali alle circoscrizioni, disciplinandone l'esercizio con delibera-quadro.	Le circoscrizioni gestiscono i servizi socio-assistenziali.	Le USL hanno propri servizi socio-assistenziali.

(*) Quando si citano le funzioni socio-assistenziali si intendono quelle relative a assistenza economica, domiciliare, ricoveri e soggiorni in strutture residenziali, e funzioni ex art. 23 DPR 616 del 1977.

Va osservato che anche le soluzioni date alla « direzione tecnica » rispecchiano a livello tecnico funzionale le soluzioni istituzionali generali.

L'ultimo 'fattore chiave' considerato riguarda l'area socio-assistenziale, la sua collocazione istituzionale e funzionale, il suo grado di integrazione con l'area sanitaria. La tab. 7 ce ne offre il quadro.

Ricorrono diverse situazioni: *a)* gestione dei servizi socio-assistenziali da parte del Comune, senza alcun significativo decentramento. Così accade in tutte le città del Mezzogiorno: Bari, Catania, Palermo e, attenuata, a Napoli, dove alcune funzioni di assistenza agli anziani sono state trasferite alle circoscrizioni; *b)* gestione dei servizi socio-assistenziali distribuita fra Comune e circoscrizioni: è il caso di Milano e Torino; *c)* gestione dei servizi socio-assistenziali distribuita fra Comune e USL. Così è a Venezia, dove le funzioni comunali sono largamente decentrate alle circoscrizioni, mentre l'USL gestisce consultori ed *handicap*, e di Genova, dove le USL gestiscono i servizi dell'area materno infantile ed età evolutiva, e le restanti funzioni sono gestite dal Comune; *d)* gestione dei servizi socio-assistenziali quasi totalmente affidata all'USL: è il caso di Bologna e di Firenze, dove al Comune sono rimaste funzioni di indirizzo e controllo e di tipo amministrativo, e ai quartieri sono affidate funzioni promozionali nel campo sociale.

4. Illustrate sommariamente le soluzioni istituzionali adottate in riferimento ai fattori chiave prima proposti, si può ora tentare di schematizzare una tipologia di soluzioni rispetto a due assi fondamentali di lettura del rapporto centro-periferia: l'asse verticale accentrato-decentramento e l'asse orizzontale politicità-settorialismo.

La elaborazione della tipologia di soluzioni di governo della sanità nelle aree urbane viene articolata su tre direttrici di rapporto, aventi come poli, da un lato sempre le istituzioni di livello cittadino e, dall'altro, le istituzioni regionali, circoscrizionali, di area metropolitana o comunque di area urbana vasta.

L'operazione avviene in due tempi. Si procede dapprima alla elaborazione della matrice della tab. 8, che individua, per ognuno dei rapporti fra livelli territoriali e istituzionali sopra definiti, una serie di fattori considerati significativi in ordine al rapporto centro-periferia nella sua duplice lettura, sull'asse accentrato/decentra-

mento e sull'asse politicITÀ/settorialismo, con una scala valutativa elementare ma pertinente per ognuno di essi.

Queste variabili, messe in riga orizzontale, si incrociano con i singoli casi delle grandi città considerate, aggregate in quattro classi a seconda delle soluzioni istituzionali di governo della sanità adottate e disposte sulle colonne verticali.

Le valutazioni applicate trovano ovviamente fondamento e giustificazione nell'impostazione fin qui esposta, anche se ovviamente presentano gradi di semplificazione e di approssimazione.

Possono essere meglio comprese, e quindi anche discusse nella loro funzione specifica, se non vengono assunte come ' voto di merito ', o classificazione dei ' buoni ' e dei ' cattivi ', ma come verifica di approssimazione e scostamento rispetto a certi orientamenti e criteri di lettura del tema centro-periferia qui proposti.

Con queste chiarificazioni non ci si addentra in una dettagliata analisi della tab. 8, affidandola all'intuizione critica del lettore, per passare alla enunciazione di una sia pur sintetica tipologia, anch'essa articolata sugli ormai consueti tre livelli di rapporto.

In ordine alla prima direttrice istituzionale, fra istituzioni di livello regionale e istituzioni di livello cittadino, sembra si possano configurare tre ipotesi:

a) applicare alla grande città la disciplina « comune » dettata dalla legislazione regionale di attuazione della legge 833 del 1978, senza alcuna significativa variazione né di dimensionamento né istituzionale. Vengono così costituite più USL infracomunali, più USL infra ed inter comunali, un'unica USL pluricomunale. Gli organi del Comune non svolgono alcun compito specifico di governo della sanità, fatto salvo il Consiglio comunale che, per disposizione della legge 833 del 1978, funge da Assemblea delle USL infracomunali (salvo che scelga di delegare sue funzioni ai consigli circoscrizionali) o che, nel caso di USL intercomunali, è collegio elettorale per la nomina dei componenti l'Assemblea delle USL.

In tale ipotesi le funzioni di indirizzo, programmazione, attribuzione delle risorse, controllo, si propongono formalmente negli stessi termini che per le aree extraurbane, attivando un rapporto diretto e senza intermediari fra Regione e singole USL.

Quanto detto non si ataglia peraltro pienamente alle USL pluricomunali, che, pur disciplinate dal diritto comune e in rapporto diretto con la Regione, hanno la possibilità di allocare esse stesse le risorse all'interno della loro area territoriale.

TABELLA 8. Fattori significativi nei rapporti fra diversi livelli nel governo della sanità.

Livelli e fattori ↓	Grandi città →	Più USL intercomunali			
	USL unica monocomunale	Torino	Milano	Roma	Firenze
<i>Livello regionale/livello comunale</i>					
- Dimensione demografica USL	eccezionale	normale	normale	normale	normale
- Organi e modalità governo servizi sanitari	normale/ eccezionale	eccezionale	normale	normale	normale
- Livello programmazione e coordinamento scala cittadina	comunale	comunale	comunale	comunale	comunale
- Livello distribuzione risorse in area cittadina	comunale	comunale	regionale	regionale	regionale
- Condizioni istituzionali per omogeneizzazione livelli e modalità tutela salute in aree cittadine	favorevoli	favorevoli	incerte	incerte	incerte
- Condizioni istituzionali per gestione centralizzata di servizi a scala cittadina	sì	sì	sì	no	no
- Condizioni istituzionali per coordinamento e integrazione servizi sociali e sanitari	favorevoli	favorevoli	favorevoli	favorevoli	favorevoli
<i>Livello comunale/livello circoscrizionale</i>					
- Delega di funzioni assembleari a consiglio circoscrizionale	no	sì	sì	no	no
- Delega di funzioni gestionali servizi sanitari a livello circoscrizionale	sì	sì	sì	no	no
- Presenza consiglieri circoscrizionali in Assemblea USL	esclusa	tutti	tutti	esclusa	esclusa
- Nomina consiglieri circoscrizionali in comitato di gestione	accidentale	necessaria	esclusa	accidentale	accidentale
<i>Livello cittadino/area urbana vasta</i>					
- Istituzione intercomunale di area vasta e suo ruolo	inesistente	inesistente	inesistente	ruolo programmatico	ruolo programmatico

Come si è già accennato, tale svantaggio istituzionale potrà essere in parte compensato dall'iniziativa politica del Comune, che non potrà comunque far leva su alcuna competenza riconosciuta.

b) Costituzione di un'unica USL monocomunale, eccezionale per dimensione demografica.

Si salvaguarda così, anche nel governo della sanità, la scala urbana nella sua dimensione unitaria, cui si accompagna una autonoma facoltà di decentramento di funzioni e di distribuzione di risorse al suo interno.

Il Consiglio comunale funge anche da Assemblea dell'USL cittadina, con ampia possibilità di indirizzo, programmazione, distribuzione delle risorse, di quelle finanziarie conferite dalla Regione come di quelle infrastrutturali e di personale proprie dell'USL.

È coerente a tale soluzione un intreccio fra organi esecutivi comunali ed USL, facendo presiedere anche l'Assemblea dal Sindaco, concentrando sulla stessa persona la funzione di Assessore alla sanità e di Presidente del comitato di gestione dell'USL.

Sarebbe anche possibile, in tale ipotesi, concepire il comitato di gestione come commissione consiliare, con funzioni non solo istruttorie e deliberative ma anche gestionali. Si incrocerebbero in tal caso i modelli di gestione collegiale delle USL con quelli assessorili delle amministrazioni comunali, con una sperimentazione non priva di interesse.

La Regione avrebbe così come interlocutore una USL di scala cittadina, in vario modo intrecciata all'amministrazione comunale, nelle migliori condizioni quindi per programmare autonomamente lo sviluppo dei servizi sanitari nel quadro dell'evoluzione complessiva della realtà urbana.

Si danno qui anche condizioni particolarmente favorevoli per l'integrazione fra servizi sanitari e socio assistenziali. Il ruolo che gli organi del Comune svolgono direttamente o indirettamente dovrebbe infatti ridurre ostacoli e diffidenze e consentire un'azione normativa e gestionale ben coordinata.

c) Costituzione di più USL infracomunali, di dimensione demografica 'normale' o quasi, con una disciplina eccezionale di salvaguardia della scala urbana, alle cui istituzioni viene riconosciuta una autonoma funzione di indirizzo, programmazione, distribuzione delle risorse, controllo.

In questa chiave il Consiglio comunale non opera solo come Assemblea di ciascuna USL infracomunale, ma, presieduto dal Sindaco, svolge un suo ruolo anche su scala urbana, così definendo indirizzi, vincoli e risorse per le singole USL.

Per svolgere queste sue funzioni il Consiglio comunale deve poter contare sui necessari supporti istruttori, di elaborazione e proposta, di controllo. Assolve a tale esigenza una Commissione permanente, presieduta dall'Assessore alla sanità, con debite collaborazioni tecniche.

In tal caso non c'è rapporto diretto fra Regione e singole USL urbane. La Regione trova il suo interlocutore essenzialmente a livello cittadino, con ampia autonomia di indirizzo, programmazione e controllo su tutte le singole USL. Questi, a sua volta, delega parte delle sue funzioni agli organi del decentramento, se di scala adeguata.

Anche in tal caso si pongono condizioni abbastanza favorevoli alla integrazione fra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali.

In sintesi, la soluzione *a*) evidenzia il prevalere nella definizione dell'assetto istituzionale di spinte centralizzatrici e settorialistiche; le soluzioni *b*) e *c*) salvaguardano entrambe una autonoma scala cittadina, con qualche differenza sull'asse politicità-settorialismo in termini di rapporti fra Comune e USL. Una USL unica, di grande dimensione, potrebbe avere tentazioni e più forza per differenziarsi settorialmente dal Comune, rispetto a più USL infracomunali che non possono direttamente operare a scala cittadina. Ma potrebbe anche verificarsi il caso che l'USL unica risulti più strettamente controllata dal Comune.

La seconda direttrice di rapporto prima individuata, fra istituzioni di livello cittadino e istituzioni di livello circoscrizionale, è per buona parte interna alle tipologie individuate considerando la prima direttrice.

Rispetto alla soluzione istituzionale *a*) (più USL infracomunali, più USL infra e intercomunali, una USL pluricomunale, tutte di « diritto comune »), le ipotesi si differenziano a seconda che si considerino, da un lato le USL infracomunali, dall'altro le USL intercomunali e pluricomunali.

Per le prime ci può essere delega di tutte o di parte delle funzioni proprie dell'Assemblea generale, dal Consiglio comunale ai consigli circoscrizionali. In tal caso le conseguenze possono essere sull'asse accentrato-decentrato di intensificazione del rapporto diretto Regione-circoscrizioni, con un esito di svuotamento del livello

comunale, grazie ai due processi contestuali di segno opposto di accentrimento sulla Regione e di decentramento verso la circoscrizione.

Nella misura in cui il consiglio di circoscrizione assume una funzione nel governo della sanità, ci potrebbe essere qualche effetto di riduzione del settorialismo sanitario. Ove si desse un coerente decentramento delle funzioni socio-assistenziali alle circoscrizioni, si realizzerebbero anche condizioni istituzionali abbastanza propizie al coordinamento e all'integrazione di questi con i servizi sanitari.

Nel caso invece delle USL intercomunali e pluricomunali, ci può essere una qualche valorizzazione delle istanze circoscrizionali eleggendo membri del Consiglio o dell'esecutivo nell'Assemblea dell'USL. Tale scelta può anche essere assunta come criterio formale di scelta dal Consiglio comunale della grande città, nell'esercizio della sua funzione elettorale, con intendimenti di riduzione del settorialismo.

Considerando invece la soluzione istituzionale *b*) (unica USL monocomunale), ci può essere ampia delega delle funzioni proprie dell'Assemblea e di quelle proprie del comitato di gestione, ad organi di livello circoscrizionale.

Se per le funzioni di assemblea l'interlocutore è definito (consiglio di circoscrizione), per quelle di comitato di gestione si danno più soluzioni possibili, più o meno intrecciate con ruoli politici generali di livello circoscrizionale (presidente, ecc.). Le soluzioni adottate potranno avere effetti di accentuazione o riduzione del settorialismo sanitario e di maggiore o minore praticabilità dell'integrazione fra servizi sanitari e socio-assistenziali.

Con la soluzione istituzionale *c*) (più USL infracomunali, con programmazione e coordinamento a livello comunale), in cui la zonizzazione USL coincide con quella circoscrizionale, può attuarsi un processo di decentramento anche più accentuato della precedente ipotesi, con una buona possibilità di contenimento del settorialismo.

La terza direttrice di rapporto fra istituzioni di livello cittadino e istituzioni di area urbana vasta, viene completamente ignorata dalle soluzioni circoscritte all'ambito comunale o infracomunale (Roma, Milano, Torino, Bari). Se coordinamento ci sarà, dovrà essere svolto dalla Regione e sarà il frutto di un rapporto politico non istituzionalmente garantito e formalizzato.

Del resto alla Regione spetta comunque e sempre il difficile compito istituzionale di riequilibrio e redistribuzione territoriale delle

risorse fra grande area urbana e il complesso del territorio regionale.

Le soluzioni che scavalcano i confini del grande Comune offrono diverse tipologie, a seconda che definiscono l'area USL unendo l'intero territorio del grande Comune ai territori di piccoli Comuni dell'*binterland* (USL pluricomunale) o che uniscano invece porzioni del territorio del grande Comune al territorio dei Comuni dell'*binterland* (USL intercomunali).

Nel primo caso la prevalenza del grande Comune è scontata e l'aggiunta di qualche piccolo Comune limitrofo ha solo un effetto di accentuazione sul terreno istituzionale del settorialismo sanitario, con la costituzione di organi differenziati rispetto a quelli comunali (Assemblea intercomunale al posto del Consiglio comunale che funge direttamente da assemblea).

Nel secondo caso potrebbe anche svilupparsi il decentramento, a seconda della realtà demografica e territoriale, e a seconda della eventuale valorizzazione diretta o indiretta del decentramento per il governo della sanità da parte del Comune.

L'ultimo caso configurato, così come tutte le soluzioni su scala comunale o infracomunale, non prestano comunque attenzione ai problemi di programmazione unitaria su scala metropolitana o intercomunale. Tali problemi possono trovare invece una risposta, settoriale peraltro, nel caso della zonizzazione USL che associ grande Comune e Comuni minori dell'*binterland*.

Tale direttrice di rapporto può trovare però esplicita considerazione con la valorizzazione e la costituzione di livelli istituzionali aggiuntivi a quelli ricorrenti nel governo della sanità, espressione di un momento associativo fra i Comuni dell'area. È una tipologia assai rara, che quindi approfondiremo in seguito in modo specifico (caso dell'Area intercomunale fiorentina).

5. Si dibatte nel paese e fra le forze politiche dell'opportunità di una correzione della legge di riforma sanitaria, a oltre cinque anni dalla sua approvazione. Senza qui entrare nei termini più generali di tale confronto, a conclusione dell'analisi svolta sembra di poter formulare qualche osservazione propositiva in merito al problema del governo della sanità nelle grandi aree urbane.

Il progetto di riforma che ha preso corpo negli anni '70, principalmente attraverso il DPR 616 del 1977 e la l. 833 del 1978,

a livello nazionale, e l'avvio di esperienze consortili sanitarie o socio-sanitarie a livello regionale e locale, si proponeva come uno degli obiettivi centrali il superamento della molteplicità degli enti di erogazione di servizi e prestazioni, proliferati oltre misura per la risposta settoriale alle domande sociali emergenti, e la riconduzione delle funzioni a pochi interlocutori, collocati a livelli territoriali diversi, distinti non per materia di competenza, ma per ruolo legislativo, programmatico, gestionale.

I margini di ambivalenza, già qui rilevati, della legge 833 hanno consentito una distinzione e quasi contrapposizione, relativamente al ruolo gestionale, fra Comune (o Comuni associati) e USL, con negative conseguenze sulla funzionalità e l'integrazione (anche con i servizi socio-assistenziali, che il Comune recalcitra a cedere all'USL), dei servizi sanitari e la partecipazione sociale intorno ad essi.

Nelle aree extraurbane, in perenne attesa della riforma delle autonomie locali, era forse inevitabile una certa commistione/confusione fra l'USL come istituzione e l'USL come mero strumento operativo, con l'intensificazione dei rapporti diretti Regione-USL e l'emarginazione del Comune dal settore sanitario, avente come esito l'accentramento sul livello regionale e la settorializzazione del governo sanitario. Ma non era scontato che analogo fatto dovesse prodursi anche dove già c'è invece un preciso riferimento istituzionale, trattandosi di un grande Comune cui corrispondono una singola USL monocomunale o più USL infracomunali.

La ridefinizione 'unitaria' del soggetto gestore dei servizi sanitari a livello locale potrebbe cominciare ad essere affrontata e praticata in tali situazioni, dove appunto già esiste un riferimento istituzionale di scala adeguata, democraticamente legittimato a gestire il complesso dei servizi alla persona, servizi sanitari compresi, capace di porsi come interlocutore della Regione stessa, per specificarne e gestirne la normativa programmatica relativamente all'area urbana. Nel 'concorso' fra i due ruoli, la potestà legislativa propria della Regione dovrebbe salvaguardarla da un'eccessiva pressione del Comune urbano, senza però sottrarre a questo la responsabilità complessiva del governo del proprio sviluppo, anche nella sua dimensione socio-sanitaria.

In tal caso l'USL rappresenterebbe solo un ambito di attività dell'amministrazione comunale segnata da alcuni vincoli specifici, derivanti dal suo essere parte di un servizio sanitario nazionale, re-

gionalmente articolato, finanziato da apposito fondo, oggetto di specifica normativa programmatica e organizzativa, operante con personale inquadrato nei ruoli regionali. Sono opportunità e vincoli che possono giustificare appunto una collocazione specifica, all'interno dell'istituzione comunale, ma con determinati vincoli con il governo regionale.

Questa correzione, o meglio, questa riconduzione al disegno originario, del quadro istituzionale delle grandi città, concorrerebbe alla riduzione di accentuazioni settorialistiche su uno degli assi, quello orizzontale (politicità e settorialismo), in cui abbiamo articolato il tema centro/periferia. Come già osservato, si creerebbero così anche più favorevoli condizioni istituzionali per il coordinamento e l'integrazione fra servizi sanitari e socio-assistenziali, riportando la questione entro un'unica realtà istituzionale.

Tale correzione comporterebbe che al Consiglio comunale come tale (presieduto quindi dal Sindaco), fossero attribuite le competenze assembleari, e che esso stesso esprimesse un comitato di gestione che dovrebbe essere composto da consiglieri comunali e presieduto dal Sindaco o dall'assessore delegato competente.

Tale comitato dovrebbe operare avendo come interlocutore l'organo collegiale tecnico di coordinamento e direzione, cui competono anche compiti istruttori, di elaborazione e proposta, di gestione amministrativa, organizzativa e tecnica, di controllo operativo.

Quanto all'opportunità di articolare il territorio urbano e i servizi su di esso operanti su una singola o su più USL, con le relative conseguenze sull'asse accentrato/decentrato, si potrebbero suggerire soluzioni diverse a seconda della dimensione demografica dei Comuni.

Le più grandi città (Roma, Milano, Napoli, ad esempio) dovrebbero opportunamente articolarsi per USL circoscrizionali, che agirebbero su aree di popolazioni consistenti conservando, a livello cittadino, oltre che l'indirizzo, la programmazione, la distribuzione delle risorse, il controllo già ricordati, anche la gestione di alcune funzioni per le quali è conveniente questa scala, come l'igiene pubblica e alcuni presidi a bacino di utenza cittadino, od ancora più vasto (bloccando così la tentazione ricorrente di ricostituire consigli di amministrazione ospedalieri autonomi e separati).

Si realizzerebbero così le condizioni per un decentramento di funzioni deliberative e gestionali alle circoscrizioni. A questo livello il

Consiglio opererebbe come Assemblea, ed esprimerebbe un comitato di gestione. Gli atti degli organi circoscrizionali sarebbero ovviamente sottoposti al controllo anche di conformità ai programmi e agli indirizzi di quelli centrali, così come accade per altre funzioni e materie decentrate dal Comune alle zone.

Nelle grandi città di classe demografica inferiore non si danno le condizioni per una coincidenza fra circoscrizioni e USL infraurbane, e potrebbe allora essere preferibile la costituzione di una sola USL a dimensione cittadina, con ampio decentramento di funzioni e servizi (soprattutto quelli territoriali) realizzato valorizzando gli organi del decentramento, cui verrebbero attribuiti compiti gestionali e di controllo.

Le attuali esperienze di Milano e Torino, sotto il profilo istituzionale qui considerato, possono apparire la più interessanti rispetto agli orientamenti espressi. Anche se la prima arriva con grande ritardo e dopo lunghi tentennamenti, cominciando solo ora a delinearsi nei suoi organi e ad assumere le sue funzioni, e se la seconda è stata realizzata in modo eccessivamente complesso viene ora messa in discussione, forse anche perché la dimensione demografica della città potrebbe rendere preferibile la prima ipotesi, che non trova però le necessarie condizioni nel decentramento, articolato su quartieri di dimensione piuttosto contenuta.

La linea sperimentata da Torino potrebbe invece essere considerata e valutata da altre città, a più ridotte soglie dimensionali.

Quanto all'ultima scala considerata, quella dell'area urbana nel suo complesso, *hinterland* compreso, anche rispetto ad essa la linea guida deve essere quella di ricercare ruoli e livelli di governo ad ampia competenza, e non settoriali. Il problema quindi richiama quello più generale del governo metropolitano, uno dei temi più dibattuti e tuttora aperti della riforma delle autonomie locali.

L'esperienza fiorentina, pur nelle sue grandi incertezze e nella sua limitata realizzazione concreta, presenta indubbio interesse proprio perché si è posta in un'ottica complessiva, entro i vincoli imposti dalla legislazione nazionale vigente, e perché rappresenta l'unico caso di intercomunalità di grande area urbana in cui si prevede uno specifico ruolo programmatico anche in materia sanitaria.

Per le ragioni già prima esposte e qui sinteticamente riprese, a questa analisi di ordine generale, seguono le analisi specifiche di tre 'casi' ora richiamati: Milano, Torino e 'area fiorentina'.

II.

1. In Lombardia ci sono 1.546 Comuni, di cui 1.218 (cioè il 79 %) sotto i 5.000 abitanti, con una popolazione pari a circa il 25 % di quella regionale, e una superficie pari al 70 % di quella dell'intera Regione. A fronte della dispersione demografica di questi Comuni c'è Milano che, con i suoi 1.617.199 abitanti, contribuisce per il 20 % della popolazione regionale.

Milano ed il suo *binterland* costituiscono la più consistente area metropolitana italiana, ricca di tensioni e contraddizioni.

Come accade in altre grandi città, la popolazione milanese, dopo aver raggiunto nel 1973 il valore massimo di 1.745.220 abitanti, ha cominciato a regredire. Fra i censimenti del 1971 e 1981 la popolazione è calata di 114.801 residenti, anche se contemporaneamente è aumentata quella della Provincia. Assieme al parziale decentramento dei quartieri residenziali al di là dell'immediato circondario urbano c'è stata una crescita dei Comuni della 'cintura': sembra che il polo centrale dell'area abbia esaurito la sua capacità propulsiva dal punto di vista demografico.

Quanto alla struttura della popolazione emerge un deciso invecchiamento ed una certa femminilizzazione (113 donne per 100 maschi).

Diminuisce la dimensione media delle famiglie (3,3 membri nel 1931; 2,76 nel 1971) con aumento delle persone che vivono sole: 232.531 nel 1979 (14,5 %). Mentre la natalità diminuisce (15,9 ‰ nel 1965; 7,9 ‰ nel 1979), la mortalità ha un andamento costante (attorno al 10 ‰), anche se con differenze all'interno della città: nel 'centro' è superiore alla media, nella 'periferia' è più bassa di circa il 20 %, poiché l'anello più esterno della città è abitato da gruppi di popolazione più giovani. L'analisi della mortalità per cause mostra che le malattie infettive sono quasi scomparse, come fattore di mortalità (1 %); d'altra parte c'è l'espansione dei tumori (24 %) e l'alta incidenza delle malattie cardiache (30 %).

