

## RIORDINO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE USL E SERVIZI SOCIALI

Paolo Ferrario - sociologo, dirigente comunale - Milano

Con gli inizi degli anni '90 ed in connessione con i più ampi processi di ristrutturazione della pubblica amministrazione italiana e degli enti locali <sup>(1)</sup>, il Servizio Sanitario Nazionale sta attraversando una complessa ed articolata fase di trasformazione che ne cambia in modo assai significativo la fisionomia che aveva assunto negli anni precedenti.

Uno dei problemi cruciali per lo sviluppo dei servizi è certamente quello del rapporto necessario ma difficile fra organizzazioni sanitarie e gestione dei servizi sociali.

Nel presente saggio si intende elaborare un provvisorio inquadramento di quanto sta avvenendo, attraverso il particolare osservatorio delle politiche regionali.

### ***Trasformazioni del Servizio Sanitario Nazionale e delle Unità Sanitarie Locali***

Sotto il profilo storico è possibile distinguere tre fasi nello sviluppo dell'assetto istituzionale della sanità.

Un primo periodo è ascrivibile agli anni 1978-1986, durante i quali vi è stata la controversa e difficile prima attuazione della riforma sanitaria del 1978. In tale periodo le Regioni hanno definito con proprie leggi il sistema delle Unità Sanitarie Locali, definite e regolate come il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni singoli o associati, i quali in un ambito territoriale determinato (50.000-200.000 ab.) assolvono ai compiti del S.S.N. Tale definizione esprimeva chiaramente la volontà del legislatore di assegnare ai Comuni le responsabilità politico-amministrative della sanità, esercitandone le funzioni di indirizzo e di programmazione, attribuendo invece alle Usl una funzione di gestione dei servizi sanitari. In base a tale configurazione l'Usl, in quanto strumento dei Comuni, non aveva personalità giuridica, pur essendo dotata di ampia autonomia funzionale.

Una seconda fase è ascrivibile al periodo 1986-1991. In tale arco di periodo viene inizialmente soppressa l'Assemblea delle Usl <sup>(2)</sup>. E' l'avvio di quel processo di separazione istituzionale fra Comuni e Usl che diventerà successivamente sempre più accentuato. Cinque anni dopo <sup>(3)</sup>, infatti, si introducono profonde modifiche nell'assetto amministrativo delle Usl istituendo gli Amministratori straordinari che sostanzialmente vanno a sostituire il ruolo dei precedenti Comitati di gestione ed i "Comitati dei garanti", rappresentativi dei consigli comunali, ma esclusivamente con compiti di controllo politico-amministrativo. Sulla base di queste normative le Usl rafforzano fortemente il loro legame con la Regione ed indeboliscono quello con i Comuni di riferimento territoriale.

Con il 1992 si entra decisamente nella terza fase del cambiamento <sup>(4)</sup>, che è ancora attualmente in corso.

Viene profondamente cambiata l'organizzazione territoriale della sanità italiana ed i conseguenti rapporti inter-istituzionali fra i livelli statale, regionale e locale.

Il grafico n. 1 rappresenta schematicamente tale nuovo disegno istituzionale delle Usl.

### **Grafico n. 1**

---