In ordine all'offerta dei servizi essa si distribuisce sul territorio per approssimazione su quattro zone concentriche: a) il centro cittadino, cioè il centro storico con le ex 'periferie' integrate e perciò contigue, dove c'è la massima concentrazione di ospedali, cliniche e servizi mutualistico-assistenziali; b) la periferia tradizionale, cioè le zone industriali, le vecchie e nuove aree di servizio direzionali, i

quartieri residenziali, dove si insediano ancora, anche se più diradati, i servizi della zona centrale; *c*) una prima 'fascia esterna', cioè l'estrema periferia e la più vicina corona dei Comuni confinanti, dove si diradano i servizi sopra descritti e che rischia di essere una zona con bassa offerta quantitativa e qualitativa; *d*) una seconda 'fascia esterna', cioè i Comuni contermini, che da un lato condivide la situazione della fascia precedente, ma che presenta anche una dotazione di servizi accentrati (es. ospedali) che l'avvicina al centro cittadino.

Per quanto riguarda i servizi sanitari il fattore più condizionante è quello della rete ospedaliera milanese, che offre un elevato numero di posti letto e servizi 'rari' che vengono utilizzati non solo da utenti della Regione Lombardia, ma anche dall'intero paese: si calcola che il 30 % dei ricoverati non siano residenti in Milano.

Di seguito forniamo una scheda sintetica sugli ospedali della città:

Ospedali regionali	n.	3
Ospedali provinciali	0	10
Ospedali zonali	3	1
Istituti di ricovero e cura di carattere scientifico	3	3
Cliniche universitarie	3	3
Ospedali psichiatrici	0	1
Posti letto complessivi	0	12.277
Numero totale dei dipendenti	3	17.560

A questi vanno aggiunti (per completare il quadro dell'offerta) 15 case di cura convenzionate e 8 non convenzionate.

Una stima indicativa delle risorse economiche impiegate mostra che, nel 1981, su 3.192 miliardi assegnati alla Lombardia per la spesa sanitaria, l'USL di Milano ha speso 419 miliardi, di cui il 62 % per gli ospedali. Va ancora osservato che la rete ospedaliera della città è distribuita in modo inadeguato: in sei zone di decentramento non esiste alcun ospedale, in altre sei solo case di cura e nel centro ci sono otto ospedali su 14 (1).

A tale proposito si ricorda che nel Comune di Milano i servizi socio-assistenziali stanno attraversando un processo di decentramento organizzativo che si accompagna alla attribuzione di poteri di gestione ai consigli di circoscrizione (qui denominati Consigli di zona) (2). La

situazione dei servizi sanitari si presenta in modo diverso, data la particolare interpretazione che è stata data dalla Regione e dal Consiglio comunale all'art. 15 della legge 833.

La realizzazione dell'assetto delle USL nella città di Milano è stato lungo, tortuoso e tormentato, in parte per reali problemi di tipo organizzativo-gestionale ed in parte per la complessità dei poteri politici concentrati nel 'triangolo' Regione-Comune-USL.

Per procedere nell'analisi della soluzione adottata si seguirà un criterio cronologico (evoluzione storica), finalizzato ad individuare in modo sistematico la struttura istituzionale architettata ed i conseguenti problemi operativi.

2. Nella Regione Lombardia l'attuazione della riforma sanitaria si può suddividere su due periodi: *a*) un primo periodo che dal 1979 si protrae fino quasi alla fine del 1980 caratterizzato dall'approvazione delle leggi regionali attuative in materia di: azionamento, trasferimento delle funzioni degli enti disciolti, organizzazione dei servizi, costituzione delle associazioni intercomunali, ruoli del personale, contabilità, controlli sulle USL; *b*) un secondo periodo, che inizia alla fine del 1980 caratterizzato dall'entrata in azione dei nuovi enti gestori: elezione dei rappresentanti comunali nelle assemblee, costituzione degli organi politico-gestionali, cessazione delle gestioni commissariali delle mutue, approvazione degli statuti e dei regolamenti, decreti di costituzione delle associazioni intercomunali, avvio degli indirizzi di gestione unificata, adozione di regolamenti sui servizi e sul personale.

Mentre sul resto della Lombardia le USL hanno cominciato a funzionare, sia pure faticosamente, tre anni dopo l'approvazione della legge 833, a Milano fino al 1982-83 c'è stata una fase transitoria che si è tradotta in un vero e proprio congelamento dei processi di riforma dentro i confini della città. Per motivi di chiarezza espositiva è opportuno seguire i diversi processi all'interno di questo periodo.

Come è noto la legge 833 individua una serie di « casi » per la gestione dei servizi: USL pluricomunali; USL comunali; USL sub-comunali. A Milano l'azionamento realizzato dalla Regione Lombardia, prevede, in un primo tempo, un'unica USL monocomunale, fra le 79 dell'intero territorio. Applicando la normativa generale (3) gli organi politico-decisionali sarebbero stati così costituiti:

— Assemblea generale: Consiglio comunale (n. 80 membri);

— Comitato di gestione: eletto dall'Assemblea e composto anche da persone non facenti parte del Consiglio comunale (n. 13 membri);

— Presidente: eletto dal Comitato di gestione.

Per quanto riguarda il ruolo dei Consigli di zona, la legge regionale affermava che « il Consiglio comunale, con propria deliberazione, stabilisce le forme ed i modi della partecipazione dei consigli circoscrizionali ».

Si apre da questo momento (fine 1980) una complessa vicenda che vede alternarsi più soluzioni in ordine ai due problemi centrali: quello dell'assetto politico-decisionale e quello della gestione organizzativa dei servizi.

L'elezione del Comitato di gestione viene rimandata di qualche mese in rapporto ad una pressione da parte del Comune di Milano per la modifica della legislazione regionale. Viene infatti richiesto di portare da 13 a 17 il numero dei componenti di questo organo, allo scopo di garantire la presenza di tutte le forze politiche presenti nel Consiglio comunale. Questa operazione viene realizzata senza incontrare difficoltà, e così alla fine del gennaio 1981 viene eletto il Comitato di gestione (ed il presidente) con le seguenti rappresentanze politiche (4): 4 PCI, 3 PSI (fra cui il presidente), 3 DC, 2 PSDI (fra cui il vicepresidente), 1 PDUP, 1 DP, 1 PRI, 1 PLI, 1 MSI.

Si apre, poi, il dibattito su come procedere al decentramento interno dell'USSL. Cioè, prima ancora del trasferimento dei servizi, gli amministratori discutono sul 'sistema di governo' da dare alla riforma in città. Data per scontata la scelta di passare ad una 'seconda fase' in cui ci saranno più USSL, in un primo momento viene avanzata l'ipotesi di creare 11 USSL sulla base dei seguenti criteri: 1) rispetto dei confini delle zone (cioè ogni USSL potrebbe essere costituita da una o più circoscrizioni); 2) mantenimento di limiti demografici medio-alti (cioè intorno ai 200.000 abitanti); 3) distribuzione delle strutture esistenti sul territorio; 4) comodità di accesso.

Viene così elaborato un progetto che, con alcuni accorgimenti, individua 5 zone attorno ai 100.000 abitanti e 6 con più di 150.000.

Nel giro di poche settimane tale ipotesi viene abbandonata a favore di un decentramento corrispondente alle già esistenti venti zone. Verranno indagati successivamente i problemi politico-istituzionali legati a questa scelta. Di seguito proponiamo, invece, un quadro comparativo fra le due soluzioni:

TABELLA 9.

Fattori chiave	Caso 11 USL	Caso 20 USL
Comitati di gestione e presidenti	n. 11	n. 20
Ruolo dei consigli di zona	minore	maggiore
Ruolo del Comune	tendenzialmente minore	maggiore
Economie di scala	maggiore	minori
Distribuzione della popolazione	coerente con la l. 833	troppo dispersa

Erano evidentemente in gioco due esigenze contrapposte, quella della efficienza gestionale e quella della distribuzione dei poteri, ed ha finito per prevalere la seconda. Va anche segnalata la modalità adottata dal Comune per studiare il problema: costituzione di una « commissione di esperti » articolata in sette gruppi di lavoro con il compito di formulare uno o più documenti per la scelta da adottare in materia di trasferimento.

In conclusione si può osservare che c'è stata una discreta dinamica di tipo istituzionale, su cui ha giocato quasi esclusivamente la variabile politica, ciò che può far stupire quando si va a vedere l'esiguità dei compiti gestiti dall'USSL in questa fase.

Per dare un'idea della dimensione del reale trasferimento si deve ricordare che le funzioni da unificare negli enti responsabili, in rapporto all'attuazione della riforma, erano quelle indicate alla tab. 10 (5).

Nel periodo in esame (e fino al 1983) all'USSL di Milano è stata attribuita solo l'ex assistenza mutualistica, oltre ad incombenze di tipo finanziario per altre USSL della regione: nel frattempo i vecchi enti hanno continuato a gestire i loro servizi. Non è azzardato affermare che l'area del Comune è stata una 'grande eccezione' nello svolgimento, in tempi ragionevoli, della riforma sanitaria.

Va detto che nel primo scorcio del 1981 si è fatto un inventario delle risorse esistenti. Poiché sugli ospedali si è già riferito in precedenza, si completa, anche se in modo grossolano, il quadro:

— medicina di base: 1634 medici, cioè 1 ogni 1019 abitanti distribuiti nelle zone in modo tale che, ad esempio, nel centro il rapporto è di 1 ogni 703 ed in zone esterne si arriva ad 1 ogni 1490;

— medicina specialistica: 22 ambulatori completi di tutte le prestazioni e 7 con un numero ridotto; inoltre 16 poliambulatori ospedalieri che erogano prestazioni specialistiche esterne. Complessi-

vamente gli specialisti ambulatoriali sono 599 e quelli convenzionati esterni 592: quindi 1 ogni 1465 abitanti. Vale la pena di osservare che una così fitta concentrazione di medici specialisti altera, per le zone urbane, gli obiettivi della convenzione nazionale per la medicina generica: infatti se nelle zone non metropolitane il medico di famiglia può veramente essere un 'operatore complessivo' che fa da filtro per il ricorso ad altre prestazioni, a Milano esso spesso non è altro che un certificatore, talvolta frustrato per questo ruolo, che consente l'accesso al settore della specialistica;

— servizi comunali e provinciali: 51 unità di offerta di vario tipo (dispensari, ambulatori, strutture di prevenzione).

Nel complesso si tratta di 231 strutture nelle quali operano circa 30.000 operatori.

TABELLA 10.

Enti gestori	Tipi di servizi
Comitati e consorzi di zona	Consultori Medicina del lavoro Servizi sanitari scolastici
Conorzi volontari fra Comuni	Condotte mediche, ostetriche, veterinarie
Conorzi provinciali antitubercolari	Dispensari per malattie respiratorie
Province	Ospedali psichiatrici
	Centri di igiene mentale
	Laboratori di igiene e profilassi
Uffici regionali dei medici e veterinari provinciali	Compiti fiscali e legali
Enti ospedalieri	Ospedali
Enti mutualistici	Medicina generica e medicina specialistica
Ente nazionale controllo combustibili	Vigilanza e controlli sull'applicazione delle norme
Ispettorati del lavoro	Vigilanza e controlli sull'applicazione della legislazione del lavoro
Ente nazionale prevenzione infortuni	Collaudi e indagini

Un atto dovuto che viene compiuto in questo lasso di tempo è la nomina provvisoria del coordinatore amministrativo e sanitario. Viene anche avanzata la proposta di costituire un ufficio di direzione che dipenda contemporaneamente dal Sindaco e dal Comitato di gestione.

Dalla documentazione su questa fase si ricava l'impressione di una grande cautela. L'attenzione prevalente è posta sul manteni-

mento dell'assetto organizzativo esistente per evitare di turbare equilibri organizzativi sedimentati nel tempo, e per favorire la continuità di funzionamento, evitando interruzioni o vuoti nei servizi. Occorre anche ricordare che alcuni ospedali cittadini premono per ottenere il riconoscimento di « Istituti scientifici di ricovero e cura », per evitare di venire trasferiti all'USSL.

Qualche sorpresa attende gli amministratori anche in relazione alle funzioni degli ex enti mutualistici. Si scopre che l'INADEL ha trasferito la maggior parte del personale al settore previdenziale: una opzione così generalizzata verso gli enti nazionali si spiega forse anche con le incertezze di tutta la cosiddetta fase transitoria. Inoltre nelle città esistevano mutue aziendali (delle aziende trasporti, della Montedison, della Pirelli) con offerta di prestazioni atipiche e con *standards* più elevati della media: si procede, quindi, ad una graduale apertura all'esterno, senza intaccare il precedente livello di assistenza per questi gruppi 'privilegiati' della popolazione.

Un indizio molto forte sui caratteri di questa fase, in cui l'USSL gestisce solo ciò che prima facevano le mutue, è fornito da una importante riorganizzazione del servizio pediatrico di base (6), dove si vede molto bene che alcune scelte fondamentali in ordine alla politica sanitaria continuano ad essere fatte dagli enti gestori precedenti.

3. « Dobbiamo dichiarare con estrema chiarezza che al 30 giugno 1981 la città di Milano non era in grado di ricevere le funzioni delegate dall'ente Regione »: sono le testuali parole del Presidente dell'USSL (7). È una dichiarazione che misura con grande chiarezza l'entità e le cause del ritardo. Si può quindi dire che il periodo 1981-82 si caratterizza con l'essere un prolungamento della fase transitoria (8).

Una scelta abbastanza significativa viene comunque compiuta. Si tratta della mappa territoriale dei distretti sanitari, che vengono ritagliati sulla base dei seguenti criteri ufficialmente dichiarati: rispetto della territorialità delle singole circoscrizioni; sovrapposizione dei distretti con i quartieri (per valorizzare la storia, la cultura, le tradizioni localistiche); le zone di periferia vengono considerate aree a popolazione sparsa, e quindi hanno distretti più piccoli; viceversa le zone del centro, essendo considerate aree a popolazione densa, hanno distretti più ampi.

Anche in ordine a questa decisione colpisce il forte impegno

delle istituzioni rappresentative (il Consiglio comunale, riunito come Assemblea, vi dedica due sedute consecutive), di fronte alla scarsità di risorse effettivamente gestite. Si può osservare, comunque, che nelle aree fortemente urbanizzate, a causa della concentrazione di popolazione, è utile alzare i limiti massimi di popolazione che individuano il distretto, poiché è difficile trovare gruppi omogenei di popolazione dal punto di vista dell'identità storica e socio-culturale. In sostanza a Milano le aree distrettuali deliberate sono 70, di cui 11 con popolazione da 5.000 a 15.000 abitanti, 32 da 15.000 a 25.000, 25 da 25.000 a 40.000 e 2 con oltre 40.000. Va anche segnalato che su questa scelta non ci sono dissensi, poiché viene accolta con voto unanime. Ed anche ciò è un forte indicatore del 'clima' politico: sulle questioni connesse alla riorganizzazione dell'esistente la conflittualità è massima, sui progetti proiettati sul futuro il consenso è totale. Ed, infatti, questa deliberazione non avrà alcun effetto pratico successivamente. A questi problemi di natura politico-gestionale si intrecciano quelli della gestione organizzativa dei servizi. I due piani si sovrappongono con grande frequenza e talvolta risulta difficile tenerli distinti. Si può ragionare, per ordinarne le dimensioni, su taluni nodi problematici.

Uno sta nel rapporto fra Consiglio comunale e Comitato di gestione. Nel caso dell'USSL monocomunale, le relazioni fra gli organi politico-gestionali sono chiare e rientrano nelle procedure generali di tutte le USL: programmazione e controllo alle Assemblee, responsabilità amministrative ai Comitati. Più complesso è il disegno istituzionale quando occorre cercare di mantenere un assetto unitario su una molteplicità di USSL. Qui sorge infatti la necessità di elaborare un duplice sistema di relazioni: l'uno riguarda il coordinamento fra i Comitati di gestione; l'altro si riferisce al rapporto fra il Consiglio comunale ed i Comitati di gestione. In questa materia, come abbiamo già visto, la l. 833 è scarna, poiché si limita a tracciare un indirizzo per il coinvolgimento delle circoscrizioni urbane. Tuttavia, per commentare subito tale questione, va osservato che c'è una evidente disarmonia fra il decentramento comunale di Milano (pensato in un contesto socio-economico diverso e con l'obiettivo di diffusione della partecipazione politica) e il decentramento previsto dalla legge 833 (che ha il duplice obiettivo di una gestione partecipata ed efficiente del sistema sanitario). Per le grandi città c'è quindi un reale problema di scelta fra un'unica USSL o la parcellizzazione in più USSL.

In definitiva la variabile politica è fondamentale per tentare di collocare sul preesistente decentramento infra-comunale il nuovo sistema della USSL. Si può anche osservare, come notazione più generale, che la legge 278 ha trovato applicazione, in Italia, in due situazioni demografico-urbanistiche radicalmente diverse fra loro: le grandi città, in cui gli ambiti circoscrizionali possono anche superare i 100.000 abitanti, e le altre città, nelle quali le circoscrizioni sono molto più piccole (da 5.000 a 15.000 abitanti). Nel primo caso le zone di decentramento sono state utilizzate per suddividere il Comune in USL sub-comunali, nel secondo caso per ritagliare i territori dei distretti.

La legislazione regionale (9), nel 1981, non è di grande aiuto per risolvere questo nodo. Più esattamente, essa non prende posizione e, sostanzialmente, sposta la questione alla decisionalità del Comune, poiché rende possibili più soluzioni che, in termini di modelli, possono così venire sintetizzate: *a*) una sola USSL, con la possibilità di decentramento alle zone: in questo caso possono essere dati ai Consigli di zona anche i poteri gestionali; *b*) creazione di 20 USSL, con delega ai Consigli di zona dei poteri dell'Assemblea.

Un accordo politico fra i partiti di maggioranza (tradotto in un ordine del giorno votato il 27 aprile 1981) porta ad una terza soluzione che introduce un correttivo fondamentale: un'unica Assemblea (ovviamente coincidente con il Consiglio comunale); venti Comitati di gestione e la previsione di un organo centrale di coordinamento (composto da cinque membri) quale sistema di compensazione dei conflitti fra USSL che possiedono servizi diversificati.

L'attuazione di questo modello organizzatorio rende necessario modificare la legge regionale, per adattarla alla scelta politica del Comune di Milano: se ne parlerà in seguito. In sintesi l'esito finale è il risultato di due necessità: quella della distribuzione territoriale delle unità di offerta dei servizi, e quella di creare una forma di collegamento per offrire una operatività coordinata.

Appaiono chiaramente i problemi di gestione dei servizi nella grande città: possibilità di decentrare i servizi di base, cioè quelli a maggiore contatto con l'utenza e caratterizzati dalla più alta frequenza; difficoltà nel trovare una soluzione tecnico-gestionale per i cosiddetti « servizi indivisibili » (10); rilevanza oggettiva della rete di ospedali milanesi, che costituiscono un'unica « rete a struttura complementare e integrata ».

L'obiettivo di assicurare un alto livello di efficienza e di promuovere il decentramento vengono così fatti apparire in contrasto.

Ben presto la discussione si orienta a chiarire cosa sono queste funzioni indivisibili. Vengono adottati i seguenti criteri di identificazione (11): 1) funzioni fiscali, che non richiedono la partecipazione dei cittadini. Si tratta delle commissioni di accertamento dell'invalidità o per certificazioni medico-legali, per le quali non si prevede un'unica sede in città, ma neppure una frantumazione nelle 20 zone; 2) strutture con competenze, esperienze ed attrezzature che non trovino riscontro nelle possibilità operative delle zone; 3) attività con « frequenza scarsa », che non rende economica la parcellizzazione; 4) i servizi di interesse generale, tali da superare la dimensione delle singole zone.

Questa griglia viene utilizzata per elaborare una tipologia dei servizi distinta in:

a) funzioni che possono essere trasferite subito dopo l'avvio delle venti USSL (tabella 11);

TABELLA 11. *Funzioni immediatamente trasferibili alle 20 USSL.*

-
- A* - Funzioni gestite dall'USSL n. 75:
- Assistenza medico-generica e pediatrica;
 - Assistenza specialistica diretta e convenzionata;
 - Assistenza farmaceutica;
 - Medicina fiscale;
 - Assistenza integrativa (protesi, occhiali, ecc.);
 - Assistenza climatica agli invalidi civili;
 - Assistenza agli invalidi di guerra;
 - Assistenza da Regolamenti CEE e convenzioni internazionali.
- B* - Funzioni attualmente gestite dal Comune:
- Consultori familiari;
 - Servizi pediatrici di base;
 - Servizi di vaccinazione decentrati;
 - Servizi di certificazione e di attività di igiene pubblica, svolti nei centri distaccati dell'Ufficio di Igiene;
 - Servizi di medicina scolastica;
 - Servizi di medicina del lavoro;
 - SIMEE (Servizi di igiene mentale nell'età evolutiva);
 - Servizi specialistici di medicina scolastica (centri);
 - Centro assistenza handicappati in età evolutiva;
 - Profilassi malattie infettive (escluse le vaccinazioni internazionali);
 - Dispensari dermo-cellici.
- C* - Funzioni attualmente gestite dalla Provincia:
- Centri psico-sociali (CPS) di assistenza psichiatrica;
 - Ex ospedale psichiatrico;
 - Centri medici assistenza sociale (CMAS) per tossicodipendenti.
- D* - Funzioni attualmente gestite dal Consorzio provinciale antitubercolare (CPA):
- Dispensari antitubercolari.
-

b) funzioni da trasferire in un secondo tempo (tabella 12);

TABELLA 12. *Funzioni da trasferire in un secondo tempo.*

-
- A* - Funzioni gestite dall'USSL n. 75:
— Vigilanza sulle farmacie.
- B* - Funzioni attualmente gestite dal Comune:
— Vigilanza sugli alimenti e bevande;
— Vigilanza sul suolo e sull'abitato;
— Vigilanza sui cimiteri;
— Certificazioni per il rilascio di autorizzazione al trasporto funebre fuori Comune;
— Certificazioni per inumazioni o tumulazioni nei cimiteri cittadini;
— Vigilanza sull'esercizio delle professioni e delle arti sanitarie;
— Commissioni di cui agli artt. 5 e 8, lr 64 e 65 del 1981 e degli artt. 4 e 13, lr 9 del 1982.
-

c) funzioni da non trasferire (tabella 13).

TABELLA 13. *Funzioni indivisibili.*

-
- A* - Funzioni attualmente gestite dall'USSL n. 75:
— Guardia medica festiva, pre-festiva e notturna.
- B* - Funzioni attualmente gestite dal Comune:
— Vigilanza igienico-sanitaria sull'aria, sull'acqua e sulle fognature;
— Vaccinazioni internazionali;
— Servizio necroscopico;
— Pubblicità sanitaria (autorizzazione vigilanza);
— Guardia igienica permanente;
— Convalida per trattamenti sanitari obbligatori (TSO);
— Sorveglianza sulle carceri circondariali e relativi provvedimenti;
— Vidimazione registri relativi alle sostanze stupefacenti e psicotrope (legge 685 del 22 dicembre 1976).
- C* - Funzioni attualmente gestite dalla Provincia:
— Presidio multizonale di igiene e prevenzione (PMIP).
- D* - Funzioni attualmente gestite dal Consorzio provinciale antitubercolare (CPA):
— Presidio centrale.
- E* - Funzioni attualmente gestite da altri enti:
— ENPI (Ente nazionale prevenzione infortuni);
— ANCC (Associazione nazionale controllo combustione);
— Ispettorato del lavoro.
-

Occorre ricordare, per concludere, che in tutta questa operazione di tipo programmatico e finalizzata alla gradualità, sono esclusi tutti gli ospedali milanesi: alcuni perché hanno già ottenuto

la classificazione di « Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico », e pertanto risultano stralciati dal trasferimento, avendo acquisito autonomia giuridica; altri perché in attesa di una legge regionale che ne identifichi l'eventuale ruolo multizonale e per i quali verrebbero previsti organi di gestione politica particolari (12). Anche in relazione a ciò va segnalato il già visto forte dinamismo della variabile politica, che si accompagna alla 'fuga' da parte delle strutture dotate di maggiori risorse (13).

4. Il 1982 e parte del 1983 passano senza sostanziali innovazioni pratiche: gli enti gestori precedenti continuano ad amministrare le strutture sanitarie all'interno dei confini di Milano: continua cioè la 'grande eccezione'. Interviene infatti, un'altra deliberazione regionale che proroga ulteriormente il trasferimento dei servizi. Viene però meglio precisato il modello organizzativo delle USSL milanesi, così come si era venuto configurando nel dibattito e confronto politico. Il Consiglio regionale della Lombardia approva infatti la legge necessaria ad istituire le 20 USSL sub-comunali coincidenti con le zone di decentramento (14).

La tabella 14 visualizza il tipo di assetto politico-istituzionale previsto.

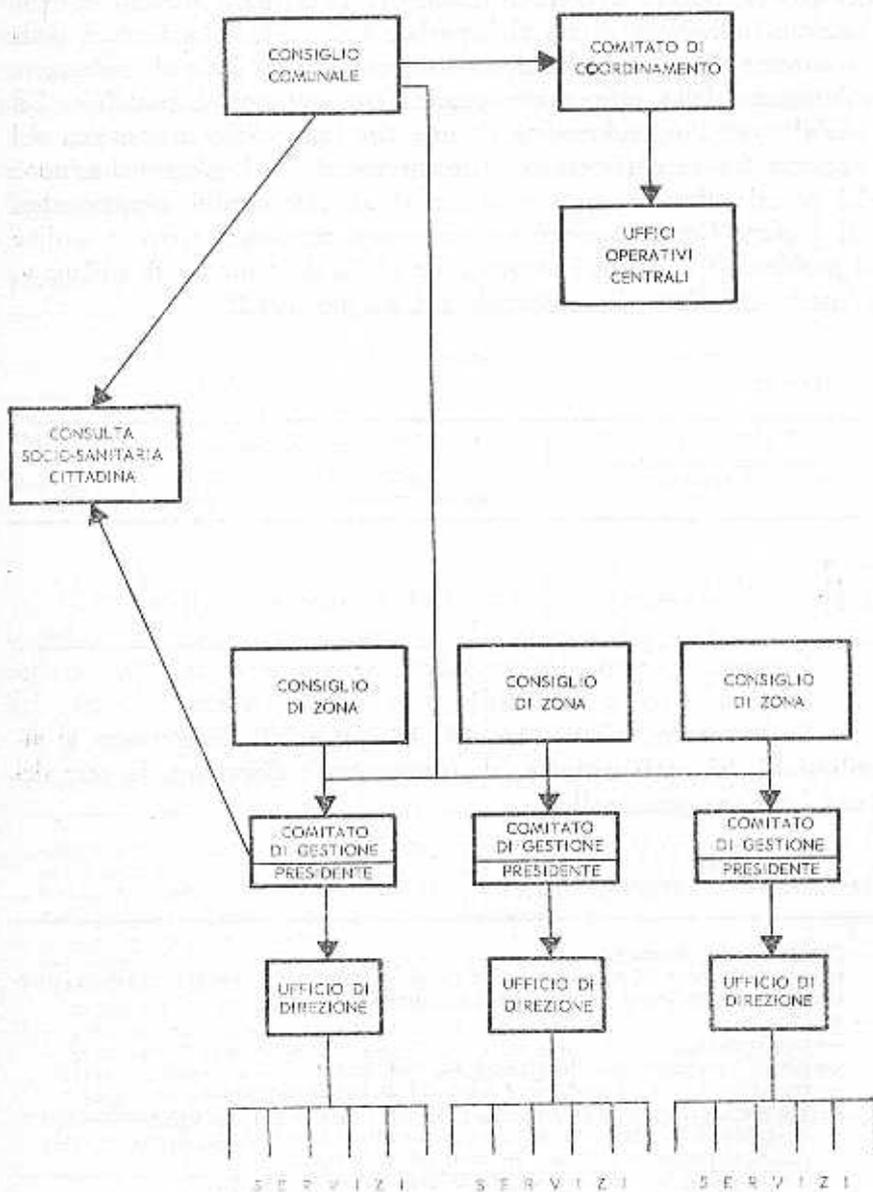
Prima di passare all'analisi delle implicazioni concrete di questo nuovo involucro istituzionale, si deve segnalare che la decisione del Consiglio regionale è stata molto tormentata: un forte punto di attrito stava nel numero di componenti dei Comitati di gestione e sul peso percentuale da attribuire al Consiglio comunale e ai Consigli di zona per l'elezione. Un primo accordo portava alla soluzione rappresentata nella tabella 15.

Ma successivamente si arriva ad un criterio di uniformità, che prescinde dalle dimensioni demografiche delle zone:

— i Comitati di gestione sono composti da 13 membri, di cui 7 eletti dai Consigli di zona e 6 dal Consiglio comunale;

— tali rappresentanti sono scelti fra cittadini residenti, anche se di fuori dagli organi citati e durano in carica nel periodo del mandato del Consiglio comunale.

Pur stabilendo la legge tempi stretti per la nomina (45 giorni), in realtà gli organi vengono costituiti attorno al giugno 1983 (cioè più di un anno dopo).

TABELLA 14. *Assetto politico e gestionale delle USSE di Milano.*

L'assetto istituzionale definito tenta di risolvere il problema del coordinamento e della gestione dei Presidi multizonali o delle funzioni indivisibili di cui si è parlato nel § II.3. La verifica della correttezza di questa soluzione potrà essere il risultato di un'attenta valutazione dello stato attuativo, ciò che ora non è possibile. Essenziale per l'individuazione di una tipologia delle dimensioni del rapporto fra accentramento e decentramento è l'esatta valutazione dei poteri effettivamente riconosciuti ai vari organi rappresentati dal grafico. Un documento estremamente rappresentativo in ordine al problema è il « Regolamento delle USSL del Comune di Milano », adottato dal Consiglio comunale nel giugno 1982.

TABELLA 15.

Componenti del Comitato di gestione	Membri eletti da:	
	Consiglio comunale	Consiglio di zona
n. 9	4	5
n. 11	5	6
n. 13	6	7

Le successive tabelle (16, 17, 18, 19 e 20) sintetizzano le attribuzioni dei vari organi e, di conseguenza, disegnano la rete dei poteri politico-gestionali.

TABELLA 16. *Consiglio comunale.*

-
- Composizione: 80 membri.
 - Svolge le funzioni di Assemblea ed è l'organo di indirizzo, programmazione, coordinamento, verifica e vigilanza del Comune di Milano;
 - delibera su:
 - regolamento;
 - piani e programmi delle attività ed interventi;
 - regolamenti per la gestione dei servizi di livello comunale;
 - convenzioni e contratti con enti pubblici e privati a rilevanza comunale;
 - modalità della vigilanza sul funzionamento dei servizi;
 - pareri e proposte a Stato, Regioni ed altri enti;
 - norme e regolamenti in materia di mobilità del personale;
 - unificazione (totale o parziale) della contabilità degli stipendi;
 - riparto degli stanziamenti finanziari stabili dall'amministrazione regionale;
 - criteri e modalità dell'esercizio delle deleghe di potere decisionale assegnato ai consigli di zona.
-

Non ci sono sostanziali variazioni rispetto ai compiti delle Assemblies delle USSL, ma va segnalato che qui il Comune si pone come forte intermediario fra le decisioni delle singole USSL sub-comunali ed i piani di finanziamento stabiliti dalla Regione. Si tratta di un problema cruciale e nello stesso tempo delicato. Volendo infatti suggerire una tipologia di rapporti fra Regione, Comune e USSL, cioè del triangolo cui è demandata l'attuazione della riforma, si può leggerla sulla tabella 17.

TABELLA 17.

Ruoli di	USSL pluricomunali	USSL sub-comunali
Regione	forte	mediato dal grande Comune
Comune	debole	molto condizionante

Come si può osservare si tratta di una struttura con il delicato compito di equilibrare e compensare i vari centri decisionali. Una serie di circolari hanno successivamente definito una ipotesi di uffici operativi, dell'Assemblea e del Comitato di coordinamento, la

TABELLA 18. *Comitato di coordinamento.*

- Composizione: 5 membri costituiti da un presidente, un vicepresidente e altri 3 eletti tutti all'interno del Consiglio comunale e di cui 2 della minoranza.
- Svolge funzioni di istruttoria degli atti e di coordinamento, a livello centrale, delle proposte effettuate dai Comitati di gestione;
- inoltre ha i seguenti compiti:
 - verifica di conformità delle deliberazioni dei Comitati di gestione alla programmazione centrale;
 - verifica della congruenza degli stanziamenti con i mezzi finanziari;
 - cura le procedure amministrative degli atti deliberati;
 - propone all'Assemblea la composizione e l'organizzazione dei propri uffici;
 - cura l'integrazione reciproca fra le varie competenze degli organi cittadini che gestiscono i servizi socio-sanitari.
- Modi di funzionamento: è convocato dal presidente e si riunisce, di regola, una volta la settimana.

cui struttura favorisce un indiretto indice della complessità dei rapporti:

1) Segreteria, con i seguenti compiti: tematiche istituzionali e giuridiche; archivio e protocollo generale; produzione dei materiali di documentazione per l'istruttoria degli atti.

2) Personale: applicazione degli accordi nazionali di lavoro; istruttoria sulle piante organiche e le mobilità; contabilità degli stipendi.

3) Economia e finanza: controlli di spesa; aggiornamento delle quote di riparto del fondo sanitario; istruttoria sui contratti per l'acquisto di beni e servizi; aspetti finanziari delle convenzioni.

4) Sanità e programmazione. È lo strumento operativo del Comitato di coordinamento e si articola in:

— sistema informativo e programmazione: raccolta dati statistici; controllo dati; predisposizione della programmazione; proposte di modalità e procedure per la raccolta dei dati;

— prevenzione: consultori; ambiente; età evolutiva; collegamenti con gli ospedali per l'uso dei poliambulatori;

— riabilitazione: anziani, handicappati, tossicodipendenti;

— coordinamento operatori sanitari non medici: indirizzi per l'aggiornamento e la formazione del personale; scambio di esperienze mediante l'organizzazione di riunioni periodiche.

In base alla distinzione concettuale fra « funzioni di linea », cioè finalizzate direttamente alla realizzazione dei fini organizzativi, e « funzioni ausiliarie e di staff », cioè finalizzate a fornire servizi alle unità operative e consulenza alle direzioni, gli uffici appena descritti appartengono al secondo tipo e confermano la rilevanza del peso assegnato agli organi centrali.

Un'altra circolare entra nel merito degli strumenti di controllo sul funzionamento dei servizi:

— conferenza quindicinale dei dirigenti coordinatori delle USSL. È stabilita dagli uffici del Comitato di coordinamento e se ne tiene verbale, che viene inviato ai presidenti dei Comitati di gestione e del Comitato di coordinamento;

— controlli diretti, effettuati dai dirigenti;

— relazioni periodiche trimestrali: elaborazione di dati sul funzionamento delle strutture sulla base di moduli uguali per tutte le zone;

— Consulta socio-sanitaria cittadina: è composta dal Comitato di coordinamento e dai presidenti dei Comitati di gestione (cioè 25 membri); si riunisce di regola 3 volte al mese con il compito di assicurare la necessaria consultazione fra le USSL.

5.

TABELLA 19. *Consigli di zona.*

-
- Eleggono sette membri di ciascun Comitato di gestione;
 - deliberano su:
 - articolazione in distretti di base;
 - programmi annuali, bilanci preventivi e conti consuntivi;
 - piante organiche;
 - regolamenti per la gestione dei servizi a livello zonale;
 - convenzioni e contratti con enti pubblici e privati a livello zonale.
-

Essi appaiono gli organi più adatti a conseguire l'obiettivo della integrazione fra servizi sociali e sanitari. Si è già detto che il Comune di Milano ha adottato una delibera-quadro che definisce la divisione dei poteri, fra uffici centrali dell'amministrazione comunale e Consigli di zona, nei seguenti settori:

1) Settore materno-infantile e dell'età evolutiva:

Attribuzioni: promuove e coordina le attività dei servizi che svolgono i compiti previsti dalle leggi statale e regionale sui consultori con particolare riferimento all'educazione sessuale del singolo e della coppia e dalla legge n. 194 del 22 maggio 1978 nonché l'assistenza socio-sanitaria e ludica, lo sviluppo psico-fisico ed educativo della prima infanzia, la tutela dei minori in difficoltà e in abbandono, la prevenzione, trattamento e recupero della devianza minorile.

Servizi: asili-nido, servizi pediatrici, medicina scolastica, consultori, Servizi di igiene mentale dell'età evolutiva (SIMEE), colonie eliourbane, comunità familiari e comunità alloggio.

Prestazioni: soggiorni in case di vacanza per minori, soggiorni scuola-natura, ricoveri.

Funzioni: esercizio funzioni tutelari, scelta delle famiglie affidatarie, indicazione coppie adottive, indicazione cittadini per funzioni giurisdizionali onorarie.

2) Settore dell'assistenza alla popolazione anziana:

Attribuzioni: promuove e coordina, in collegamento con gli altri enti ed istituzioni a carattere socio-sanitario, la realizzazione e la gestione dei servizi territoriali e delle iniziative relative

alla complessiva problematica della popolazione anziana, con l'obiettivo di favorirne il benessere fisico e psichico, la sicurezza economica e sociale e l'inserimento attivo nella realtà sociale, sia attraverso il pieno utilizzo ricreativo, culturale, etc. del tempo libero sia attraverso attività socialmente utili.

Servizi: centri assistenza domiciliare agli anziani, centri diurni polivalenti, centri di igiene mentale (in accordo con l'amministrazione provinciale), comunità alloggio, organizzazione del volontariato degli anziani, consultori.

Prestazioni: aiuti economici, soggiorni in località climatica, prevenzione, riabilitazione, attività per il tempo libero, ricoveri in case di riposo, qualora non sussistano soluzioni alternative.

3) **Settore dell'assistenza agli handicappati:**

Attribuzioni: interventi di prevenzione e diagnosi precoce, programmazione degli inserimenti nei nidi, scuole materne e dell'obbligo, nella formazione professionale e nel lavoro e relativi interventi di sostegno, gestione dei centri riabilitativi per soggetti non inseribili — nel breve e medio periodo — nelle norme strutture educative e lavorative, interventi riabilitativi e terapeutici, organizzazione del tempo libero.

Servizi: centri di recupero e di addestramento e per l'inserimento nelle strutture scolastiche e lavorative, centri di lavoro protetto, comunità familiari e comunità alloggio, servizi di igiene mentale dell'età evolutiva, centri di igiene mentale, servizi pediatrici, consultori, medicina scolastica.

4) **Settore dell'igiene e medicina del lavoro:**

Attribuzioni: coordinare l'attività dei servizi di medicina preventiva per gli ambienti di lavoro, promuovendo l'integrazione degli interventi sanitari con quelli igienico-ambientali; promuovere e salvaguardare la salubrità e l'igiene dell'ambiente di lavoro; prevenire ed eliminare le condizioni pregiudizievoli alla salute.

Servizi: servizi di medicina per gli ambienti di lavoro.

La delibera fa espresso riferimento alla esigenza di « conciliare le attribuzioni degli organi zionali con quelle delle direzioni centrali »: anche in questo caso si è trattato di cercare un punto di equilibrio fra funzioni centrali e funzioni periferiche. Alla fine sono restati ai Consigli di zona i seguenti compiti:

- partecipazione ai poteri di programmazione, mediante un organismo politico consultivo centrale composto dalle rappresentanze della Giunta, delle commissioni del Consiglio comunale e dei Consigli di zona, e delle forze sindacali;
- attività di segretariato sociale;
- destinazione d'uso di alloggi assegnati nell'ambito dell'edilizia popolare, in accordo con la competente ripartizione;
- deliberazione su: ammissione, applicazione delle eventuali quote di frequenza e alle dimissioni in materia di soggiorni per minori;
- ricezione, istruzione e definizione delle domande, sulla base di deliberazioni annuali del Consiglio comunale;
- compiti di vigilanza e controllo;
- concessione, diniego, variazioni e revoche dei sussidi sostitutivi di ricovero per anziani;
- esercizio di funzioni tutelari in favore di minorenni soggetti a provvedimenti amministrativi e civili, tranne che nel caso di affidamento pre-adoztivo (15);
- piani di intervento in materia di igiene del lavoro per aziende.

In definitiva si può affermare che i Consigli di zona possono diventare i soggetti di una serie di deleghe, in parte di tipo gestionale ed in parte di tipo esecutivo, finalizzate all'obiettivo dell'integrazione fra servizi. La grande cautela dimostrata dal Comune di Milano per evitare 'spinte centrifughe' ci è ulteriormente provata dalle procedure relative alle deleghe in materia di servizi sanitari:

- a) deliberazione;
- b) trasmissione all'Assemblea (Consiglio comunale), entro 10 giorni, che ne effettua una verifica;
- c) trasmissione, per conoscenza, a: segreteria generale del Comune, ripartizione decentramento, ripartizione igiene e sanità.

Per concludere si deve ricordare che l'effettivo esercizio delle funzioni avverrà gradualmente dopo le delibere di delega ai Consigli di zona: solo in quel momento sarà possibile valutare il grado di decentramento realizzato e la sua efficacia in rapporto alle funzioni centrali.

Bisogna ricordare che i compiti del Presidente, anche nella normativa milanese, rientrano nella gamma di quelli delle altre USSL pluricomunali: cura l'attuazione delle deliberazioni, firma gli atti, adotta, in caso di necessità, provvedimenti di urgenza.

Le 20 USSL sub-comunali sono state costituite nel periodo febbraio 1982-giugno 1983 e vengono definite « strutture operative del Comune di Milano »: ciò che sembra essere un ulteriore indizio di questa tensione fra obiettivo politico della diffusione delle responsabilità e obiettivo tecnico di momenti di regolazione unitaria.

TABELLA 20. *Comitati di gestione.*

-
- n. 13 membri: 6 eletti dal Consiglio comunale e 7 da Consiglio di zona;
 - può essere revocato in caso di grave violazione degli indirizzi e per ricorrenti dissavanzi di gestione;
 - attribuzioni:
 - elegge il Presidente e vicepresidente;
 - nomina l'Ufficio di direzione;
 - adotta gli atti amministrativi dell'USSL, con conclusione di quelli attribuiti alle Assemblee e all'Ufficio di direzione;
 - predispose la documentazione istruttoria per l'Assemblea o i Consigli di zona in materia di: articolazione dei distretti, programmi annuali, bilanci preventivi e conti consuntivi, pianta organica del personale, regolamenti per la gestione dei servizi, convenzioni;
 - può istituire, al suo interno, commissioni permanenti;
 - può affidare a uno o più membri l'attività referente sulle materie.
-

In ordine al trasferimento delle competenze, dal 1° luglio 1983, le USSL sono operative per le funzioni già elencate nella tabella 10, tranne che nel caso degli ospedali, per i quali prosegue la gestione commissariale in attesa del provvedimento regionale in materia. La delibera di passaggio di compiti da parte dell'amministrazione provinciale fa esplicita richiesta che la gestione avvenga salvaguardando le esigenze specifiche di unitarietà e continuità degli interventi sanitari, di integrazione degli aspetti sanitari con quelli di natura socio-assistenziale.

Resta aperta la questione delle « funzioni indivisibili » che è stata una delle possibili cause del grande ritardo nell'attuazione della riforma a Milano. Nei più recenti atti del Consiglio comunale, riunito in veste di Assemblea, si parla, per queste, di « servizi multizonali intraurbani » che verrebbero amministrati nel modo seguente:

- sono gestiti dal Comitato di gestione in cui hanno sede;
- per le decisioni in materia sono invitati i Presidenti delle USSL interessate;

— viene costituito un « comitato di consultazione », costituito dai rappresentanti delle USSL che vi fanno riferimento.

In conclusione l'assetto politico-decisionale per le USSL di Milano sembra tenere conto della difficoltà di articolare, in territori contigui e fittamente popolati, la gestione di servizi che presentano aree di utenza molto differenziate secondo i livelli: comunale (ed extra-comunale); zonale; sub-zonale e plurizonale.

Il modello finale concertato alterna momenti di centralizzazione ad altri più finalizzati alla creazione di punti di offerta decentrati. Non è possibile prevedere con certezza le tendenze, le difficoltà ed i conflitti che potranno determinarsi. Si può invece dire che la dinamica istituzionale illustrata nelle pagine precedenti ha visto il Consiglio comunale protagonista attivo e nettamente condizionante sulle soluzioni legislative di competenza della Regione.

III.

1. Dall'esame delle diverse fasi che hanno caratterizzato l'attuazione della riforma sanitaria a Torino, si possono evidenziare alcuni punti significativi rispetto alle soluzioni istituzionali, legislative e programmatiche adottate, alla modalità dei rapporti e di confronto tra i diversi livelli istituzionali (Regione-Comune-USL), all'attribuzione delle funzioni e delle risorse; li elenchiamo qui di seguito:

1) Torino, costituitasi come USL monocomunale con carattere di temporaneità rispetto al mantenimento di tale dimensione, ha, in tempi brevi, definito le basi programmatiche e normative per ottenere il decentramento delle funzioni sanitarie sul territorio, ma non è riuscita a concretizzarlo. Sostanzialmente, ponendosi come struttura in fase di ridefinizione istituzionale, ha gestito centralmente il settore sanitario, senza attuare alcun coordinamento con gli altri servizi comunali decentrati. Il divario con il Comune si è conseguentemente sempre più accentuato mano a mano che, con l'attuazione del decentramento urbano, si perfezionava il passaggio delle funzioni di servizio e amministrative ai Consigli circoscrizionali. Il Comune, dal canto suo, rispetto al settore dell'assistenza, pur essendoci una chiara normativa regionale in merito (l.r. n. 20 del 1982 di riordino dei servizi socio-assistenziali) non ha deliberato l'attribuzione all'USL delle funzioni socio-assistenziali, ma ne

ha mantenuto direttamente la gestione in attesa di una impostazione definitiva dell'assetto istituzionale dell'USL Torino 1-23, ed ha scelto di attribuire alle circoscrizioni parte delle funzioni socio-assistenziali. (Con la lr 20 del 1982 di riordino dei servizi socio-assistenziali le USL — Unità sanitarie locali — prendono la denominazione di USSL — Unità socio-sanitarie locali —; riferendosi il testo anche al periodo precedente viene qui mantenuta la dizione USL).

Due impostazioni diverse, due gestioni parallele dei servizi con pochi momenti di incontro ed integrazione.

2) La Regione ha scelto di considerare Torino come entità politico-istituzionale a sé stante, con proprie caratteristiche anche dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi, ed ha conseguentemente previsto, all'interno della propria normativa, precisazioni e deroghe rispetto alle indicazioni fornite per tutto il territorio piemontese.

Nella lr 3 del 1980, oltre a precisare la coincidenza dell'Assemblea generale dell'USL con il Consiglio comunale, lascia ampio margine per la scelta del numero dei componenti il Comitato di gestione: da un minimo di 9 ad un massimo di 30. L'Assemblea sceglie il numero maggiore con risultati, come si è potuto constatare, decisamente negativi. La Regione inoltre prevede solo per Torino (lr 60 del 1980 e lr 7 del 1982 di Piano socio-sanitario regionale) un numero maggiore di servizi (6 in più rispetto alle altre USL) ed ipotizza che il servizio integrativo di base venga scorporato in « servizio extradegenziale » e « servizio in regime di ricovero », in considerazione del numero elevato di presidi ospedalieri presenti in città e della necessità di una loro organizzazione centralizzata, almeno nella 1ª fase di attuazione della riforma.

La peculiarità della situazione torinese è salvaguardata anche dalla previsione, sempre contenuta nella legge di piano, di un progetto specifico di organizzazione dei presidi e dei servizi sanitari di Torino.

3) Nei rapporti diretti tra Regione e USL, l'USL Torino 1-23 esprime comunque una notevole autonomia di scelta di indirizzo e di attuazione dei servizi sanitari che infatti non sempre vengono impostati secondo i livelli ed i criteri previsti nel Piano (es.: non attuazione del decentramento, non definizione dei distretti, i

servizi dell'area materno-infantile non corrispondono all'ipotesi organizzativa del piano, ecc.).

4) Nella programmazione del settore sanitario sono comunque privilegiati i rapporti Regione, Comitato di gestione e Presidente della USL, rispetto ai rapporti Regione-Comune.

2. Si è scelto di analizzare il processo di attuazione della riforma sanitaria nella città di Torino, perché significativo rispetto sia alla volontà politico-amministrativa degli enti responsabili a concretizzare, in tempi brevi, le diverse fasi della riforma, sia in riferimento ad un modello di USL monocomunale che dopo tre anni di attività è posto in discussione e nei confronti del quale si sono già definite alcune ipotesi di riorganizzazione e di ristrutturazione istituzionale ed amministrativa.

Se si inserisce poi l'analisi della USL Torino 1 - 23, nel contesto di una realtà regionale come quella piemontese, si possono evidenziare le problematiche emergenti, sia nell'area urbana che in quella extraurbana, legate alla realizzazione dei servizi sanitari, i rapporti esistenti tra l'USL urbana ed il rimanente territorio piemontese (sia dal punto di vista istituzionale che operativo), e tra organi di gestione dell'USL Torino 1 - 23 il Comune e la Regione.

In Piemonte i Comuni sono complessivamente 1209 con una popolazione di 4.531.141 unità, di cui 1.160.686 residenti a Torino. L'area torinese concentra al proprio interno più di un quarto dell'intera popolazione regionale e risulta sede di un consistente numero di presidi ospedalieri e di servizi specialistici.

La dotazione delle strutture sanitarie risulta di 20 sedi ospedaliere con 8500 posti letto complessivi; prevalgono gli ospedali specialistici che fungono da riferimento per una larga fascia di utenza extra-urbana; i poliambulatori, attualmente in funzione sono 18. Uno dei primi obiettivi individuato dalla Regione e dall'USL Torino 1 - 23 nell'attuazione della riforma sanitaria, è quello di realizzare una rete organica di ospedali generali unici, riequilibrando, da un lato, la distribuzione territoriale dei reparti e dei servizi ospedalieri superandone l'eccessiva concentrazione nell'area cittadina e favorendo, dall'altro, una nuova e diversa articolazione dei presidi ospedalieri sul territorio regionale. Rispetto ai servizi sanitari di base, sono presenti, nell'ambito comunale rispettivamente

te: 21 servizi consultoriali pubblici, 8 servizi consultoriali privati convenzionati, 5 *equipes* territoriali per le tossicodipendenze collegate a 5 presidi ospedalieri, 1 centro di coordinamento tecnico-operativo per le tossicodipendenze, 23 *equipes* territoriali psichiatriche collegate a 5 presidi ospedalieri.

Tutti i servizi elencati (di base, integrativi di base ed ospedalieri) sono gestiti direttamente dall'USL Torino 1-23.

Ma prima di entrare in merito alle diverse fasi della attuazione della riforma sanitaria a Torino, è necessario evidenziare alcuni momenti della politica dei servizi impostata in Piemonte, negli anni precedenti la legge di riforma.

La Regione, in tema di servizi socio-sanitari, per superare, almeno in parte, il frazionamento delle prestazioni aveva, già nel 1976 previsto un nuovo sistema socio-sanitario da organizzarsi in un diverso assetto istituzionale territoriale. Essa infatti individuava nella divisione del territorio regionale in Unità locali, unitarie e integrate e comprendenti tutti i servizi, lo strumento necessario a recepire la domanda globale esterna del territorio ed a rispondere in termini adeguati e reali, alle esigenze.

Nell'Unità locale (UL) l'elemento concreto di riferimento era il Comune, che in forma associata, decentrata o singola, poteva garantire una partecipazione legata a problematiche reali e la necessaria unità di direzione politica e amministrativa.

Si ricorda inoltre che con la *Ir* 4 giugno 1975, n. 41, la Regione, sempre nella logica di un riassetto territoriale ed in un quadro di un nuovo modello di sviluppo, aveva individuato i comprensori definendone le caratteristiche ed i compiti (tra le funzioni più significative ricordiamo: il concorso alla formazione del piano di sviluppo; il coordinamento politico delle attività degli enti operanti a livello comprensoriale; la funzione di stimolo all'aggregazione dei Comuni). Gli enti territoriali istituzionali risultavano quindi essere:

— il Comune e le comunità montane che, in forma decentrata o consortile, rappresentavano l'unico organo di gestione nell'Unità locale;

— la Regione, cui competevano tutte le funzioni di programmazione, di coordinamento e di promozione, da esercitarsi con il concorso dei comprensori;

— la Provincia, che rappresentava l'ente elettivo, che metteva a disposizione dei Comuni gli strumenti per lo svolgimento delle attività nei singoli settori, in base alle linee programmatiche espresse dalla Regione.

La suddivisione in 76 UL del territorio regionale, definite con la lr n. 41 del 1976, rispondeva alle nuove esigenze di ristrutturazione unitaria dei servizi e teneva conto di criteri derivati da una precisa contrattazione con le forze sociali; per la prima volta si delimitavano le zone, non rispetto a specifiche problematiche settoriali, ma in base ad esigenze e criteri quali: *a)* il recupero e l'utilizzo delle esperienze espresse dal territorio in merito alla definizione degli obiettivi e degli strumenti necessari a perseguirli; *b)* la considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio, delle condizioni sociali ed economiche, delle reali possibilità di comunicazione; *c)* il riferimento agli ambiti territoriali già individuati per i distretti scolastici, le zone psichiatriche, i consigli di quartiere e le comunità montane; *d)* la considerazione di una dimensione demografica tra i 20 e gli 80.000 abitanti (rispetto alla dispersione o alla concentrazione della popolazione e alla previsione di decremento o incremento della stessa); *e)* la previsione, per i servizi interzonali, di una collocazione corrispondente all'area comprensoriale (la cui delimitazione doveva risultare multipla di quella delle Unità locali).

Già tali interventi delineavano quella che sarebbe stata l'impostazione politica e programmatica della Regione nell'ambito dei servizi socio-sanitari, ed il ruolo che in tale settore avrebbero giocato gli enti locali territoriali (Comuni, loro associazioni, comunità montane, Provincia).

Nella normativa regionale precedentemente citata (lr n. 41 del 1975 sui comprensori e n. 41 del 1976 sulla zonizzazione) e nella successiva lr 8 agosto 1977, n. 39, costitutiva dei consorzi socio-sanitari, si esprimevano infatti i seguenti punti: *a)* il territorio della Regione era ripartito in 76 zone. In specifico la città di Torino rimaneva suddivisa in 23 quartieri, come da deliberazione del Consiglio comunale del 9 febbraio 1976, per garantire la coincidenza tra quartieri, distretti scolastici e Unità locali dei servizi; *b)* all'Unità locale corrispondeva il complesso integrato dei servizi. Era così sancito il principio dell'onnicomprendività di tutti i servizi riferiti all'ambito territoriale della zona; *c)* si prevedeva la

delega, da parte della Regione, ai Comuni e alle comunità montane, delle funzioni amministrative in materia di servizi; *d*) i Comuni, le comunità montane e i consorzi erano definiti come unici organi di governo dell'Unità locale.

Si potevano prevedere casi di coincidenza del Comune con l'ambito dell'UL; di decentramento all'interno del Comune; di consorzi di Comuni tra di loro o con comunità montane; di consorzi di comunità montane.

3. Rispetto al Comune di Torino, la Regione aveva mantenuto la suddivisione della città in 23 quartieri precedentemente deliberata in Consiglio comunale, rispettando i criteri di omogeneità e di equilibrio nella zonizzazione cittadina. Lo stesso Comune aveva modificato precedenti atti deliberativi dopo una verifica, attuata consultando i comitati di quartiere e le forze sindacali, che aveva messo in luce esigenze sia di ordine funzionale, nella riorganizzazione dei servizi, sia di ordine politico-istituzionale, nell'individuazione dei comitati di quartiere come organi del decentramento comunale.

I criteri che avevano sotteso alla definizione di questa zonizzazione della città si basavano essenzialmente sulle seguenti considerazioni: *a*) necessità di un riferimento rigoroso al territorio considerato come spazio di vita, di relazione e di attività dei cittadini; *b*) ogni zona (quartiere) doveva essere valutato sia come area in cui sussistono strutture di relazione sociale sia come area di dislocazione di servizi; *c*) in ogni zona era necessario promuovere e salvaguardare la costituzione di un complesso di servizi che rispondesse alle esigenze della popolazione residente (centro civico); *d*) la dimensione demografica media di circa 50.000 abitanti per zona appariva come quella che poteva consentire una razionale distribuzione dei servizi ed una loro efficace gestione; *e*) i vincoli naturali e urbanistici, le vie di comunicazione e le strutture o complessi convalidati nella tradizione, potevano rappresentare elemento di confluenza o di separazione tra le zone; *f*) nell'attuare la zonizzazione le sezioni di censimento della città erano state considerate come unità minime indivisibili, in molti quartieri; per alcuni fu invece necessario modificare il confine delle sezioni di censimento perché inadeguate rispetto alla situazione degli insediamenti che nel frattempo si era creata.

Nel 1976 i quartieri erano così suddivisi e presentavano la seguente popolazione:

Numero quartiere	Denominazione	Nuclei familiari	Totale abitanti	Elettori
1	Centro	29.707	67.472	52.906
2	S. Salvario-Valentino	22.052	51.381	40.429
3	Crocetta-S. Secondo-S. Teresina	23.434	54.297	43.506
4	San Paolo	17.107	42.114	32.636
5	Cenisia-Cit Turin	24.119	58.093	45.682
6	S. Donato-Campidoglio	26.647	64.208	50.071
7	Valdocco-Aurora-Rossini	20.866	56.109	42.754
8	Vanchiglia-Vtta	18.585	46.741	35.358
9	Nizza-Millefonti	16.359	41.158	31.520
10	Lingotto Mercati Generali	23.806	65.359	47.805
11	Santa Rita	30.329	80.136	60.972
12	Mirafiori Nord	19.668	58.225	41.162
13	Pozzo Strada	27.071	71.844	53.708
14	Parella	23.462	60.455	46.027
15	Lucento Vallette	16.373	51.842	36.953
16	Madonna di Campagna-Lanzo	18.044	49.529	35.910
17	Borgo Vittoria	19.084	50.712	37.677
18	Barriera di Milano	23.462	59.845	44.651
19	Rebaudengo-Falchera Villaretto	10.155	32.287	21.750
20	Regio Parco	12.433	36.253	26.112
21	Madonna del Pilone	7.211	18.121	14.161
22	Cavoretto-Borgo Po	10.478	28.283	22.189
23	Mirafiori Sud	15.356	52.113	34.210

Si constata che la dimensione demografica non sempre corrisponde alla media ipotizzata inizialmente (circa 50.000 abitanti) e varia da un minimo di 18.000 ad un massimo di 80.000 residenti.

Raffronteremo in seguito questo quadro con l'ipotesi di rizonizzazione dell'area torinese che nel 1982 verrà formulata da una commissione congiunta Regione-Comune di Torino, nel « Progetto poliambulatori e ospedali di Torino ».

Il Comune negli anni successivi perfeziona il proprio decentramento e le norme con una specifica deliberazione di « Regolamento sul decentramento e la partecipazione dei cittadini all'amministrazione del Comune di Torino » (1978). Punti sostanziali del regolamento sono: la riconferma della precedente delimitazione territoriale nei 23 quartieri cittadini; la definizione degli organi del decentramento (consiglio di quartiere, suo presidente, giunte esecutive, commissione comunale per il decentramento) e degli istituti

della partecipazione; la precisazione dei compiti e delle funzioni di detti organi secondo quanto previsto dalla legge 8 aprile 1976, n. 278 « Norme sul decentramento e sulla partecipazione dei cittadini nella amministrazione del Comune »; la costituzione del centro civico come sede per gli organi del decentramento.

Inoltre vengono approvate tra il 1978 e il 1980 alcune deliberazioni-quadro attuative del regolamento su citato, relative alla graduale estensione delle funzioni delegate ai Consigli circoscrizionali. Le funzioni deliberative previste dall'art. 13 del regolamento ed assegnate inizialmente ai Consigli di quartiere, erano attinenti: *a)* i lavori pubblici: programmazione ed esercizio del controllo della manutenzione delle opere pubbliche di interesse locale; *b)* l'uso di istituto ed i criteri per l'erogazione dei servizi comunali di quartiere, in relazione alle esigenze di funzionamento ed ai bisogni degli utenti: servizi socio-sanitari e di igiene urbana, asili nido e scuole materne comunali, attività para-scolastiche, biblioteche ed altre attrezzature culturali decentrate, centri sportivi ricreativi; *c)* il funzionamento del centro civico; *d)* la gestione attiva e passiva del patrimonio comunale per quanto attiene il quartiere; *e)* il bilancio dei fondi economici e la relativa gestione; *f)* la regolamentazione dei lavori delle commissioni dei quartieri.

Ad esse, si aggiungono le funzioni relative al settore istruzione-cultura-gioventù-sport; il settore socio-assistenziale rimane ancora gestito a livello centrale, direttamente dall'assessorato comunale competente.

Rispetto al personale assegnato alle circoscrizioni, nel novembre 1982 una deliberazione del Consiglio comunale ne definisce i compiti ed i rapporti operativi, modificando due articoli del precedente regolamento comunale sul decentramento (artt. 20 e 32).

In concreto si stabilisce che tutto il personale di cui sopra, dipende funzionalmente dal Presidente del Consiglio di circoscrizione mentre la Giunta esecutiva, a sua volta, « coadiuva il Presidente nel sovrintendere alle attività degli uffici e dei servizi decentrati... » (art. 23 del Regolamento).

Il Presidente del Consiglio di circoscrizione assume quindi il coordinamento funzionale ed il ruolo di riferimento per tutto il personale assegnato ed operante nei servizi decentrati che non dipenderà più dalle aree dipartimentali di provenienza (assessorati comunali competenti), e all'amministrazione centrale rimangono solo le decisioni in merito allo stato giuridico, ai trasferimenti, e co-

munque alla materia inerente il rapporto di impiego. Si istituisce in ogni centro civico «l'ufficio di circoscrizione» a cui sono assegnati: il dirigente del centro civico, il personale dell'ufficio di segreteria, i coordinatori di settore ed il personale da essi dipendente per lo svolgimento delle attività affidate alle circoscrizioni; si creano in tal modo le garanzie per un raccordo orizzontale, attraverso il dirigente del centro civico, dei coordinatori di settore, e per un'organizzazione di lavoro e di programmazione degli interventi omogenea tra i diversi servizi facenti riferimento al centro civico.

Seppur con notevole ritardo (la legge sul decentramento n. 278 è del 1978), il Comune attua il decentramento e investe i Consigli circoscrizionali anche di compiti gestionali nelle diverse materie relative ai servizi di competenza comunale. L'ultimo atto deliberativo in questo senso, approvato nel novembre 1983, attribuisce alle circoscrizioni le funzioni gestionali relative ai servizi socio-assistenziali.

4. Mentre da parte dell'amministrazione comunale si definivano gli atti formali per la concretizzazione del decentramento urbano, a livello nazionale era approvata la legge di riforma sanitaria 833 del 1978 che dettava norme e criteri per una nuova riorganizzazione di tutto il settore della salute. La riforma sanitaria si innesta comunque in Piemonte in un tessuto istituzionale e tecnico operativo già impostato e delincato dalle scelte politiche e programmatiche degli enti locali territoriali. Come precedentemente evidenziato, in Piemonte gli atti istituzionali e normativi a livello di Comuni, Comunità montane e Regione avevano definito e mettevano in atto le scelte relative ad una gestione associata e all'integrazione dei servizi sul territorio.

Nel 1980, con l'emanazione della normativa attuativa del servizio sanitario regionale, la Regione ribadisce tale linea. Sono riconfermati gli ambiti territoriali, determinati, come già precisato, con l'r 41 del 1976, e sono definiti, come soggetti istituzionali, i Comuni che in forma singola (in caso di coincidenza dell'ambito territoriale) o in forma associata (qualora negli ambiti territoriali previsti siano ricompresi più Comuni) esercitano le funzioni amministrative inerenti la materia socio-sanitaria.

È riproposto inoltre il principio della gestione associata (decentrata per il Comune di Torino) delle funzioni socio-sanitarie

secondo il criterio di integrazione, funzionale ed organizzativa, tra servizi sanitari e socio-assistenziali.

I successivi atti normativi della Regione riconfermano queste due scelte basilari della politica regionale, di gestione associata (e decentrata per il Comune di Torino) e di integrazione dei servizi. La prima legata ad una valutazione di inadeguatezza delle dimensioni territoriali, demografiche e quindi anche delle risorse sia strutturali che finanziarie, della maggior parte dei Comuni piemontesi; la seconda conseguente ad una politica dei servizi che già negli anni 1976-77 aveva impegnato la Regione ed i Comuni in un'opera di individuazione di ambiti territoriali di riferimento per la globalità dei servizi (le Unità locali) e di una loro gestione aggregata da parte dei consorzi dei Comuni (o decentrata per le aree urbane comprensive di più Unità locali).

La tabella riassuntiva della normativa regionale relativa alla attuazione della legge di riforma sanitaria 833 del 1978, indica come dal 1980 al 1982 si definiscono tutti gli atti necessari a concretizzare tale riforma.

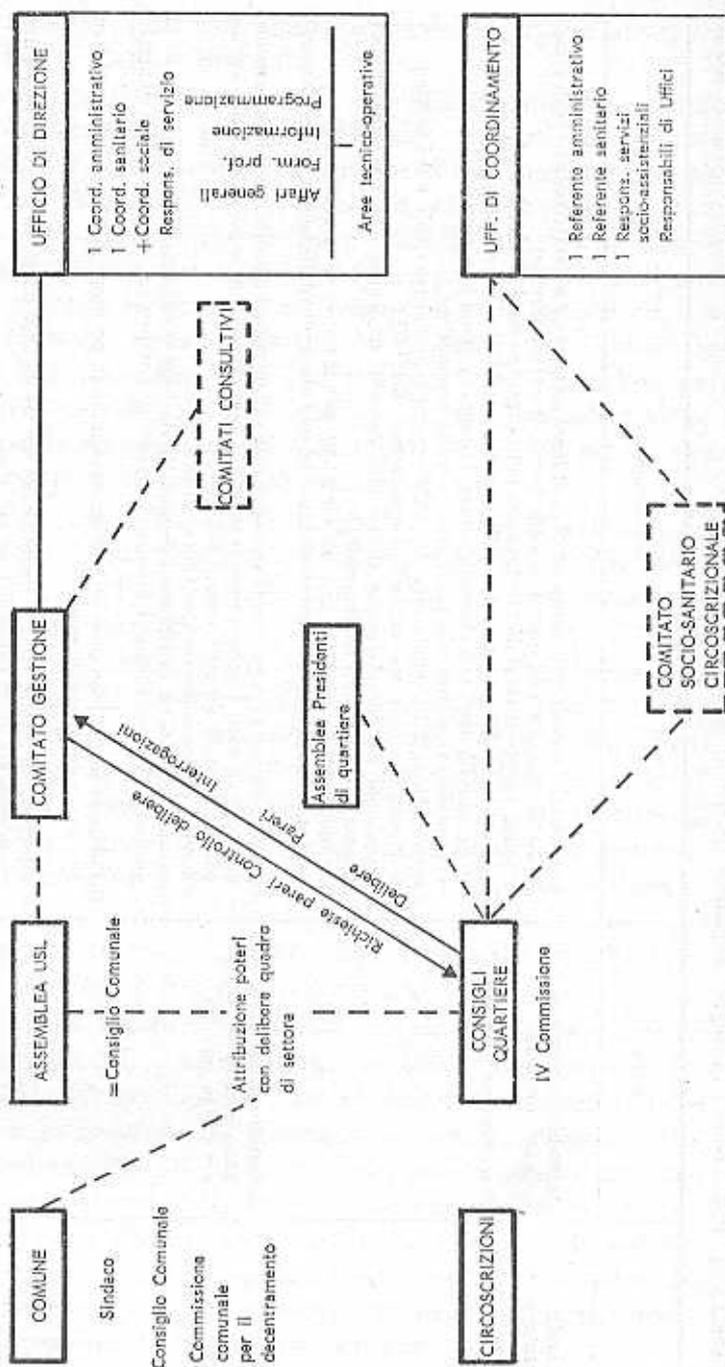
Per il Comune di Torino la lr 3 del 1980 di « disciplina degli organi istituzionali del servizio sanitario regionale » prevede che « il Consiglio comunale, quale assemblea generale degli ambiti territoriali nei quali... si suddivide il territorio comunale, procede all'attribuzione ai consigli circoscrizionali di poteri in materia di servizi sanitari e socio-assistenziali, che ritiene opportuno esercitare a livello circoscrizionale, secondo criteri di organicità e competenza » (art. 11, I comma). Stabilisce inoltre che il numero dei componenti il Comitato di gestione venga fissato dal Consiglio comunale, non inferiore a 9 e non superiore a 30.

L'area urbana mantiene quindi le proprie suddivisioni nei 23 Consigli circoscrizionali e si costituisce in USL monocomunale denominata « USL Torino 1 - 23 ». Con successive deliberazioni l'Assemblea generale, costituita dal Consiglio comunale, nomina il Comitato di gestione con 30 membri, e definisce l'assetto istituzionale per lo svolgimento delle funzioni amministrative in materia sanitaria. L'ampiezza davvero inusuale di tale Comitato di gestione sembra conseguire ad una composizione che ai rappresentanti del Consiglio comunale associa chi aveva ricoperto le maggiori responsabilità nella gestione degli ospedali cittadini.

TABELLA 21. USL Torino 1-23. Organi di gestione dei servizi: livelli e competenze.

	Organi	Competenze
Livello centrale	<p>Assemblea generale = Consiglio comunale</p> <p>Presidente = Sindaco</p> <p>Comitato di gestione (organo esecutivo) composto da 30 membri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - approvazione del regolamento relativo al funzionamento e alle attribuzioni degli organi dell'USL, nonché alla disciplina delle forme di partecipazione; - nomina rappresentanti dell'USL presso enti, organizzazioni e commissioni; - approvazione dei programmi e delle eventuali modifiche, dei criteri per la loro attuazione, nonché degli atti che comportano impegni di spesa pluriennali; - approvazione del bilancio preventivo e conto consuntivo; - approvazione della pianta organica e del regolamento del personale e dei servizi; - approvazione delle convenzioni di competenza dell'USL; - esposizione dei pareri vincolanti in ordine agli atti di disposizione e relativi al godimento di beni mobili ed immobili; - emanazione delle direttive generali vincolanti per il Comitato di gestione; - deliberazione di ogni altro provvedimento ad essa attribuito dalla legge e dai regolamenti. <ul style="list-style-type: none"> - predisposizione provvedimenti da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea generale; - adozione di tutti i provvedimenti dell'USL, non espressamente riservati dalla legge e dai regolamenti ad altri organi dell'USL; - nomina dei coordinatori dell'Ufficio di direzione; - esercizio delle altre attribuzioni demandate da leggi e regolamenti; - adozione di provvedimenti finanziari urgenti di competenza dell'Assemblea generale. <p>Il Comitato di gestione deve inoltre accompagnare la proposta di bilancio di previsione con una relazione contenente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informazioni sulla qualità e quantità dei servizi prestati anche in rapporto alla corrispondenza tra costi e benefici; - notizie sullo stato di attuazione delle scelte di programmazione; - specificazioni in merito ad ogni singolo stanziamento di bilancio, evidenziazione della corrispondenza tra prevista attività amministrativa ed indicazioni del Piano socio-sanitario regionale.

TABELLA 22. Torino, assetto istituzionale. Soggetti istituzionali. Organi USL.



Fra i commissari membri del Consiglio comunale si annoverano, agli inizi, tanto l'Assessore alla sanità che l'Assessore all'assistenza della Giunta comunale, che divengono rispettivamente Presidente e Vicepresidente del Comitato di gestione. Tale cumulo di incarichi corrisponde evidentemente ad una significativa scelta politica, che valorizza il ruolo comunale. I successivi eventi politici faranno però venire meno tale sovrapposizione di funzioni politiche.

La pletoricità rappresenterà sempre un grave vincolo alla funzionalità del Comitato di gestione. Dopo due anni di attività si prenderà atto della sua onerosità, si rassegneranno le dimissioni e si procederà alla nomina di un nuovo Comitato di quindici membri.

Fino all'approvazione del « Regolamento sul decentramento e la partecipazione dei cittadini all'amministrazione dell'USL Torino 1 - 23 » (luglio 1981), l'assetto istituzionale è impostato solo a livello di governo centrale. L'Assemblea generale e il Comitato di gestione svolgono le funzioni previste rispettivamente dall'art. 12 e dall'art. 13 della lr n. 3 del 1980, come indicato nella tabella 21. Il sistema degli organi di governo è schematizzato nella tabella 22.

In merito all'esercizio delle funzioni socio-sanitarie la Regione prevede un'ipotesi organizzativa specifica per l'USL Torino 1 - 23 (vedi lr 3 del 1980 e lr 7 del 1982 di approvazione del Piano socio-sanitario), con un'articolazione organizzativa a livello centrale e un sistema di servizi più articolato di quello delle altre USL.

A livello circoscrizionale, sempre nella legge di Piano socio-sanitario, si prevede un accorpamento di funzioni secondo un criterio di affinità e secondo l'entità e l'impostazione delle attività (di base, integrative di base).

5. Nel luglio 1981 con l'approvazione del « Regolamento sul decentramento e la partecipazione dei cittadini all'amministrazione dell'USL Torino 1 - 23 » da parte dell'Assemblea generale si precisano contemporaneamente due tendenze:

1) la tendenza ad attuare le indicazioni della Regione (art. 11 lr 3 del 1980) di valorizzazione degli organi del decentramento amministrativo con l'attribuzione ai Consigli circoscrizionali di poteri in materia di servizi sanitari e socio-assistenziali. Non vengono infatti previsti, per l'attuazione del decentramento, nuovi organi di gestione; si demanda ai Consigli circoscrizionali la gestione delle funzioni che l'Assemblea generale riterrà opportuno decentrare;

2) la tendenza, altresì, di garantire una funzione di coordinamento, indirizzo e verifica da gestire ai livelli centrali (Assemblea generale e Comitato di gestione) per raggiungere un riequilibrio delle risorse tra i diversi quartieri e per assicurare uniformità ed uguaglianza di fruizione di prestazioni per tutti i cittadini.

È necessario sottolineare che il regolamento sul decentramento deriva anche dalle pressioni esercitate dagli organismi di base e dalle organizzazioni sindacali e sociali che, oltre a fornire indicazioni e proposte in merito alla formulazione stessa del regolamento, avevano evidenziato come punti fondamentali da rispettare: *a*) l'attuazione del massimo decentramento gestionale e la coincidenza degli organi di gestione decentrata con gli organi istituzionali democraticamente eletti a livello circoscrizionale; *b*) la garanzia del coordinamento cittadino attraverso l'attuazione di una programmazione omogenea per tutte le aree cittadine.

Per meglio evidenziare la nuova ipotesi di assetto istituzionale dell'USL Torino 1 - 23, si è impostato lo schema seguente (tab. 23) che, confrontato con il precedente, permette di evidenziare le differenze riferite sia ai livelli istituzionali di gestione sia alle competenze assegnate ai rispettivi organi.

L'USL comunque adempie ad uno degli atti previsti dal regolamento: l'elezione, da parte dei Consigli circoscrizionali dei membri del Comitato socio-sanitario con compiti consultivi nei confronti dei Consigli circoscrizionali e di collaborazione con il Presidente.

Inoltre all'inizio del 1982 l'Assemblea generale formula due proposte di deliberazioni-quadro relative alle funzioni sanitarie e al personale da trasferire agli organi decentrati, che vengono sottoposte alle consultazioni degli stessi Consigli circoscrizionali; altre due bozze di delibera riguardanti il bilancio e le funzioni di economato non iniziano nemmeno l'iter consultivo. Comunque nessuna proposta viene approvata e formalizzata dall'Assemblea generale e l'assetto istituzionale dell'USL 1 - 23 non subisce alcun cambiamento. Il decentramento, quindi, delle funzioni sanitarie, non viene attuato e permangono ai livelli centrali (Assemblea e Comitato di gestione) sia le funzioni di coordinamento, indirizzo e verifica, sia quelle di gestione di tutti i servizi, compresi i presidi ospedalieri aventi sede legale e stabilimenti nell'area comunale (fanno eccezione le cliniche universitarie, che mantengono una propria gestione centralizzata in attesa di una specifica legge regionale e che sia approvata una convenzione *ad hoc* tra Regione ed università).

TABELLA 23. USL Torino 1-23. Prospetto degli organi di gestione dei servizi: livelli e competenze, come ipotizzato dal «Regolamento sul decentramento e la partecipazione dei cittadini all'amministrazione dell'USL Torino 1-23».

	Organi	Competenze
Livello centrale	<p>Assemblea generale = Consiglio comunale</p> <p>Presidente = Sindaco</p>	<ul style="list-style-type: none"> - approvazione del regolamento relativo al funzionamento ed alle attribuzioni degli organi dell'USL, nonché disciplina delle forme di partecipazione; - nomina rappresentanti dell'USL presso enti, organizzazioni e commissioni; - approvazione dei programmi e delle eventuali modifiche, dei criteri per la loro attuazione, nonché degli atti che comportano impegni di spesa pluriennali; - approvazione del bilancio preventivo e conto consuntivo; - approvazione della pianta organica e del regolamento del personale e dei servizi; - approvazione delle convenzioni di competenza dell'USL; - esposizione dei pareri vincolanti in ordine agli atti di disposizione e relativi al godimento di beni mobili ed immobili; - emanazione delle direttive generali vincolanti per il Comitato di gestione; - deliberazione di ogni altro provvedimento ad essa attribuito dalla legge e dai regolamenti.
	<p>Comitato di gestione</p> <p>Presidente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - predisposizione provvedimenti da sottoporre alla approvazione dell'Assemblea generale; - nomina dei coordinatori dell'Ufficio di direzione; - adozione dei provvedimenti finanziari urgenti di competenza dell'Assemblea generale; - verifica e adozione definitiva delle deliberazioni dei Consigli di quartiere; - adozione di provvedimenti di competenza a livello decentrato in caso di inadempienza degli organi decentrati; - indirizzo e coordinamento nelle materie per le quali il potere deliberativo è trasferito a livello decentrato; - approvazione deliberazioni adottate dai Consigli di circoscrizione nelle materie ad essi trasferite dalle deliberazioni quadro attuative del regolamento; - transitoriamente mantiene la gestione dei presidi ospedalieri clinicizzati e del laboratorio di sanità pubblica.

TABELLA 23. USL Torino I-23. Prospetto degli organi di gestione dei servizi: livelli e competenze, come ipotizzato dal «Regolamento sul decentramento e la partecipazione dei cittadini all'amministrazione dell'USL Torino I-23».

	Organi	Competenze
Livello centrale	<p>Assemblea generale = Consiglio comunale</p> <p>Presidente = Sindaco</p>	<ul style="list-style-type: none"> - approvazione del regolamento relativo al funzionamento ed alle attribuzioni degli organi dell'USL, nonché disciplina delle forme di partecipazione; - nomina rappresentanti dell'USL, presso enti, organizzazioni e commissioni; - approvazione dei programmi e delle eventuali modifiche, dei criteri per la loro attuazione, nonché degli atti che comportano impegni di spesa pluriennali; - approvazione del bilancio preventivo e conto consuntivo; - approvazione della pianta organica e del regolamento del personale e dei servizi; - approvazione delle convenzioni di competenza dell'USL; - esposizione dei pareri vincolanti in ordine agli atti di disposizione e relativi al godimento di beni mobili ed immobili; - emanazione delle direttive generali vincolanti per il Comitato di gestione; - deliberazione di ogni altro provvedimento ad essa attribuito dalla legge e dai regolamenti;
	<p>Comitato di gestione</p> <p>Presidente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - predisposizione provvedimenti da sottoporre alla approvazione dell'Assemblea generale; - nomina dei coordinatori dell'Ufficio di direzione; - adozione dei provvedimenti finanziari urgenti di competenza dell'Assemblea generale; - verifica e adozione definitiva delle deliberazioni dei Consigli di quartiere; - adozione di provvedimenti di competenza a livello decentrato in caso di inadempienza degli organi decentrati; - indirizzo e coordinamento nelle materie per le quali il potere deliberativo è trasferito a livello decentrato; - approvazione deliberazioni adottate dai Consigli di circoscrizione nelle materie ad essi trasferte dalle deliberazioni quadro attuative del regolamento; - trasfittoriamente mantiene la gestione dei presidi ospedalieri clinicizzati e del laboratorio di sanità pubblica.

TABELLA 23. (Segue)

	Organi	Competenze
Livello decentrato	<p>Assemblea dei Presidenti dei quartieri (presieduta dal Presidente del Comitato di gestione)</p> <p>Commissione comunale per il decentramento</p> <p>Consiglio di quartiere Presidente</p>	<p>- coordina le attività dei Consigli di quartiere nell'ambito dell'USL.</p> <p>- è preposta all'attuazione del Regolamento sul decentramento e la partecipazione dei cittadini all'amministrazione dell'USL. Torino 1-23.</p> <p>Gestione dei servizi di base, poteri nelle seguenti materie:</p> <p>a) igiene ambientale e dei luoghi di lavoro, igiene degli ambienti;</p> <p>b) medicina legale;</p> <p>c) igiene (ispezione, vigilanza, polizia, profilassi) e assistenza veterinaria;</p> <p>d) assistenza sanitaria di base;</p> <p>e) assistenza sanitaria integrativa di base;</p> <p>f) tutela della salute mentale;</p> <p>g) assistenza farmaceutica;</p> <p>h) sociale e assistenziale.</p>
		<p>Per la gestione delle funzioni delegate devono essere attribuiti anche:</p> <p>a) gestione tecnica del bilancio, contabilità e cassa;</p> <p>b) gestione economica, provveditoriale e tecnica;</p> <p>c) amministrazione del personale, patrimoniale e legale.</p>

TABELLA 23. (Segue).

	Organi	Competenze
	<p>Comitato socio-sanitario circoscrizionale (9 membri eletti dal Consiglio di quartiere tra i quali: il Presidente del Consiglio di quartiere, il coordinatore della IV Commissione e non più di 3 non consiglieri circoscrizionali)</p> <p>IV Commissione del Consiglio di quartiere</p>	<ul style="list-style-type: none"> - compiti consultivi ed esecutivi in relazione alle funzioni del Consiglio di quartiere e di collaborazione nei confronti del Presidente per l'attività politico-gestionale; - in particolare coadiuva il Presidente nel: <ul style="list-style-type: none"> a) sovrintendere all'attività degli uffici e dei servizi decentrati; b) preparare l'odg del Consiglio di quartiere; c) dare esecuzione alle deliberazioni del Consiglio di quartiere. <p>Garantisce, nell'ambito della gestione dei servizi socio-sanitari, il collegamento tra attività istituzionale e istanze partecipative.</p>

Di fatto, a tutt'oggi, non essendo stato possibile attuare in tempi brevi un'articolazione territoriale degli ospedali, si mantiene una specifica gestione ospedaliera coordinata con i servizi centrali presenti nell'Ufficio di direzione dell'USL.

Si constata a questo punto, che una prima fase istituzionale è stata compiutamente attuata: si è definito l'assetto politico-istituzionale dell'USL Torino 1 - 23, con precisazione di organi, compiti, livelli di gestione (vedi schemi precedenti). L'USL monocomunale, con i propri organi, gestisce i servizi e le attività sanitarie a livello centrale, senza attuare ancora il trasferimento delle funzioni agli organi del decentramento (Consigli circoscrizionali) e senza definire con gli assessorati competenti il passaggio delle funzioni socio-assistenziali ad un unico organo di gestione.

Con l'approvazione del regolamento, richiesto anche dalle forze sociali e sindacali, si passa ad una seconda fase che dovrebbe essere quella di attuazione del decentramento e di integrazione tra servizi socio-assistenziali e sanitari. Si sente infatti la necessità di rivedere l'assetto istituzionale dell'USL e di proporre una strutturazione dei servizi e degli uffici anche a livello circoscrizionale. Ne consegue l'esigenza di definire un modello organizzativo per la gestione delle funzioni e attività sanitarie e amministrative decentrate, anche con la partecipazione delle circoscrizioni e delle forze sociali, e degli stessi operatori, per avere strumenti significativi di conoscenza e di verifica di una realtà che si vuole modificare.

Queste indicazioni vengono espresse nelle proposte di deliberazioni-quadro dell'Assemblea generale, che fanno seguito al regolamento. In esse si precisano anche i momenti necessari alla realizzazione di questa seconda fase: 1) momento di formalizzazione delle deliberazioni relative al passaggio di funzioni e attività sanitarie da trasferire in gestione agli organi circoscrizionali; 2) momento di specificazione delle modalità procedurali per l'assolvimento di dette funzioni; 3) momento più propriamente organizzativo per la costituzione dei punti di riferimento tecnico a livello circoscrizionale con prima articolazione della pianta organica relativa; 4) momento programmatico di definizione di un progetto specifico per la città di Torino applicando i criteri e i parametri del Piano socio-sanitario regionale.

Come già detto, le proposte di deliberazione non proseguono il

loro *iter* istituzionale e si fermano al momento della consultazione. Non vengono attuate modifiche all'assetto dell'USL, ma, sempre nel 1982, si costituisce una commissione congiunta Regione-USL Torino 1-23, con il compito di impostare un piano di intervento per l'area torinese denominato « Progetto poliambulatori ed ospedali di Torino » in attuazione della legge regionale di Piano socio-sanitario n. 7 del 1980, che stabilisce appunto la formulazione di un particolare progetto per Torino.

6. Il « Progetto poliambulatori ed ospedali di Torino » approvato dalla Giunta regionale nell'ottobre 1982, è attualmente in consultazione presso la competente commissione consiliare regionale. Esso non si limita a definire un corretto rapporto funzionale, per l'area torinese, tra i servizi di base (del distretto socio-sanitario) ed i servizi integrativi di base (poliambulatori e ospedali), ma contiene i criteri per la definizione dei distretti urbani (alcuni dei quali già indicati nello stesso Piano socio-sanitario) e la previsione di modifiche degli ambiti territoriali di Torino ed il conseguente assetto organizzativo dei servizi sanitari calibrato su di una articolazione territoriale diversa da quella attuale.

Si prevede infatti l'aggregazione dei 23 quartieri (Consigli circoscrizionali) esistenti, in 11 USL.

Il progetto valuta l'attuale ripartizione del territorio in 23 quartieri insoddisfacente per realizzare una ristrutturazione ed una ridistribuzione omogenea di nuove strutture e presidi. Le 11 zone si configurano di conseguenza come nuovi riferimenti per la gestione dei servizi socio-sanitari senza che l'assetto istituzionale, per il quale è dei Consigli circoscrizionali la gestione diretta delle funzioni sanitarie e socio-assistenziali di base, venga modificato. In specifico il piano prevede che: 1) negli attuali quartieri rimanga, per il momento, la gestione dei servizi di base sia sanitari che socio-assistenziali (come previsto dal regolamento sul decentramento); 2) che si avvii, in base alle nuove proposte di zonizzazione, un processo di ridelimitazione degli ambiti territoriali urbani da attuare con l'84, cui riferire la gestione della sanità, raffigurando, in particolare, un'articolazione zonale delle funzioni direzionali tecniche.

La legge di Piano socio-sanitario prevede, per Torino anche la possibilità che l'Assemblea istituisca un numero di servizi centrali

maggiore rispetto a quello per le altre USL. Si tratta dei servizi seguenti: igiene ambientale, igiene del lavoro, medicina legale, assistenza sanitaria di base, attività veterinaria, assistenza integrativa di base extra-degenziale, assistenza integrativa di base in regime di ricovero e degenza, assistenza farmaceutica, amministrazione del personale, gestione patrimoniale, assistenza legale e contenzioso, attività tecniche, gestione economica, gestioni provveditoriali, analisi economica della spesa sanitaria, attività di ragioneria e cassa.

L'impostazione del progetto è la stessa ipotizzata nel regolamento sul decentramento: ai servizi centrali sopra elencati, corrispondono altrettanti uffici a livello circoscrizionale, con propri responsabili, che compongono l'Ufficio di coordinamento.

L'Ufficio di coordinamento, cui sono preposti due referenti, uno per la responsabilità amministrativa, l'altro per quella sanitaria, è un organo collegiale per il coordinamento, l'organizzazione e il funzionamento dei servizi decentrati e per la direzione del personale e risponde al Consiglio di quartiere. All'attività dell'Ufficio di coordinamento partecipa il responsabile del servizio socio-assistenziale.

Il Progetto poliambulatori e ospedali di Torino prevede inoltre una rete di 22 poliambulatori (uno per quartiere). Nelle more della attivazione di 22 poliambulatori, a regime transitorio, indica l'accorpamento di più quartieri, ed ipotizza una redistribuzione territoriale, nelle nuove zone individuate, di reparti e servizi ospedalieri di base (medicina generale, chirurgia generale, ostetricia-ginecologia, pediatria, più altri servizi previsti nel piano, quali pronto soccorso, anestesia-rianimazione, radio-diagnostica, ecc....) per superare l'attuale struttura basata sui presidi monospecialistici. Sono comunque previsti tappe ed obiettivi intermedi. Nei tempi brevi la priorità è data alla redistribuzione dei reparti di ostetricia-ginecologia e pediatria e all'adeguamento dei posti letto rispetto al carico storico rilevato.

Mentre il progetto è in consultazione presso la competente commissione del Consiglio regionale, l'Assemblea generale, per meglio approfondire gli aspetti problematici relativi ad una nuova impostazione dell'assetto istituzionale dell'USL 1-23, ha costituito una sua commissione per la definizione di un piano di scorporo dell'USL stessa che tiene conto sia del « Progetto poliambulatori e ospedali di Torino », sia delle ultime deliberazioni approvate dal Consiglio

comunale in merito al trasferimento delle funzioni socio-assistenziali ai 23 Consigli circoscrizionali. Tale commissione è orientata a individuare 10 zone.

7. Il Comune di Torino aveva rinviato il trasferimento all'USL Torino 1-23 delle funzioni socio-assistenziali, in attesa che l'USL si strutturasse definitivamente, sia sotto il profilo istituzionale che organizzativo. L'esigenza, espressa dal Comune, era quella di garantire uno stesso organo per il governo dei servizi sanitari e socio-assistenziali. Ma l'USL in una prima fase ha disatteso le aspettative e le richieste di passaggio delle funzioni sanitarie ai 23 Consigli circoscrizionali, poi ha ipotizzato un diverso assetto istituzionale ed organizzativo, non corrispondente alle aree del decentramento urbano. Il Comune, nel novembre 1983, ha comunque deliberato in merito alla gestione decentrata dei servizi socio-assistenziali ed all'attribuzione del relativo personale ai Consigli circoscrizionali. Tale deliberazione precisa che rimangono ancora a carico dell'amministrazione centrale i seguenti servizi: istituti di ricovero assistenziali; case di ospitalità notturna per persone senza fissa dimora, (rispetto a questi presidi è valsa la motivazione di una complessità organizzativa e di essere riferimento di un'utenza presente in tutta l'area urbana, senza riferimenti specifici di quartiere); servizi per le tossicodipendenze ove sono presenti, oltre al personale dipendente dell'USL, anche operatori socio-assistenziali comunali. In attesa di decisioni dell'USL 1-23 sul proprio decentramento, gli operatori sanitari dipendono dall'USL e dai funzionari responsabili, in sede centrale, del servizio, e quindi è parso opportuno non frantumare le modalità di gestione del personale di uno stesso servizio.

Vengono invece assegnati alla dipendenza funzionale delle circoscrizioni: centri di servizio sociale; comunità alloggio per minori, anziani ed handicappati; centri socioterapeutici diurni per handicappati.

A parte, la deliberazione accenna al problema relativo al personale provinciale che opera nei servizi comunali, prevedendo una ipotesi di accordo tra Comune e Provincia per la definizione delle modalità di una loro attribuzione alle circoscrizioni, al fine di mantenere un'unitarietà di gestione dei servizi.

8. Mentre il Comune, con il trasferimento di parte delle funzioni socio-assistenziali alle circoscrizioni, conferma la linea del decentramento nei 23 quartieri urbani, l'USL pone in discussione tanto la propria gestione centralizzata della sanità, quanto il riferimento alle 23 aree cittadine, ipotizzando una loro aggregazione in 11 zone. Le motivazioni elencate nel « Progetto poliambulatori e ospedali di Torino » sono:

1) ridotta dimensione demografica media delle 23 zone, che attualmente supera di poco i 52.000 abitanti, a fronte della dimensione media delle altre 53 USL del Piemonte, di circa 63.000 abitanti. Tale differenza risulta accentuata dai dati dell'ultimo censimento che riscontra, a Torino, una riduzione della popolazione residente pari a 38.893 unità, e, nel rimanente territorio regionale, un incremento di 28.014 unità;

2) difficoltà di ordine gestionale ed organizzativo per la presenza di 23 unità operative di riferimento;

3) concentrazione di un numero elevato di presidi ospedalieri in una zona, peraltro sottodimensionata dal punto di vista demografico.

La nuova proposta di aggregazione territoriale per la città di Torino viene così formulata:

— zona n. 1 - coincidente con il quartiere 1, per un totale di 67.472 abitanti;

— zona n. 2 - costituita raggruppando i quartieri 2 e 3, per un totale di 105.588 abitanti;

— zona n. 3 - costituita raggruppando i quartieri 21 e 22, per un totale di 46.404 abitanti;

— zona n. 4 - costituita raggruppando i quartieri 9 e 10, per un totale di 106.507 abitanti;

— zona n. 5 - coincidente con il quartiere 23, per un totale di 52.113 abitanti;

— zona n. 6 - costituita raggruppando i quartieri 11 e 12, per un totale di 138.381 abitanti;

— zona n. 7 - costituita raggruppando i quartieri 4-5 e 13, per un totale di 172.081 abitanti;

— zona n. 8 - costituita raggruppando i quartieri 6 e 14, per un totale di 124.683 abitanti;

— zona n. 9 - costituita raggruppando i quartieri 15-16-17, per un totale di 152.083 abitanti;

— zona n. 10 - costituita raggruppando i quartieri 18-19-20, per un totale di 128.385 abitanti;

— zona n. 11 - costituita raggruppando i quartieri 7 e 8, per un totale di 102.850 abitanti.

Risulta difficile a questo punto prevedere, almeno a tempi brevi, una gestione unitaria del settore sanitario con quello socio-assistenziale; per non aggravare comunque il divario esistente ed in attesa che venga raggiunto un accordo sull'assetto definitivo della USL Torino 1-23, il Comune di Torino e l'USL Torino 1-23 si sono impegnati a concordare le linee di sviluppo dei servizi sanitari e socio-assistenziali e a definire le procedure di rapporto a livello decentrato.

Considerato il quadro della situazione di Torino l'ipotesi più plausibile che si può formulare sull'organizzazione istituzionale e strutturale dell'USL Torino 1-23 è che venga formalizzata la nuova zonizzazione o una versione corretta di questa, articolata su 10 zone, verso la quale sembra orientarsi la commissione dell'Assemblea generale per la definizione di un piano di scorporo dell'USL 1-23, della cui costituzione già si è detto. In attesa della prossima scadenza elettorale, le nuove aree accorpate fungerebbero da riferimento unicamente per l'esercizio dei servizi sanitari. Rispetto agli altri settori di intervento il Comune potrà definire con l'USL modalità e procedure di coordinamento, in attesa di un possibile e futuro riordino dell'assetto politico-amministrativo del territorio metropolitano.

9. La tabella 24 riporta in ordine cronologico gli atti normativi che hanno concorso alla definizione del sistema di governo della sanità a Torino. La prima colonna raccoglie gli atti della Regione Piemonte, la seconda quelli del Comune di Torino e dell'USL Torino 1-23. La prima parte richiama leggi e delibere che hanno configurato il sistema di zonizzazione regionale e di decentramento comunale che ha precorso l'attuazione della riforma sanitaria.

TABELLA 24. *La definizione normativa del sistema di governo della sanità a Torino: 1975-1983.*

Livello regionale	Livello cittadino
<p>1975-1979 - Leggi regionali:</p> <p>lr n. 41 del 1975 - Definizione dei comprensori</p> <p>lr n. 41 del 1976 - Zonizzazione socio-sanitaria di 76 Unità locali.</p> <p>lr n. 39 del 1977 - Costituzione dei Consorzi socio-sanitari.</p> <p>1980 - Leggi regionali:</p> <p>lr n. 3 - Disciplina degli organi istituzionali del servizio sanitario regionale e relative norme transitorie.</p> <p>lr n. 52 - Istituzione ruoli nominativi regionali del personale del servizio sanitario nazionale.</p> <p>lr n. 60 - Organizzazione e funzionamento delle USL.</p> <p>lr n. 86 - Norme straordinarie per la soppressione degli enti ospedalieri e trasferimento relative gestioni alle USL.</p> <p>decreto Presidente Giunta regionale:</p> <p>- approvazione regolamento per lo svolgimento delle elezioni per le assemblee delle USL.</p>	<p>1976 - Deliberazione Consiglio comunale in merito divisione dell'area urbana in 23 quartieri.</p> <p>1978 - Deliberazione Consiglio comunale di approvazione del regolamento sul decentramento e la partecipazione dei cittadini.</p> <p>1980 - Ai sensi delle l. 833 del 1978 e lr 3 del 1980 il Consiglio comunale assume anche il ruolo di Assemblea generale dell'USL di Torino 1-23.</p>

TABELLA 24. (Segue).

Livello regionale	Livello cittadino
<p>deliberazioni della Giunta regionale in merito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - costituzione delle USL e attribuzione funzioni sanitarie; - indirizzi, criteri e vincoli per un primo riordino servizi USL; - approvazione Piano socio-sanitario triennio 1980-1982; - disposizioni attuative per l'effettivo esercizio delle funzioni sanitarie, di economato e di ragioneria da parte delle USL; - assegnazione alle USL del personale delle mutue e del personale del servizio sanitario nazionale. 	<p>1981 - Deliberazione del Consiglio comunale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quadro per il trasferimento delle funzioni ai Consigli circoscrizionali.
<p>1981 - Leggi regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> lr n. 2 - Disciplina della contabilità, utilizzazione e gestione del patrimonio delle USL. lr n. 10 - Norme straordinarie per l'approvazione della pianta organica provvisoria da parte delle USL, e conferimento incarichi. lr n. 41 - Inquadramento infermieri generici e psichiatrici delle USL. lr n. 42 - Norme per la costituzione ed il riparto del fondo sanitario regionale. 	<p>Deliberazioni dell'Assemblea generale in merito definizione dell'assetto istituzionale per le funzioni amministrative in materia sanitaria, derivanti dall'applicazione della l. 833 del 1978 e lr n. 3 del 1980 e approvazione del regolamento sul decentramento e la partecipazione dei cittadini all'amministrazione dell'USL Torino 1-23.</p> <p>Elezione del Comitato di gestione da parte dell'Assemblea generale (non è emanato alcun DPR per la formalizzazione dell'Assemblea generale dell'USL Torino 1-23).</p>

TABELLA 24. (Segue).

Livello regionale	Livello cittadino
<p>deliberazioni della Giunta regionale relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - integrazioni precedenti deliberazioni concorrenti disposizioni attuative per l'effettivo ed integrale esercizio delle funzioni da parte delle USL e prime direttive in ordine alla gestione integrata; - riparto fondo sanitario regionale; - disposizioni attuative per l'effettivo esercizio da parte dell'USL Torino 1-23 delle funzioni degli enti ospedalieri aventi sede legale e stabilimento principale nella città di Torino. 	
<p>1982 - Leggi regionali:</p> <p>lr n. 7 - Approvazione del Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1982/1984.</p> <p>lr n. 20 - Indirizzi e normative per il riordino dei servizi socio-assistenziali della Regione Piemonte.</p> <p>deliberazioni relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - emanazione direttive per la predisposizione del programma zonale di attività e di spesa per la gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali per il triennio 1982/1984 da parte delle USL, con il relativo schema di formazione dello stesso art. 18, della lr n. 7 del 1982; - proposte di schema di statuto e di regolamento per le USL. 	<p>1982 - Deliberazioni Assemblée generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - approvazione regolamento sul funzionamento e le attribuzioni degli organi collegiali dell'USL Torino 1-23; - approvazione regolamento Ufficio di direzione USL, Torino 1-23; - approvazione programma di riordino e ristrutturazione delle attività di diagnostica strumentale di laboratorio analisi nell'USL Torino 1-23. <p>Deliberazione Consiglio comunale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - approvazione regolamento comunale sul decentramento; definizione dei compiti e dei rapporti operativi del personale assegnato alle circoscrizioni, modificazione art. 29 e nuovo testo art. 32.

TABELLA 24. (Segue).

Livello regionale	Livello cittadino
<p>1983 - Leggi regionali:</p> <p>lr n. 10 - Istituzione, compiti e modalità di funzionamento e responsabilità dei revisori dei conti delle USL. (... * ad integrazione della lr n. 3 del 1980 presso ogni USL è costituito il collegio dei revisori dei conti, organo dell'USL medesima... * art. 1: *... con compiti di vigilanza sulla gestione amministrativo-contabile dell'USL, di accertamento della regolarità delle scritture e delle rilevazioni contabili... * art. 5).</p>	<p>1983 - Deliberazione Giunta comunale e Consiglio comunale:</p> <p>- attribuzione di funzioni gestionali relative ai servizi socio-assistenziali e dipendenza del personale decentrato.</p> <p>Costituzione, da parte dell'Assemblea generale, di una commissione di 15 membri per la predisposizione di un progetto, in accordo con quello regionale, per la ristrutturazione dell'USL. Torino 1-23.</p>

IV.

1. Tra le diverse soluzioni adottate per il governo dei servizi sociali e sanitari nelle grandi aree urbane il caso fiorentino è l'unico nel quale si è tenuto conto dell'intera area metropolitana. In tutte le altre aree si sono considerati in modo distinto i Comuni della cintura esterna dall'area amministrativamente delimitata dai confini del grande Comune, oppure si sono operate scelte di accorpamento tra Comuni limitrofi e parti del grande Comune, senza però considerare, nel suo insieme, dal punto di vista degli istituti di governo e di gestione, l'intera area.

Il caso di Firenze presenta dunque proprie caratteristiche legate alla particolare soluzione di zonizzazione e di governo adottata, ma anche alla particolare normativa prevista dalla Regione Toscana nell'ambito del processo di delega di funzioni agli enti locali previsto con la l. 382 del 1975 e il dPR 616 del 1977.

Si è infatti operata una scelta, in merito alla zonizzazione, che tiene conto nel contempo delle diverse variabili che intervengono:

- a) considerazione dell'area urbana vasta, grande città e Comuni limitrofi;
- b) governo e programmazione dello sviluppo dell'intera area;
- c) valorizzazione del ruolo del grande Comune e non soffocamento delle autonomie minori per dimensione e risorse;
- d) governo e gestione unitaria della città e esigenze di decentramento;
- e) decentramento ed economie di scala.

Come si vedrà, non tutti questi aspetti hanno trovato una soluzione ottimale, altri risentono di scelte provvisorie e informali, ma l'originalità della strada intrapresa sta soprattutto nel tentativo di tenere contemporaneamente in considerazione problemi diversi e, il più delle volte, tra loro contrastanti.

Tutto questo si è potuto realizzare anche per il concorso della normativa regionale che, con l'istituzione delle associazioni intercomunali a competenza vasta e non solo sanitaria, riduce il pericolo del settorialismo nel governo della sanità e della separazione tra sanità, servizi socio-assistenziali e tutti gli altri settori che concorrono allo sviluppo locale in generale, prefigurando in tal modo il nuovo ente locale secondo lo spirito della l. 382 del 1975 e del dPR 616 del 1977.

La particolare zonizzazione (16) e i relativi ambiti istituzionali di governo previsti ricalcano inoltre i progetti del grande Comune metropolitano o della Provincia metropolitana con proprie minori municipalità che ancora animano il dibattito, nell'ambito della riforma delle autonomie locali, su come organizzare i livelli istituzionali di governo delle aree metropolitane.

Ma vedremo con ordine i diversi problemi, partendo ora dalla considerazione delle peculiarità del caso fiorentino.

La città di Firenze conta nel 1981 453.293 abitanti, mentre l'area fiorentina ne totalizza 722.356, pari rispettivamente al 12,5 % e al 20,3 % della popolazione regionale. Dell'area fiorentina, compresa Firenze, fanno parte 15 Comuni; la media degli abitanti dei Comuni limitrofi è all'incirca sui 19.000 abitanti, due soli Comuni hanno meno di 5.000 abitanti, uno ne conta poco più di 6.000, gli altri superano i 10.000 abitanti con una punta massima di 54.258 abitanti.

TABELLA 25 (*).

	Comune Firenze	Hinterland	Area fiorentina	Toscana
Popolazione	464.020	267.523	731.543	3.600.000
Densità	4.531	267	730	156,6
Comuni	1	14	15	287
USL	5	3	8	40
Popolazione USL:				
- minima	70.235	74.437	70.235	27.930
- media	92.804	89.174	146.308	90.000
- massima	124.711	107.815	124.711	202.809

(*) Nel testo i dati sulla popolazione sono leggermente differenti da quelli riportati in tabella. Questi ultimi sono tratti dall'anagrafe 1980; nel testo ci si riferisce sempre a dati del censimento 1981.

La variazione percentuale della popolazione tra il 1971 e il 1981 vede una diminuzione del 3 % per il Comune e dell'1 % per l'intera area fiorentina, rispetto ad un aumento del 2,8 % dell'intero territorio regionale.

Da sottolineare che Firenze ha raggiunto il massimo di popolazione nel 1975 e che da quell'anno ha perso quasi 18.000 abitanti, passando da un indice di natalità del 15,36 % (1964) ad uno del 6,16 (1981); da un indice di mortalità del 10,10 % (1963) ad uno del 11,73 (1981), con un quoziente di incremento naturale negativo di oltre il 5 % rispetto al -2,41 % dell'intera area ed al -3,19 della regione.

Firenze perde abitanti anche per effetto del movimento migratorio che favorisce invece la cintura dei Comuni dell'area, ottenendo complessivamente i seguenti quozienti di incremento totale di popolazione: Firenze città -7,62, area esterna + 5,05, Toscana -0,81 (1981).

Per quanto riguarda la composizione della popolazione si nota (al 1971) nel capoluogo una minore presenza delle fasce giovanili e una più alta percentuale di popolazione anziana rispetto alla media regionale. Rispetto all'area dei Comuni esterni la differenza è ancora maggiore; questa infatti è caratterizzata da una popolazione largamente più giovane. Il dato meglio risalta se confrontiamo gli indici di vecchiaia e di carico sociale.

TABELLA 26. *Indici di vecchiaia e di carico sociale a Firenze, nell'hinterland, Toscana e Italia.*

	Indice di vecchiaia (1)		Indice di carico sociale (2)	
	1961	1971	1961	1971
Comune di Firenze (aree ABCDE)	86.7	89.3	39.9	51.6
Sub area F	67.4	50.6	40.2	53.1
Sub area G	69.3	58.1	40.3	51.1
Sub area H	72.8	81.1	42.0	51.7
Toscana	67.9	73.5	42.1	51.4
Italia	41.9	46.3	47.7	55.6

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT.

- (1) $\frac{\text{pop. } \geq 65 \text{ anni}}{\text{pop. } \leq 14 \text{ anni}}$
- (2) $\frac{\text{pop. } \geq 65 + \text{pop. } \leq 14}{\text{pop. (15-65)}}$

Da notare che negli ultimi dieci anni la quota di popolazione anziana tende ad aumentare nel capoluogo (quota già molto più alta rispetto all'indice regionale) ed a diminuire nella fascia esterna che presenta però una consistente quota di popolazione giovanile, dato che gli indici di carico sociale presentano valori identici.

Negli ultimi anni l'attrazione del polo fiorentino ha visto una valorizzazione della cintura periferica e una perdita del capoluogo che, in prospettiva, per i bassi indici di natalità vedrà aumentare considerevolmente il peso sociale delle fasce esterne al mercato del lavoro e un ulteriore aumento della quota di anziani, con i conseguenti oneri derivanti da questo fenomeno.

Sul fronte della domanda si può considerare che a Firenze si sono effettuati nel 1981 il 17 % dei ricoveri psichiatrici obbligatori e il 31 % di quelli volontari rispetto al totale regionale, mentre sul fronte della tossicodipendenza si ha un'utenza media di 2,2 giovani ogni 1.000 abitanti tra i 10 e i 39 anni rispetto all'1 % regionale, e una stima di 6 consumatori su 1.000 abitanti a rischio in città rispetto ad una stima di 3 a livello regionale.

Non sono disponibili altri dati per valutare se il territorio dell'area fiorentina assorbe in modo rilevante fenomeni morbosi rispetto al territorio regionale.

Per quanto riguarda l'offerta di servizi si può notare anche per Firenze la tradizionale concentrazione di risorse. In città sono situati 11 poliambulatori e 2 presidi sovrazionali (l'ex Laboratorio igiene e profilassi — LIP — e l'ex Centro oncologico), nella città e nell'intera area sono presenti rispettivamente 10 (la guida alla sanità 1979 segnalava 13 presidi ospedalieri) e 16 presidi ospedalieri, per relativi 5.761 e 6.807 posti letto, con, ogni mille abitanti, 12,2 posti letto in città, 9,2 nell'intera area, 8,3 nella regione (i dati si riferiscono al 1980). Gli ospedali fiorentini inoltre assorbono parte della domanda regionale di ricovero se, a fronte di una popolazione pari al 12 %, le giornate di degenza coprono oltre il 22 % delle giornate di degenza totalizzate nella regione. Lo stesso dato è ricavabile dagli indici di spedalizzazione: fatto pari a 100 l'indice regionale di spedalizzazione ogni 1.000 abitanti, si ha un valore di 160 nella città di Firenze, con una punta nell'USL 10/D di 401 per la presenza di uno dei quattro presidi (il maggiore) di S. Maria Nuova: Careggi che assorbiva nel 1980 il 52 % dei posti letto della città, il 44 % di quello dell'area fiorentina e il 10 % dei posti letto della Toscana.

Confrontando inoltre i dati dei medici convenzionati per la medicina generale, nel 1980 si ha che il 22,8 % è concentrato in città, il 29 % nell'area fiorentina, con una presenza in città di 2,02 medici ogni mille abitanti (1,7 nel 1981) rispetto all'1,13 ‰ della regione.

Guardando alla dotazione di personale delle USL si ha che le USL della città hanno 20 operatori ogni 1.000 abitanti su un corrispettivo regionale di 11,7 (vale sottolineare che tre delle otto USL dell'area si trovano nei primi quattro posti rispetto alla quota di personale ancora in attesa di ruolo). Nella città sono presenti nel 1981 9.245 operatori delle USL, nell'intera area 10.867, pari rispettivamente al 22 % e al 25,6 % del totale degli operatori sanitari della regione.

Sul fronte della spesa si hanno a Firenze i seguenti valori *pro capite* per categoria, tra parentesi il corrispondente dato regionale: personale 325.159 (210.646); ambulatoriale interna 5.581 (3.210); medicina generica 19.759 (19.879); specialistica esterna 31.570 (21.758); farmaceutica 76.139 (65.846); case di cura 45.763 (16.304).

Nel 1981 rispetto a una spesa sanitaria regionale *pro capite* di L. 440.726 si ha a Firenze una spesa *pro capite* di L. 707.615 e nell'intera area di L. 547.420.

Relativamente al totale della spesa sanitaria, si ha rispetto alle assegnazioni del 1981 un assorbimento in città del 21 % e nell'area del 25 % delle assegnazioni regionali, mentre il *deficit* rispettivo, sempre sul totale regionale, è pari al 18,7 % e al 23,7 %.

Questi dati sottolineano come anche l'area fiorentina, e in particolare Firenze, concentrino nel loro ambito problemi e risorse che comportano numerose conseguenze sul piano dell'organizzazione e della programmazione dei servizi.

2. Come si è detto, nell'area fiorentina è stata adottata una soluzione originale per il governo dei servizi per il combinarsi della particolare normativa regionale in materia di servizi sociali e sanitari e per l'azzonamento effettuato (17). Per meglio comprendere la situazione presentiamo di seguito le caratteristiche della legislazione regionale di istituzione delle associazioni intercomunali e il quadro del processo di delega di funzioni agli enti locali in seguito al DPR 616 del 1977.

Da sottolineare che il processo di delega e di riordino delle funzioni degli enti locali è cominciato in Toscana nel 1975 con la

lr 7 aprile 1976, n. 15 « Interventi in materia di assistenza sociale e delega di funzioni agli enti locali ». Con essa ancor prima del dPR 616 del 1977 si riordinavano in capo ai Comuni, ai quali venivano anche subdelegate gran parte delle funzioni amministrative proprie delle Regioni, servizi e funzioni in materia socio-assistenziale che dovevano essere gestite in forma consorziata.

Tutta la normativa successiva ha teso a rendere praticabile il tentativo di ricondurre in capo ai Comuni funzioni e compiti propri del governo e dello sviluppo delle comunità locali, compiti per i quali si prevedeva una gestione in forma associata. Questo processo è sfociato nell'emanazione della lr 17 agosto 1979, n. 37 di « Istituzione delle associazioni intercomunali » e nella normativa seguente che ordinava i ruoli dei diversi livelli istituzionali rispetto all'insieme delle materie di competenza dei Comuni singoli o associati.

In Toscana il processo di delega di funzioni individua il Comune singolo o associato come titolare dei compiti di amministrazione attiva e come ente generale di amministrazione che si inserisce in un sistema articolato per ruoli, che vede la Regione come organo di legislazione e di programmazione e la Provincia con un ruolo eminentemente programmatico, in rapporto con la programmazione regionale.

La funzione di ente generale di amministrazione attribuita all'ente locale definisce per il Comune un'azione e un intervento più efficaci, tali da influire e determinare, in modo coordinato e programmato, processi di sviluppo e di trasformazione delle comunità locali.

L'impostazione, sottolineando la centralità del Comune come destinatario naturale della potestà amministrativa, abbandona radicalmente da un lato gli insorgenti centralismi regionali, dall'altro il tradizionale criterio della ripartizione di compiti per materie tra diversi livelli istituzionali, permettendo così il processo di trasformazione delle Province in enti intermedi di programmazione (ostacolato sino ad allora dal permanere di funzioni amministrative in talune materie).

La concentrazione dei compiti amministrativi sui Comuni permette di superare il ruolo sostanzialmente subordinato di erogazione di servizi, attività, prestazioni, e di valorizzare quello più complesso di governo delle città e delle comunità. Ruolo proprio di questo ente elettivo locale, nel quale più facilmente e ampiamente si realizza la partecipazione politica e democratica.

Dato che non tutti i Comuni, per le loro dimensioni, sono in grado di assumere in modo adeguato l'insieme delle funzioni loro attribuite, tale obiettivo poteva essere perseguito con la formula dell'associazione tra Comuni, prevista dal DPR 616 in generale e dalla l. 833 del 1978 per la sanità. Sulla possibilità per le Regioni di delimitare gli ambiti territoriali ottimali per la gestione dei servizi e di promuovere in questi forme di aggregazione intercomunale, si fonda la ricerca di un disegno istituzionale che permetta contemporaneamente l'attuazione del processo di delega, la valorizzazione della centralità del Comune, la trasformazione della Provincia in ente intermedio di programmazione. La forma istituzionale individuata con l'associazione intercomunale è il primo atto di riordino dei compiti e interventi sino ad allora affidati a consorzi settoriali o associazioni monofunzionali.

Con l'istituzione dell'associazione intercomunale le funzioni proprie o delegate all'ente locale vengono ricondotte alla responsabilità degli organi elettivi.

L'associazione intercomunale, così come previsto dalla legislazione e dalla regolamentazione relativa, non è né un nuovo ente, né un nuovo livello che si aggiunge alla Regione, alle Province, ai Comuni, ai consorzi, ecc. per svolgere compiti che prima erano svolti dai Comuni, ma si configura come luogo di coordinamento tra i Comuni di un'area omogenea, come strumento per svolgere in modo coordinato e programmato compiti nuovi che richiedono un'azione 'di concerto'.

I Comuni dunque possono attribuire l'esercizio di funzioni ad essi delegate dalla Regione all'associazione intercomunale, che inoltre promuove il coordinamento delle funzioni dagli stessi esercitate.

In pratica prefigura l'assetto del « nuovo ente locale » cui dovrebbe dare soluzione la riforma delle autonomie locali. La normativa successiva alla lr 37 del 1979 di istituzione delle associazioni intercomunali ha il compito di definire le competenze della associazione nelle singole materie attribuite ai Comuni o delegate dalla Regione agli stessi. La normativa sinora promulgata individua compiti dell'associazione con leggi di spesa in relazione a attività produttive, culturali, artistiche e di sicurezza sociale; con leggi di delega di funzioni amministrative relative a bellezze naturali, recupero patrimonio edilizio, edilizia residenziale, tutela delle acque, strutture di ospitalità, sanità, formazione professionale, diritto allo studio universitario, agri-

coltura-foreste-alimentazione e, in prospettiva, trasporti, uso e assetto del territorio.

In questo processo graduale di delega l'associazione in talune materie ha competenze operative e gestionali, in altre svolge un ruolo di controllo sugli atti dei Comuni, accerta la rispondenza di piani e programmi di intervento al programma regionale di settore, elabora programmi (annuali e pluriennali) sulla base delle proposte dei Comuni indicandone priorità secondo gli obiettivi e i vincoli previsti dagli atti programmatori regionali.

Oltre alle competenze direttamente disciplinate dalle leggi regionali (già promulgate o in fase di predisposizione) l'associazione è destinataria di deleghe da parte dei Comuni, in conformità alle previsioni dello statuto di ogni singola associazione. In tal modo i Comuni possono 'riallocare' poteri e compiti di cui sono titolari su tre livelli: consiglio di circoscrizione, Comune, associazione intercomunale.

La riconduzione nell'associazione di funzioni e compiti gestiti sinora da strutture, consortili e non, di carattere settoriale, permette di individuare un'unica dimensione territoriale, di accorpare negli stessi organi dell'associazione le funzioni prima in capo ai diversi consorzi, di definire all'interno dell'associazione comitati di gestione per specifiche aree di intervento. Quando ai Comuni rimangono compiti residui relativi a materie la cui gestione è prevalentemente attribuita all'associazione anche questi possono essere delegati all'associazione.

Nella stessa associazione può poi essere accentrato anche l'esercizio di talune funzioni di servizio quali: gestione del personale, acquisti, progettazioni, etc., ottenendo così maggiori livelli di efficienza ed economicità.

Gli organi previsti sono: l'assemblea, l'esecutivo, il presidente. L'assemblea è composta esclusivamente da eletti nei Consigli comunali per contenere così possibili concorrenzialità tra Comuni ed associazione. Nel caso di Comuni con decentramento urbano con organi a elezione diretta (es. Firenze), i consiglieri circoscrizionali possono essere nominati al posto dei consiglieri comunali. I sindaci fanno parte di diritto dell'assemblea.

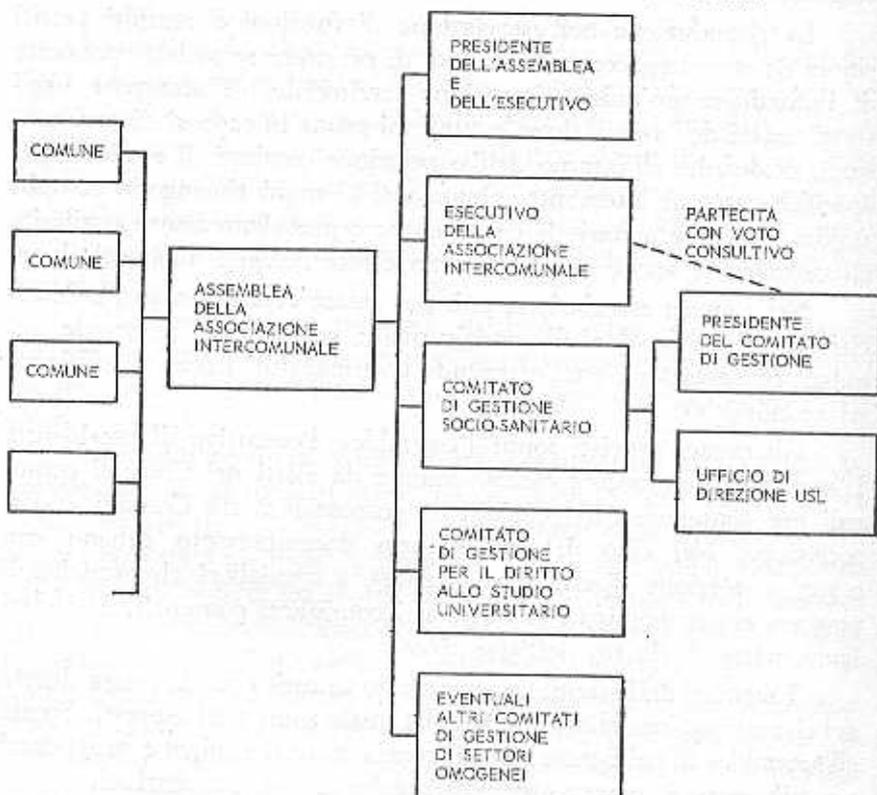
I membri dell'assemblea rimangono in carica per la stessa durata del rispettivo Consiglio comunale dal quale sono stati espressi. Spetta all'assemblea di deliberare bilanci, conti consuntivi, piani e programmi per più esercizi, pianta organica, regolamento e convenzioni.

L'esecutivo viene eletto dall'assemblea tra i propri membri; ad esso possono essere invitati a partecipare i sindaci. All'esecutivo spetta di proporre i provvedimenti all'assemblea e l'esecuzione, la vigilanza e la direzione delle attività; inoltre secondo lo statuto possono essere ad esso attribuite altre funzioni amministrative.

Il presidente eletto tra i propri membri dall'assemblea, convoca e presiede l'esecutivo e l'assemblea, rappresenta l'associazione ed esercita i compiti attribuitigli dallo statuto.

Per le competenze nel settore socio-sanitario (lr 63 del 1979) e nel settore del diritto allo studio universitario il ruolo dell'esecutivo è svolto da appositi comitati di gestione; altre competenze relative ad alcune funzioni delegate direttamente all'associazione vengono svolte o dall'esecutivo o da commissioni *ad hoc* che supportano o affiancano l'esecutivo (si veda la tabella 27).

TABELLA 27. Organigramma istituzionale dell'Associazione intercomunale.



Ogni associazione è retta da un proprio statuto, approvato da tutti i Consigli comunali. Deve regolamentare fra l'altro la possibilità di esercitare funzioni delegate dai Comuni all'associazione.

L'associazione si avvale di personale posto a disposizione da Comuni, Province, Regione ed altri enti. I controlli sugli atti dell'associazione sono esercitati da sezioni territoriali del Comitato regionale di controllo. Quando il territorio di una comunità montana corrisponde a quello dell'associazione, l'associazione non si costituisce e le competenze sono attribuite alla comunità montana stessa.

L'istituzione dell'associazione intercomunale è quindi una reale garanzia di fronte ai rischi di settorializzazione della sanità. Programmazione e governo della sanità possono essere messi in atto contestualmente ad interventi e progetti di altri settori; sanità e servizi sociali, affidati a strumenti operativi e a organi gestionali specifici, ma sotto la responsabilità di un ente a competenza generale, possono in tal modo integrarsi con altre attività all'interno di programmi territoriali di riequilibrio, sviluppo e trasformazione dell'ambiente e dei livelli di vita.

3. Il quadro istituzionale delineato trova una singolare specificità nell'area fiorentina per quanto riguarda la gestione del settore socio-sanitario.

L'area fiorentina (area 10) e la relativa Associazione intercomunale vede la presenza insieme al grande Comune di Firenze di 14 piccoli Comuni con complessivi 269.063 abitanti per un totale di 722.356 abitanti.

L'area individuata presenta affinità da un punto di vista culturale ed economico, mentre vi sono diversità anche notevoli di carattere sociale tra il Comune di Firenze e i restanti Comuni dell'*hinterland*. Per questa ragione in quest'area, diversamente che per il restante territorio regionale, non è stata mantenuta la corrispondenza tra territorio dell'Associazione intercomunale e USL, e sono state individuate otto sub-aree corrispondenti ad altrettante USL. Cinque USL sono interne al Comune di Firenze, multipli di quartieri, le altre tre accorpano i Comuni dell'*hinterland*: rispettivamente tre, cinque e sei Comuni (tabella 28).

Il relativo impianto istituzionale è stato definito quindi diversamente da quello previsto per le altre aree della Regione. Per quanto riguarda l'Associazione intercomunale permangono gli organi previsti, assemblea, esecutivo e presidente con le stesse competenze delle

altre associazioni, escluse però quelle relative alla gestione dei servizi di assistenza sanitaria e sociale.

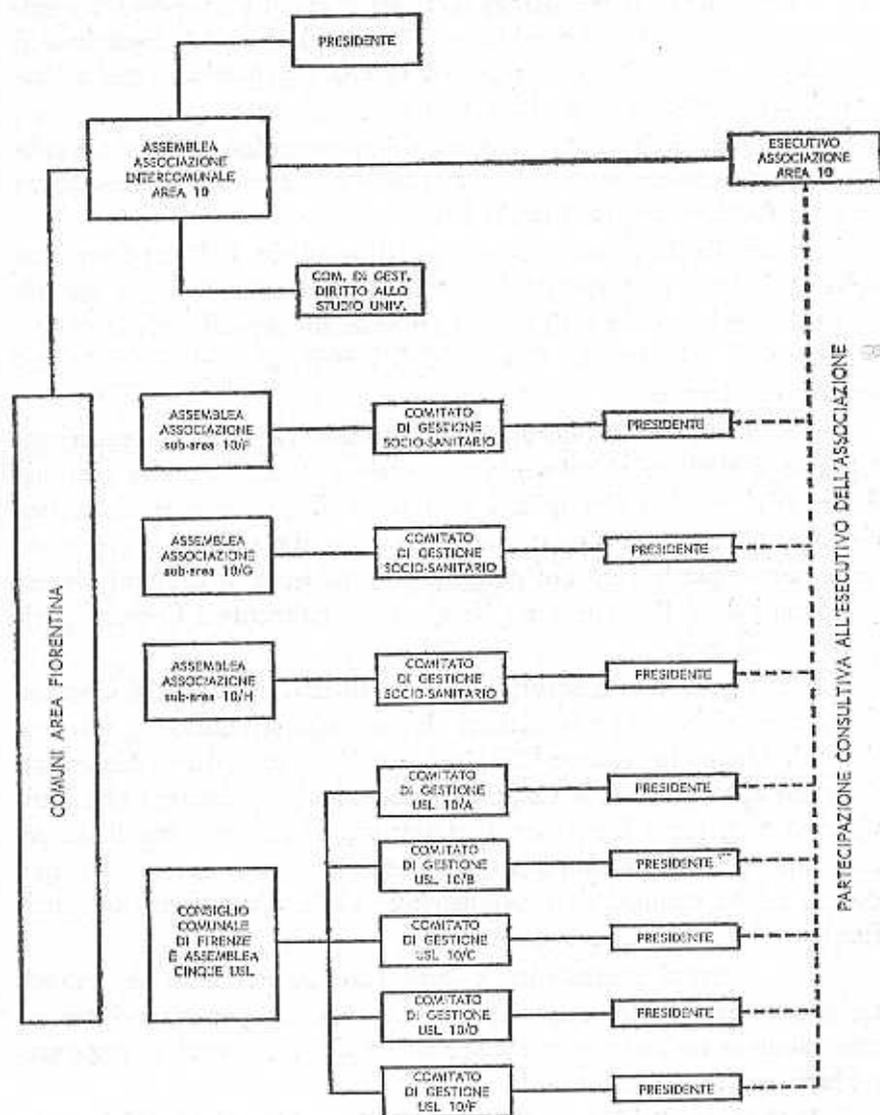
TABELLA 28. *Composizione e azionamento sanitario dell'Associazione intercomunale individuata nell'area 10.*

Comuni	Popolazione (*)	USL	Popolazione USL	Quartieri
Firenze	453.293	10/A 10/B 10/C 10/D 10/E	69.300 73.951 73.949 123.948 129.679	1 e 8 2 e 3 4 e 5 6, 7, 9 e 10 11, 12, 13 e 14
Lastra a Signa	17.024	10/F	85.394	
Scandicci	54.258			
Signa	14.112			
Calenzano	13.055	10/G	109.071	
Campi Bisenzio	32.801			
Piesole	14.758			
Sesto Fiorentino	45.059			
Vaglia	3.407			
Bagno a Ripoli	25.294			
Barberino Val d'Elsa	3.219	10/H	74.916	
Greve in Chianti	10.347			
Impruneta	14.581			
S. Casciano Val d'Elsa	15.259			
Tavernelle Val d'Elsa	6.216			
15	739.305	8		

Fonte: Regione Toscana.

(*) Il dato si riferisce al 1981, per i Comuni esterni a Firenze non sono corretti dal censimento 1981.

Le funzioni dell'assemblea dell'Associazione in questo caso sono svolte: a) nell'area del Comune di Firenze dal Consiglio comunale, per tutte le cinque USL costituite all'interno del suo territorio; b) nelle altre sub-aree periferiche da altrettante assemblee. In queste sub-aree sono infatti costituite tra i Comuni corrispondenti ulteriori associazioni con competenze solo in ambito socio-sanitario. Ciascuna associazione ha la propria assemblea (ovvero assemblea della USL) con rappresentanti dei Comuni che ne fanno parte, gli stessi presenti nell'assemblea dell'Associazione intercomunale 10.

TABELLA 29. *Impianto istituzionale previsto nell'area 10.*

Ciascuna USL (10/A, 10/B, 10/C, 10/D, 10/E del Comune di Firenze; 10/F, 10/G, 10/H dell'*hinterland*) ha un proprio comitato di gestione col suo presidente. Per le sub-aree dell'*hinterland* il presidente del comitato di gestione convoca e presiede anche l'assemblea dell'associazione della rispettiva sub-area.

I presidenti degli otto comitati di gestione delle USL delle sub-aree possono essere invitati a partecipare alle riunioni dell'esecutivo dell'Associazione intercomunale 10.

La tabella 29 illustra l'impianto istituzionale dell'area fiorentina nella quale le competenze dell'assemblea dell'Associazione, in materia di servizi sociali e sanitari, sono attribuite all'assemblea delle tre associazioni di sub-aree dei Comuni dell'*hinterland* e al Consiglio comunale di Firenze.

Va di nuovo sottolineato che l'articolazione esposta precedentemente si riferisce al solo settore sociale e sanitario e alla gestione dei relativi servizi, che quindi non sono di competenza dell'Associazione dell'area 10. Questa, relativamente alle altre materie, mantiene comunque le funzioni delegate direttamente ai Comuni singoli o associati dalla Regione e quelle che eventualmente i Comuni attribuiscono ad essa.

Per la gestione dei servizi sociali e sanitari, nel caso del Comune di Firenze, si ha una ripartizione del proprio territorio in sub-aree che individuano le relative USL; nel caso dei Comuni dell'*hinterland* si hanno aggregazioni di Comuni (associazioni di subaree) che individuano altrettante USL; per altri settori, ad esempio per il diritto allo studio, tutti i Comuni sono aggregati nell'associazione di area che ha anche compiti di coordinamento delle diverse sub-aree nell'ambito della sicurezza sociale.

Gli obiettivi sottostanti a questa soluzione sono molteplici. Le singole scelte sembrano essere state operate per ricondurre ad uno sviluppo unitario esigenze specifiche che altrimenti si presenterebbero tra esse conflittuali.

Il Comune di Firenze difficilmente si sarebbe adattato ad essere espropriato del ruolo di governo e di gestione dei servizi del proprio territorio. Da qui la scelta di non attribuire all'associazione dell'intera area (come nel resto della Toscana) la gestione dei servizi socio-sanitari. La necessità di garantire servizi più efficienti ed efficaci, partecipazione ed economie di scala ha portato a individuare le USL in-

terne al territorio comunale, dimensionate probabilmente per difetto (tre USL sono al di sotto di 75.000 abitanti e le due rimanenti appena sopra i 120.000).

I Comuni limitrofi in parte sottoposti ad una naturale attrazione verso il polo cittadino, ma nel contempo soggetti, come area, ad un nuovo sviluppo (si vedano i movimenti migratori da Firenze verso l'*hinterland* e dall'esterno sui paesi della cintura) presentano sia difficoltà nel controllo e nella promozione del processo di trasformazione sociale in atto, sia l'esigenza di non essere subordinati né agli orientamenti della grande città che potrebbe soffocarli, né alle direttive regionali troppo esterne per essere adeguatamente calibrate sui loro bisogni. In questo contesto sembra puntuale la scelta di associare per aree i Comuni dell'*hinterland* nella gestione degli interventi e dei servizi socio-sanitari per offrire contestualmente una dimensione adatta alla realizzazione delle relative attività e prestazioni e alla contrattazione di interventi omogenei e di riequilibrio all'interno di tutta l'area.

La necessità di coordinamento e programmazione unitaria dell'insieme delle risorse e di considerare le differenziazioni territoriali dei bisogni ha fatto infine individuare nell'associazione dei diversi enti coinvolti (grandi e piccoli Comuni) uno strumento di indirizzo e di riequilibrio.

Tuttavia, se la dimensione e la peculiarità dell'area 10, legata alla presenza di un grande Comune come Firenze, hanno comportato l'adozione di questo particolare sistema di governo, la creazione di diversi ambiti e organi per la gestione dei servizi presenta naturalmente problemi tra aree territoriali e livelli di responsabilità e conseguentemente il rischio di differenziare le prestazioni, mentre la moltiplicazione dei soggetti responsabili può indurre la separazione della sanità dalle altre materie governate a livello locale. Questi stessi problemi hanno trovato particolare riscontro nel contesto comunale di Firenze suddiviso in cinque USL.

4. I problemi di coordinamento e le relative soluzioni adottate e ipotizzate coinvolgono contestualmente l'ambito interno al Comune di Firenze, per la presenza di cinque USL, e i rapporti tra le diverse sub-aree del complesso della zona fiorentina. Separatamente solo per comodità espositiva, affronteremo prima gli aspetti riguardanti il Comune di Firenze e successivamente quelli dell'area.

Con la costituzione delle cinque USL a Firenze, avvenuta nel settembre del 1980, ad esse sono stati trasferiti tutti i servizi prima in capo a Comune, Provincia, mutue ed enti ospedalieri.

Alcune USL hanno ereditato consistenti risorse, altre una dotazione minima di strutture e servizi. Le strutture con bacini di utenza sovrazonale (comunale, provinciale, regionale) erano concentrate in alcune aree. Le singole USL presentavano una struttura disomogenea (tabelle 30 e 31). Si ponevano in tal modo problemi di riequilibrio, di supporto, di coordinamento e di riorganizzazione dei servizi e delle strutture, compiti che i singoli comitati di gestione, né l'assemblea in quanto tale, non erano in grado di assolvere.

TABELLA 30. Servizi e indici di dotazione nelle USL di Firenze.

Strutture e indici → USL ↓	Poliambulatori (a)	Presidi ospedalieri (b)	Posti letto (c)	Pi/1.000 abitanti (d)	Personale sanitario × 1.000 abitanti (e)	Medici generici convenz. × 1.000 abitanti (f)
10/A	4 (+ 2)	2	804	11.5	17.7	2.7
10/B	1	1	322	4.4	10.8	1.3
10/C	1	(1)	—	—	9.9	1.1
10/D	3	4	3.836	31.3	40.1	1.4
10/E	2	3 (+ 1)	609	5.1	11.7	1.8
Totale Firenze	11 (+ 2)	10 (+ 1)	5.761	12.2	20.2	1.7

(a) I dati sono tratti dalla Guida sanità n. 0 e n. 1 redatta dal Comune di Firenze (anno 1980/81). Nella USL 10/A funzionava anche l'ex CPA e l'ex Ufficio di igiene i cui servizi sono stati col tempo suddivisi nelle diverse aree mantenendo in singole zone prestazioni a servizio di più USL.

(b) I dati sono tratti da «Il movimento dei ricoverati negli ospedali di Toscana», 1980, Regione Toscana. Nella 10/E è collocato anche l'ex ospedale psichiatrico, nella 10/C è prevista l'attivazione di un nuovo presidio ospedaliero. Secondo la Guida sanità del Comune vi è una diversa distribuzione dei presidi ospedalieri (rispettivamente 2, 1, 2, 3, 6 compreso l'ex ospedale psichiatrico); essendoci solo i recapiti e non altre informazioni abbiamo preferito riferirci al dato della pubblicazione regionale.

(c) Nostre elaborazioni su fonti Regione Toscana.

(d) Elaborazioni su fonti Associazione intercomunale area 10 al 1981.

a) Per evitare l'eventuale rallentamento delle attività nella fase di costituzione delle USL e di passaggio ad esse delle funzioni prima svolte da altri enti, in via provvisoria il Consiglio comunale istituì, nell'ottobre del 1980, con la delibera n. 5694, una speciale Commissione consiliare, che doveva rimanere in funzione fino all'approvazione

del regolamento speciale dell'assemblea delle USL. Alla Commissione, tuttora funzionante, sono stati attribuiti compiti referenti e di esame preliminare sugli oggetti all'ordine del giorno e sugli atti di competenza del Consiglio comunale in qualità di Assemblea delle cinque USL, e compiti di studio e di proposta per una politica coordinata dei servizi sociali e sanitari. L'Assessore alla sicurezza sociale presiede la Commissione che è composta da 15 consiglieri (5 PCI, 3 DC, 2 PSI, e un consigliere per ciascuno dei restanti gruppi rappresentati nel Consiglio comunale) e che si avvale della collaborazione amministrativa di un apposito ufficio della struttura comunale e del contributo tecnico di operatori e funzionari delle USL. Nell'ambito dell'esame degli oggetti la Commissione non vota e può solo trasferire al Consiglio le proprie conclusioni e proposte esplicitando l'unanimità o le diversità di pareri. Qualora la Commissione decidesse di giungere a votazione, il presidente non può partecipare al voto e nelle votazioni i membri esprimono un voto pari al numero di rappresentanti in Consiglio del proprio gruppo.

I presidenti dei comitati di gestione possono partecipare alle sedute della Commissione quando sono in trattazione temi e problemi di interesse per la loro USL.

TABELLA 31. *Distribuzione assegnazioni risorse e deficit nelle USL fiorentine (dati in milioni di lire).*

USL	Assegnazioni 1981	% su regione	Rendiconti	Altre entrate	Deficit da coprire	% deficit su asse- gnazione
10/A	45.992	3.1	48.958	804	2.162	4.71
10/B	27.423	1.8	29.359	1.936	—	—
10/C	24.377	1.6	25.648	878	393	1.61
10/D	142.495	9.5	154.346	5.246	6.695	4.70
10/E	68.686	4.6	72.347	1.293	2.368	3.45
Firenze . . .	308.883	20.7	330.658	10.157	11.618	4.6

Fonte: *Relazione sullo stato socio-sanitario della Regione Toscana, 1981.*

Dal dibattito consiliare, nel quale non si registrano sostanziali obiezioni, emerge che la Commissione dovrebbe entro il novembre 1980 inventariare i problemi nella fase di avvio delle USL e presentare al Consiglio un ragionato gruppo di questioni da affrontare in via

preliminare. Viene sottolineato il carattere di provvisorietà della Commissione rimandando al regolamento dell'assemblea una più compiuta definizione degli strumenti e dei mezzi idonei e necessari al Consiglio comunale per svolgere adeguatamente i nuovi compiti attribuitigli nel settore socio-sanitario. Da sottolineare che l'assemblea in data 23 dicembre 1980 ha altresì adottato in via provvisoria per il proprio funzionamento il regolamento del Consiglio comunale, in quanto applicabile e non contrastante con le disposizioni legislative in materia sanitaria, senza definire però strumenti e momenti specifici adeguati all'adempimento dei nuovi compiti.

Il regolamento degli organi dell'USL non è ancora stato approvato e permane pertanto non ben definito il ruolo dell'Assemblea e i rapporti tra questa e i diversi Comitati di gestione. Relativamente alla Commissione, sono state più volte sollevate perplessità, in particolare dai Comitati di gestione delle USL che, in mancanza del regolamento degli organi e di una specifica previsione nella normativa regionale, e per il venir meno della provvisorietà, contestavano la legittimità del ruolo e delle attività che essa è venuta svolgendo.

L'istituzione di questa Commissione infatti potenziava il ruolo dell'Assemblea tendendo a porre il Comune come intermediario nei rapporti tra USL e Regione, anche se l'importante attività di acquisizione e definizione dei problemi e di raccordo tra i diversi ambiti non comportava un reale e riconosciuto ruolo di coordinamento.

I compiti meramente istruttori della Commissione consiliare non hanno però assorbito totalmente il ruolo di indirizzo dell'Assemblea in rapporto anche all'attività di promozione dell'Assessorato sicurezza sociale, il cui responsabile ha ricoperto contemporaneamente, sino al 1982, anche la carica di presidente dell'Associazione dell'area 10. A questo coordinamento di fatto tra Comune, Commissione consiliare, USL e Associazione intercomunale, va ricondotta la definizione successiva, operata con legge regionale, di provvedimenti di riorganizzazione delle attività sanitarie nell'area fiorentina, per il riequilibrio della rete ospedaliera esistente nella zona 10.

Nelle more di una definizione più precisa dei compiti della Commissione, ad essa sono state attribuite funzioni anche in ordine ai servizi socio-assistenziali.

Con l'1 gennaio 1981 il Comune ha delegato la gestione dei servizi sociali alle cinque Unità sanitarie, in applicazione della lr 63 del 1979 relativa all'ordinamento dell'USL, secondo la quale gli organi di gestione dell'Unità sanitaria gestiscono i servizi sociali al fine di realizzare interventi integrati per la risposta al bisogno.

Con la delibera n. 5167 del 23 dicembre 1980 di passaggio della gestione dei servizi sociali del Comune si prevede di finalizzare l'attività della speciale Commissione consiliare, istituita con funzioni referenti e di proposta sui problemi socio-sanitari, anche alle attività di coordinamento e di raccordo tra i provvedimenti e le proposte degli organi delle Unità sanitarie e gli indirizzi dell'amministrazione comunale, ai fini di una organica e coordinata gestione dei servizi sociali nel territorio comunale, con particolare riferimento alla funzionalità dei servizi, alla loro organizzazione e all'assetto del personale, alla formazione del bilancio comunale e all'attribuzione delle varie risorse alle Unità sanitarie medesime.

b) Con la costituzione delle USL e il passaggio della gestione dei servizi sociali comunali alle Unità sanitarie, che esercitano, in convenzione, anche le funzioni residue di assistenza sociale della Provincia (assistenza sociale per minorati della vista, minorati dell'udito e interventi assistenziali vari), il settore funzionale dei servizi sanitari e di sicurezza sociale del Comune di Firenze assume una nuova configurazione. L'Assessore alla sicurezza sociale è delegato a trattare gli affari che le leggi attribuiscono al Sindaco in materia di igiene e sanità pubblica e di vigilanza sulle farmacie.

Nell'Assessorato sono concentrate funzioni: a) amministrative, b) relativamente alla riabilitazione e al reinserimento degli handicappati, c) inerenti le concessioni cimiteriali, d) promozionali in campo sociale e culturale, e) di organizzazione dei servizi di igiene pubblica, f) inerenti gli asili-nido e di coordinamento pedagogico degli stessi, g) di supporto per i compiti del Consiglio comunale in qualità di Assemblea delle Unità sanitarie.

Rientrano nelle funzioni di cui al punto a), oltre che la gestione del personale, parte economica ecc., anche i rapporti con le IPAB. Nell'ambito della riabilitazione e del reinserimento degli handicappati l'Assessorato cura la programmazione e il coordinamento delle attività che riguardano i centri e le strutture per il recupero funzionale, organizza e segue il lavoro degli obiettori di coscienza assegnati al Comune e che si occupano di handicappati, mantiene

contatti con i responsabili dei servizi sociali delle Unità sanitarie, fornisce operatori di sostegno per ragazzi handicappati nelle scuole elementari e medie durante le vacanze estive, fornisce un servizio taxi.

È convenzionato inoltre con altri enti per il reinserimento degli ex carcerati.

Promuove e sviluppa, rispetto al punto *d*), iniziative e progetti a carattere sociale in collaborazione con i quartieri, le Unità sanitarie e gli altri uffici comunali, in particolare attraverso attività ricreative-culturali rivolte ad anziani.

Offre nell'ambito dell'igiene pubblica consulenze alle Unità sanitarie con studi e proposte di piani di riaccorpamento di funzioni e programmi operativi.

Per le funzioni inerenti gli asili nido elabora piani di intervento annuale e pluriennale, definisce gli indirizzi e cura il coordinamento dell'attività pedagogica e organizza corsi di aggiornamento e formazione degli operatori, verifica il funzionamento delle strutture, si occupa della gestione del personale, mantiene rapporti con i comitati di gestione degli asili e i consigli di quartiere ai quali sono delegate competenze per la gestione degli asili nido.

Infine ha funzioni di segreteria dell'Assemblea delle Unità sanitarie, di supporto alla speciale Commissione consiliare per l'attività istruttoria degli atti di competenza dell'Assemblea, tiene il ricordo con gli organi di gestione e cura il coordinamento tecnico-amministrativo fra le Unità sanitarie, cura i rapporti con l'Associazione intercomunale e il Dipartimento sicurezza sociale della Regione.

c) L'Associazione intercomunale dell'area 10, come si è detto, non ha competenze gestionali nell'ambito socio-sanitario. Queste sono attribuite alle associazioni delle tre sub-aree esterne a Firenze e al Comune di Firenze. L'Associazione però mantiene funzioni di coordinamento.

Infatti l'Associazione promuove il coordinamento delle funzioni regionali delegate ai Comuni (art. 2, l. 37 del 1979), è retta da uno statuto che disciplina tra l'altro i compiti degli organi, le forme e i modi di collaborazione tra l'Associazione ed i Comuni associati (art. 3 l. 37 del 1979), svolge le funzioni di coordinamento fra le aree interne all'Associazione stabilendo indirizzi cui l'esecutivo dell'Associazione dà attuazione. All'esecutivo dell'Associazione parte-

cipano, con voto consultivo e nei casi di trattazione di affari attinenti allo svolgimento della funzione di coordinamento, gli otto presidenti dei Comitati di gestione socio-sanitari interni alla zona. L'Associazione promuove l'assemblea generale dei Comuni associati sulla base di una relazione annuale dell'esecutivo dell'Associazione, relativa alla attività svolta, alle problematiche inerenti alla zona, alla definizione degli obiettivi da perseguire (artt. 17 e 19 del regolamento provvisorio delle associazioni intercomunali, delibera n. 14 del 22 gennaio 1980 del Consiglio regionale), può inoltre formulare richieste alla Regione, in relazione ad esigenze di maggiore efficienza operativa e di razionalizzazione della spesa, per la riorganizzazione della gestione di attività di interesse comune a tutta l'area (art. 8 lr 26 del 1982).

Inoltre la bozza di statuto prevede che l'Associazione coordini l'intervento sanitario con gli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio, e che a tal fine: *a)* acquisisca e fornisca ogni informazione occorrente ad un organico processo di programmazione dei servizi; *b)* promuova conferenze di programmazione almeno una volta l'anno ed altre iniziative onde coordinare gli indirizzi, i criteri ed i programmi di intervento; *c)* verifichi l'attuazione dei programmi per la gestione dei servizi sanitari e sociali, con particolare riferimento a quelli multizonali, mediante la redazione di una relazione annuale presentata dall'esecutivo (art. 3).

Sempre nella bozza di statuto (artt. 35 e 37) si prevede che l'Associazione indichi consultazioni e promuova l'Assemblea generale tra le aree interne e che in particolare, al fine del coordinamento tra le aree e dello svolgimento programmato delle funzioni, possa richiedere alle singole aree gli atti relativi agli indirizzi per i piani e i programmi pluriennali, ai programmi pluriennali di attività, ai bilanci e ai conti consuntivi, e possa redigere propri documenti di specificazione degli indirizzi contenuti nelle leggi e negli atti della programmazione regionale.

L'Associazione si pone dunque come momento di reale coordinamento delle attività e dei programmi delle aree interne alla zona. Tuttavia la mancata approvazione dello statuto (mancando ancora il voto favorevole del Comune di Firenze) rende meno pregnante tale ruolo che si esplica attualmente solo sul piano promozionale.

In questo quadro l'Associazione si propone di fornire tra gli altri un contributo per l'attuazione del riequilibrio della rete ospe-

daliera dell'area fiorentina (lr 26 del 1982), per l'approvazione dei regolamenti per il funzionamento dell'ufficio di direzione dell'USL e del regolamento per il servizio di assistenza sociale.

Relativamente ai problemi dell'assistenza sociale l'Associazione ha deliberato l'istituzione di una commissione tecnico-politica a livello di area per la predisposizione di indirizzi organizzativi e tecnico-amministrativi, per una gestione e regolamentazione omogenea dell'attività dei servizi operanti nelle diverse aree, da sottoporre agli organi delle Unità sanitarie per i relativi provvedimenti deliberativi.

5. Il decentramento a Firenze prevede 14 quartieri, con una media di 32.261 abitanti, un minimo di 18.000 e un massimo di 42.000.

Attualmente i Consigli circoscrizionali (a Firenze sono denominati Consigli di quartiere) hanno funzioni marginali relativamente alla materia socio-sanitaria.

Il regolamento istitutivo dei Consigli di quartiere stabilisce che i Consigli di quartiere esercitano, fra l'altro, poteri deliberativi e di gestione anche in ordine ai servizi sanitari e assistenziali di primo livello, nonché ai servizi sociali in genere che interessano i cittadini del quartiere (art. 15).

Nelle deliberazioni-quadro adottate dal Consiglio comunale non rientrano tuttavia deleghe di funzioni in materia socio-sanitaria, e vengono solo previste funzioni nell'ambito degli asili-nido e della promozione di attività sociali e ricreativo-culturali rivolte in particolare agli anziani.

La legislazione regionale afferma che quando il distretto coincide con una circoscrizione comunale si possono prevedere forme decentrate di gestione di servizi di interesse locale, affidate al Consiglio circoscrizionale, con predeterminazione di criteri direttivi e con onere di rendiconto, imputando all'USL gli atti adottati nell'ambito delle gestioni decentrate (art. 8, lr 63 del 1979).

In proposito una deliberazione del Consiglio comunale proponeva la costituzione di 14 distretti socio-sanitari di base coincidenti con i 14 quartieri funzionanti a Firenze. Anche se non si è a conoscenza di deliberazioni assembleari di costituzione dei distretti socio-sanitari in alcune USL è stata adottata la proposta del Comune, senza però attribuire alcun potere ai Consigli circoscrizionali nella gestione dei servizi di base.

Il problema non è stato affrontato sino ad ora. Esiste tuttavia una bozza di delibera nella quale viene subordinata l'eventuale attribuzione di poteri di gestione dei servizi di base ai Consigli circoscrizionali all'approvazione di un apposito regolamento per le forme di partecipazione dei Consigli circoscrizionali alla attività delle Unità sanitarie nel quale siano stabiliti i criteri e le modalità di tale trasferimento. La bozza di delibera allega una ipotesi di regolamento dal quale si evince che: 1) le delibere adottate dal Consiglio di quartiere sono trasmesse al Comitato di gestione il quale può rinviarle con osservazioni nel caso il quartiere abbia deliberato al di fuori delle competenze affidate e non abbia osservato i criteri direttivi e programmatici previsti per le attività distrettuali; 2) i Consigli di quartiere possono formulare osservazioni e proposte sui programmi, sui criteri direttivi e sul relativo stanziamento di fondi predisposti dal Comitato di gestione per l'esercizio delle funzioni in ordine ai servizi distrettuali; 3) ad ogni Consiglio di quartiere viene affidato un fondo economale da utilizzare per le spese inerenti l'attività dei servizi che vengono specificati nella deliberazione di affidamento, per il pagamento di piccole manutenzioni delle sedi dei servizi e di stampati e cancelleria necessari per lo svolgimento dell'attività; 4) il personale addetto a ciascun servizio affidato al Consiglio di quartiere mantenendo il rapporto di dipendenza dall'ente di appartenenza, è funzionalmente dipendente dal presidente del Consiglio di quartiere.

A fronte di queste ipotesi c'è comunque da rimarcare che i Consigli di quartiere svolgono solo funzioni consultive e di collaborazione con i Comitati di gestione.

6. Nella prima conferenza dei servizi sanitari promossa dall'Associazione intercomunale nel giugno 1982 a Firenze sono stati affrontati con attenzione i problemi di carattere istituzionale. Nel primo rapporto informativo sugli aspetti gestionali e di funzionamento delle USL dell'area 10 si afferma la necessità di un miglioramento del rapporto Assemblea/Comitati di gestione. Viene con ciò posto il problema del carattere politico dei programmi e delle attività in campo sanitario, rilevando come questo aspetto deve tradursi in uno sforzo concorrente tra funzioni specifiche e precisate: definizione di principi, indirizzi e obiettivi da parte dell'Assemblea e relativa traduzione in attività da parte dei Comitati di gestione.

Più esplicitamente nella relazione introduttiva si sottolinea la necessità di approfondire in particolare: i contenuti dell'art. 3 della bozza di statuto dell'Associazione (vedi *retro*, p. 1665); le caratteristiche dei regolamenti di funzionamento dei Comitati di gestione; il rapporto tra Comitati di gestione ed Assemblea, e, all'interno di questo, la particolare problematica dei rapporti fra Consiglio comunale di Firenze, Commissione consiliare e Giunta comunale; il rapporto tra Comitato di gestione e distretto socio-sanitario, soprattutto nel caso che il distretto si identifichi con un livello istituzionale come il Comune o il quartiere, soprattutto in relazione alla l.r. 63 del 1979 che, come si è visto, prevede in questo caso la possibilità di forme decentrate di gestione dei servizi di interesse locale, affidate al Comune o al Consiglio di circoscrizione.

Un ulteriore rilievo istituzionale emerge rispetto alle indicazioni operative in attuazione delle ipotesi contenute nella l.r. 26 del 1982 sulla riorganizzazione dell'attività sanitaria fiorentina che prevede, su richiesta dell'Associazione, la possibilità di istituire servizi sovrazionali in capo a singole USL.

Dai lavori di una commissione viene evidenziata l'esigenza di una più puntuale definizione dei compiti e delle funzioni dei soggetti istituzionali con particolare riferimento alla necessità di un coordinamento più incisivo, sia a livello di area fiorentina, sia all'interno del Comune di Firenze, al fine di mantenere l'unitarietà dell'azione sanitaria su tutto il territorio.

Questo aspetto è sottolineato per il fatto che la funzione di coordinamento non è attribuita chiaramente e solo in via di fatto è stata svolta per il combinarsi nella persona dell'Assessore alla sicurezza sociale del Comune di Firenze anche della responsabilità della speciale Commissione consiliare e della presidenza dell'Associazione intercomunale.

Le conclusioni della commissione di lavoro pongono la necessità di delimitare in modo esplicito funzioni e rapporti tra organi diversi e propongono di: 1) affidare alla Associazione intercomunale la funzione, esclusiva e privilegiata, di interlocutore della Regione per la programmazione, in particolare per quanto riguarda il raccordo tra la politica sanitaria e la politica degli altri settori di intervento degli enti locali; 2) attuare effettivamente la previsione legislativa relativa alla funzione di programmazione e di indirizzo delle attività delle USL da parte del Consiglio comunale di Firenze

nelle vesti di Assemblea; 3) valorizzare il ruolo della Commissione consiliare, integrata con i presidenti dei Comitati di gestione, al fine di svolgere una reale funzione di stimolo dell'Assemblea, con una attività istruttoria, di supporto e di proposta, e un effettivo coordinamento delle iniziative dei singoli Comitati di gestione.

In particolare su queste due ultime indicazioni sono emerse due tendenze sulle quali le successive vicende politiche non hanno permesso un reale confronto. Da un lato si è sviluppata la proposta per la quale la Commissione consiliare, pur riconoscendone e accettandone il ruolo, deve essere presieduta da un componente della Commissione stessa, togliendo la responsabilità del coordinamento di tale commissione all'Assessore alla sicurezza sociale e prefigurando così una riduzione del ruolo dell'organo esecutivo del Comune. Dall'altro è stata invece avanzata la proposta di una diversa regolamentazione dei rapporti tra le USL cittadine e la Regione. Tale regolamentazione dovrebbe valorizzare il ruolo dell'Assemblea comunale cui si vorrebbe affidata una più precisa funzione di coordinamento della politica sanitaria: le risorse, secondo questa proposta, dovrebbero confluire direttamente al Comune, al quale spetterebbe la ripartizione tra le USL sulla base di una valutazione « oggettiva del peso », della qualità e dei programmi di ciascuna di esse.

Secondo questa proposta si rafforzerebbe la presenza del Comune, che diverrebbe determinante nell'impostazione della politica dei servizi, recidendo il canale diretto tra Regione e singole USL cittadine. In tal modo risulterebbe più semplice impostare una politica unitaria e coordinata su tutto il territorio cittadino, raccordata con gli altri interventi propri del Comune. Questa stessa ipotesi ridefinirebbe, almeno sulla carta, l'USL come reale strumento operativo del Comune che nel governo dei servizi non deve essere espropriato nella determinazione e nel controllo dell'attribuzione delle risorse.

L'approfondimento di questi aspetti relativi ad un più rilevante ruolo del Comune nel governo e nella politica dei servizi socio-sanitari ha subito una battuta d'arresto legata all'assestamento della nuova maggioranza insediatasi nel 1982 al Comune di Firenze.

Relativamente ai rapporti tra Comitati di gestione e Consigli di quartiere riferentisi in particolar modo alla problematica dei distretti e a quanto previsto dalla l.r. 63 del 1979 sempre nella con-

ferenza organizzativa è emersa una valutazione circa le funzioni di gestione dei servizi di carattere locale ai quartieri. La delega verrebbe considerata solo nel momento di completa realizzazione dell'apparato organizzativo delle USL. Nel frattempo i Comitati di gestione devono però riferirsi costantemente alle istanze di partecipazione espresse dai quartieri, che costituiscono un referente consultivo importante nel processo di programmazione e, in particolare, nel momento di rilevazione dei bisogni socio-sanitari dell'utenza interessata.

Il « secondo rapporto informativo », redatto nel giugno 1983 ad un anno di distanza dalla prima conferenza sui servizi, sottolinea nuovamente la questione della « certezza istituzionale » per una definizione più precisa delle funzioni dei diversi enti ed organi interessati al governo e alla gestione dei servizi.

Un'indagine relativa alla regolamentazione generale degli organi rileva che solo tre USL sulle otto dell'area (di cui due cittadine su cinque) avevano definito il regolamento dell'Ufficio di direzione, nessuna USL aveva approntato il regolamento generale dell'Assemblea e solo una USL (fuori Firenze) aveva definito il regolamento del Comitato di gestione.

Questo evidenzia quanto rimanga ancora aperta la definizione a livello istituzionale di rapporti chiari tra organi e funzioni. Ancora una volta ci si trova a individuare, per il consolidamento dell'assetto istituzionale, gli stessi obiettivi della precedente conferenza. Rimangono ancora da definire il ruolo di generale coordinamento dell'Associazione intercomunale e dei suoi organi istituzionali, i regolamenti per il funzionamento dell'Assemblea (si sottolinea a questo punto che essi prevedano la delega di compiti assembleari di carattere gestionale ai Comitati di gestione), i regolamenti dell'Ufficio di direzione, degli altri organi di consultazione tecnica, e infine, i regolamenti per l'organizzazione del servizio di assistenza sociale.

7. Il processo avviato con l'istituzione delle associazioni intercomunali e con l'affidamento ad esse delle competenze proprie dell'ente locale, come previsto dal DPR 616 del 1977, non trova nell'area fiorentina relativamente alla materia socio-sanitaria una compiuta sistematizzazione. Rimangono aperti i problemi di coordinamento a livello di area; non è ancora definito, per quanto ri-

guarda il Comune di Firenze, un ruolo di governo e di pianificazione, (che comprenda il potere di ripartizione di risorse tra le diverse aree del territorio comunale), di coordinamento e di controllo delle USL; ancora non è stata affrontata la problematica relativa alle deleghe di funzioni gestionali ai quartieri.

Stante l'attuale situazione si può affermare che i problemi relativi al governo dei servizi che si concentrano nell'area fiorentina, non sono compiutamente risolti.

In particolare si individua il permanere di una conflittualità tra il ruolo del Comune di Firenze e quello degli altri interlocutori, Associazione, USL e decentramento.

Mettendo in relazione le funzioni, attuali e previste, dei soggetti in gioco si possono prevedere effetti e conseguenze sul sistema istituzionale e sul sistema organizzativo dei servizi nell'area. Nella tabella 32 si sono riportati, in modo schematico, quattro casi in rapporto alle soluzioni che possono essere adottate. In ciascun caso viene evidenziato l'effetto che le diverse combinazioni di funzioni, al livello cittadino e al livello metropolitano creano sul peso e lo sviluppo delle aree, sui rapporti fra soggetti, sui livelli di assistenza, sulle modalità delle prestazioni sanitarie.

Nel primo riquadro viene evidenziata, secondo le funzioni ora svolte, la situazione attuale, che vede il Comune con un ruolo contenuto stante il rapporto diretto Regione e USL, una differenziazione nei livelli di assistenza e nella dotazione dei servizi sia all'interno della città che nell'*binterland*, con un possibile rischio di settorializzare la politica dei servizi per la grande autonomia di cui godono le USL e il relativo potere del Comune e dell'Associazione. Firenze verrebbe a trovarsi con un maggior peso, per tradizione e consistenza di risorse, rispetto all'intera area metropolitana, ma con scarso potere nel governo dei servizi e nell'azione di riequilibrio dei livelli assistenziali nelle diverse zone interne.

Qualora l'Associazione mantenesse l'attuale funzione e al Consiglio comunale venisse attribuito più potere (caso 2) il rapporto Regione-USL sarebbe mediato dal Comune che acquisterebbe peso come interlocutore diretto della Regione e rafforzerebbe ulteriormente la propria posizione nei confronti dell'*binterland* il cui sviluppo, in termini di risorse e servizi, troverebbe meno attenzione, mentre all'interno del territorio comunale potrebbero essere messe in atto politiche di riequilibrio.

TABELLA 32. Effetti e conseguenze politici ed organizzativi nel rapporto grande città-hinterland sul sistema dei servizi secondo le possibili attribuzioni di funzioni al Comune e all'Associazione intercomunale (*).

Soggetti		Comune di Firenze	
		Funzioni attuali	Funzioni ipotizzate
Associazione intercomunale area 10	funzioni attuali	<p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> - rapporto diretto Regione-USL - ruolo contenuto grande Comune - prevalenza grande Comune su <i>hinterland</i> - differenziazione livelli assistenziali in tutte le sub-aree - rischio settorializzazione politiche socio-sanitarie 	<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> - rapporto mediato Regione-USL - ruolo 'forte' del grande Comune - rischio di emarginazione aree <i>hinterland</i> per mancanza di contenimento del potere del grande Comune - omogeneità livelli assistenziali in città e differenziazione tra città e <i>hinterland</i> - minore rischio di settorializzazione in città
	funzioni previste	<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> - rapporto mediato Regione-USL - riduzione ruolo grande Comune - considerazione aree periferiche - riequilibrio dei servizi e delle prestazioni - integrazione servizi socio-sanitari con altri interventi 	<p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> - rapporto Regione-Associazione/Comune-USL - valorizzazione ruolo grande Comune mediato dall'associazione - valorizzazione <i>hinterland</i> - sviluppo omogeneo e bilanciato intera area e sub-aree - integrazioni servizi socio-sanitari con altre politiche

(*) Per il Comune si è distinto tra funzioni attuali e funzioni ipotizzate poichè queste ultime sono state sinora solo esplicitate a livello di dibattito; per l'Associazione invece si è distinto tra funzioni attuali e funzioni previste perchè contenute già in documenti in fase di dibattito e approvazione (ci si riferisce alla bozza di regolamento dell'Associazione approvato sino ad oggi dai Comuni dell'*hinterland* e ancora in discussione a Firenze).

Per funzioni attuali del Comune si intende: indirizzo e approvazione piani e programmi; mentre per funzioni ipotizzate: indirizzo, programmazione e distribuzione risorse, controllo.

Per funzioni attuali dell'Associazione si intende: promozione di raccordi tra le diverse sub-aree; mentre per funzioni previste: coordinamento, controllo e programmazione dell'intera area.

Nel caso, invece, che le funzioni del Comune di Firenze non cambiassero e l'Associazione acquistasse un ruolo di riconosciuto coordinamento e diventasse interlocutrice della Regione rispetto alla programmazione dell'intera area (terzo riquadro) si configurerebbe una mediazione del legame Regione-USL, una riduzione del ruolo del grande Comune e una rivalutazione del peso delle zone ad esso esterne, uno sviluppo più omogeneo del territorio metropolitano con possibilità di riequilibrare dotazioni e prestazioni dei servizi nelle diverse aree, un'integrazione dell'attività socio-sanitaria con gli altri interventi.

Infine (ultimo riquadro) se ci fosse attribuzione di maggior potere sia all'Associazione che al Comune, verrebbe ridotto il rapporto diretto USL-Regione, le USL acquisterebbero una dimensione esclusivamente operativa, il ruolo del Comune verrebbe valorizzato anche se contenuto all'interno dell'area per la contestuale azione di riequilibrio delle forze messa in atto dall'Associazione intercomunale come referente regionale per la programmazione del complesso dell'area; l'organizzazione e le prestazioni dei servizi nelle sub-aree sarebbero inquadrati in un piano organico e bilanciato, fortemente integrato alle politiche economico-sociali derivanti da interventi in altri settori. In questo caso c'è da sottolineare che il governo dei servizi socio-sanitari sarebbe pienamente ricondotto alla responsabilità degli enti locali e alle relative rappresentanze democratiche, anche se si porrebbero probabilmente complicazioni sui processi decisionali nel concorso di livelli diversi nella funzione programmatoria.

L'efficacia operativa non è solamente legata a meccanismi istituzionali adeguati nei quali si equilibrano poteri e funzioni, tuttavia la definizione dei processi programmatori e dei relativi ruoli dei soggetti interessati è una componente essenziale per determinare una congrua rispondenza alle diverse istanze emergenti.

Sembra perciò più opportuno intraprendere strade che si diversificano dalla situazione attuale. Le nuove soluzioni, legate a ipotesi e previsioni di ruoli più forti, rispettivamente, per il Comune e per l'Associazione di area, presentano anch'esse rischi e vischiosità (si pensi alla possibilità di *impasse* e conflitto tra i due soggetti più forti presenti nell'area), ma offrono più ampie possibilità di superamento di questioni tutt'oggi aperte, quali la differenziazione dei livelli assistenziali; l'emarginazione degli enti elettivi, so-

prattutto minori, dal governo dei servizi; la settorializzazione della sanità con il conseguente permanere del potere delle aree forti, specialistica e ospedali, e di spazio per il « privato ».

Simili considerazioni possono essere svolte relativamente al rapporto grande città-decentramento, che pure è destinato a connotarsi diversamente secondo le funzioni che ciascun livello viene ad assumere.

Nella tabella 33 abbiamo evidenziato, analogamente che per la tabella 32, come si configurerebbe la situazione in rapporto all'assunzione di nuovi ruoli da parte del Consiglio comunale e del Consiglio circoscrizionale. In questo caso le variabili considerate sono il ruolo dei soggetti e degli organi operanti nel sistema (Consiglio comunale, Comitato di gestione, Consiglio di quartiere), la partecipazione, i livelli assistenziali, l'integrazione della sanità nella politica generale locale.

Nel primo riquadro, che riflette la situazione attuale: Consiglio comunale con funzioni di indirizzo e Consiglio di quartiere con funzioni di consultazione si evidenzia il 'peso' dei Comitati di gestione e l'inconsistente ruolo degli organi del decentramento, con le possibili conseguenze di disomogeneità in termini di dotazioni e di prestazione dei servizi nei diversi quartieri. Il 'peso' di un organo di settore inoltre non favorisce certo azioni di integrazione con altre attività che si sviluppano nel territorio.

Il secondo caso, caratterizzato dall'assunzione di maggiori poteri da parte del Comune (indirizzo, programmazione, distribuzione risorse, controllo) e dal permanere ai quartieri delle attuali funzioni, vedrebbe un ridimensionamento del peso degli organi di settore con evidente minore rischio di separazione della sanità.

La marginalità del ruolo dei quartieri e la bassa partecipazione popolare non stimolerebbero l'attenzione ai bisogni diffusi, pur nel quadro di un possibile riequilibrio dei servizi tra le diverse USL.

Si presenterebbe una situazione (terzo caso) molto discutibile nel caso dell'attribuzione ai Consigli di quartiere di ruoli gestionali contestualmente ad una forte autonomia dei Comitati di gestione delle USL. Potrebbe darsi maggiore partecipazione, ma si determinerebbe un rapporto anomalo e conflittuale tra quartiere (soggetto elettivo) e USL (struttura operativa). Nella subordinazione del quartiere alle USL poco potrebbe esser fatto in termini di riequilibrio delle situazioni e di integrazione tra sanità e altri settori.

TABELLA 33. Effetti e conseguenze politici e organizzativi nel rapporto grande città-decentramento nel sistema dei servizi (*).

Soggetti		Comune di Firenze	
Soggetti		Funzioni attuali	Funzioni ipotizzate
Consiglio di quartiere	funzioni attuali	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> - preponderante ruolo USL e Comitato di gestione e marginale potere enti elettivi - bassa partecipazione - differenziazione livelli assistenziali nei quartieri - rischi di settorializzazione politica dei servizi 	<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> - ruolo forte del Comune, riduzione potere USL, emarginazione decentramento - bassa partecipazione - omogeneo sviluppo dei servizi nelle zone, ma scarsa attenzione ai bisogni diffusi - minore rischio di settorializzazione politica dei servizi
	funzioni previste	<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> - ruolo marginale del Comune, potere delle USL e subordinazione quartiere ad organo gestionale di settore - partecipazione - differenziazione livelli assistenziali - rischio di settorializzazione politica servizi 	<p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> - ruolo forte grande Comune e valorizzazione del decentramento - partecipazione - omogeneo sviluppo dei servizi nelle zone ed efficacia azione socio-sanitaria per attenzione ai bisogni diffusi - integrazione servizi socio-sanitari con altri interventi

(*) Per le funzioni del Comune valgono le note della tabella 32. In questa tabella per il Consiglio di quartiere si è distinto tra funzioni attuali e funzioni previste, in quanto sia il regolamento del decentramento sia l'articolo della l.r. 63 del 1979 prevedono l'affidamento di funzioni gestionali ai Consigli di quartiere.

Relativamente ai Consigli di quartiere si intende per funzioni attuali la consultazione da parte delle USL e per funzioni previste la gestione dei servizi di interesse locale nel caso vi sia coincidenza tra quartiere e distretto.

Diversa naturalmente si profila la situazione (quarto quadro) nel caso il Comune assumesse forti poteri e delegasse la gestione dei servizi distrettuali ai quartieri. In questo caso la valorizzazione del decentramento e una politica di riequilibrio dei servizi nell'ambito cittadino determinerebbe una maggior efficacia della politica

socio-sanitaria, derivante da una più precisa attenzione ai bisogni che si manifestano nel territorio e dalla possibilità di una politica di risposte diversificate, ma integrate.

Anche relativamente al rapporto grande città-decentramento c'è da sottolineare che le soluzioni possibili non garantiscono di per sé efficacia operativa.

In merito non pare sempre opportuno utilizzare la formula del decentramento. La scarsa funzionalità del caso tre suggerisce che la valorizzazione dei quartieri e delle relative potenzialità gestionali, anche se essa ha una funzione intrinsecamente democratica, si accompagni ad un ruolo determinante del Consiglio comunale nel governo della sanità e non a soluzioni istituzionali che possono agevolare orientamenti settorialistici. Solo in tal modo il decentramento può rivelarsi reale strumento per consentire partecipazione, controllo democratico, conoscenza e congrua risposta ai bisogni della popolazione.

Occorre infine osservare che i rapporti grande città-*binterland* e grande città-decentramento, che abbiamo distinto analiticamente per comprendere meglio le dinamiche specifiche, naturalmente si influenzano a vicenda. Pare qui utile sottolineare esclusivamente che la valorizzazione del decentramento cittadino appare opportuna quando esiste un forte peso degli enti a responsabilità vasta (siano essi l'Associazione o il Comune, meglio se entrambi in posizione rilevante: caso 4 tabella 32) e che, per altro verso, tenendo conto dell'intera area metropolitana sembra soprattutto da escludersi l'attribuzione di forti poteri al solo grande Comune (combinazione caso 2 tabella 32 e caso 2 tabella 33) che determinerebbe contemporaneamente l'emarginazione dell'*binterland* e il soffocamento della partecipazione.

Considerando infine il complesso delle scelte operate sino ad ora nell'ambito del governo dei servizi nell'area fiorentina si può rimarcare il preciso orientamento a non separare servizi sanitari e assistenziali dal resto degli interventi degli enti locali e l'intenzione a cercare di valorizzare adeguatamente gli ambiti periferici.

Le funzioni e i rapporti tra livelli centrali e livelli decentrati presentano peraltro una persistente larga indeterminazione ed è quindi difficile prevedere in quale direzione si evolverà la situazione e come si riallocheranno i 'poteri' tra i diversi organi.

NOTE

(1) Dati tratti dalla relazione di M. Talamona e altri per il « Progetto Milano » dell'IRER, luglio 1982; e relazione informativa all'Assemblea sullo stato della riforma sanitaria nella zona n. 75, gennaio 1981.

(2) Delibera-quadro sui poteri attribuiti ai consigli di zona nel settore dei servizi socio-sanitari, 12 marzo 1980.

(3) Lr 5 aprile 1980, n. 35, « Ordinamento dei servizi di zona ».

(4) In questa fase sorge, invece, una contestazione relativa alla presunta incompatibilità del candidato alla presidenza del Consiglio di gestione, che è anche segretario generale di un ospedale cittadino. C'è chi attribuisce a questo conflitto fra le forze politiche le cause dei primi ritardi per l'avvio degli organi istituzionali.

(5) Deliberazione del Consiglio regionale, « Direttive per la prima fase di avvio delle attività degli enti responsabili dei servizi di zona », 23 dicembre 1980.

(6) Deliberazione della Giunta municipale « Istituzione del servizio pediatrico di base », 20 febbraio 1980.

(7) Comune di Milano, USSL n. 75, « Giornata di studio sull'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dell'USSL nei grandi centri urbani con particolare riguardo al distretto sanitario di base », 9 luglio 1981.

(8) Tale stato di cose è ufficialmente sancito dalla Regione Lombardia: deliberazione consiliare n. III/350 del 22 luglio 1981, « Proroga del termine del 30 giugno 1981 per il trasferimento agli enti responsabili dei servizi di zona delle funzioni sanitarie », che dilaziona la data di trasferimento dei servizi.

(9) Lr 5 aprile 1980, n. 35, art. 29.

(10) Così si esprimono testualmente, il Sindaco e l'Assessore alla sanità del Comune di Milano.

(11) Sintesi tratte dai verbali delle discussioni avvenute in Consiglio comunale.

(12) Fra il dicembre 1983 e il gennaio 1984 è stato ulteriormente prorogato il commissariamento degli ospedali provinciali ubicati nelle città: cioè per essi continua la gestione autonoma sul modello dei precedenti consigli di amministrazione.

(13) Alla fine del 1983 una analoga tendenza è stata dimostrata dall'ex Consorzio antitubercolare e dall'ex Laboratorio di igiene e profilassi, che si sono mobilitati per ottenere la classificazione di Presidi multizonali, per acquisire una maggiore autonomia politico-amministrativa.

(14) Lr 5 febbraio 1982, n. 10 « Modifica ed integrazioni alla legge regionale 5 aprile 1980, n. 35 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché variazioni della delimitazione territoriale della zona n. 75 », Comune di Milano.

(15) « Regolamento e conferimento delle funzioni tutelari per l'affido familiare a Milano », in « Prospettive sociali e sanitarie », 1982, n. 7, pp. 19-21.

(16) Come si vedrà successivamente, la normativa ha individuato una vasta area e otto sub-aree, cinque interne al Comune di Firenze definiti altrettante USL, tre esterne a Firenze costituenti altrettante USL composte da più Comuni.

(17) La normativa qui considerata è stata la seguente: Lr 17 aprile 1976, n. 15 « Interventi in materia di assistenza sociale e delega di funzioni agli enti locali »; Lr 17 agosto 1979, n. 37 « Istituzione delle associazioni intercomunali »; Lr 19 dicembre 1979, n. 63 « Ordinamento dell'unità sanitaria locale »; Lr 24 maggio 1980, n. 71 « Organizzazione delle unità sanitarie locali »; Lr 22 marzo 1982, n. 26 « Provvedimenti urgenti di riorganizzazione delle attività sanitarie nell'area fiorentina ».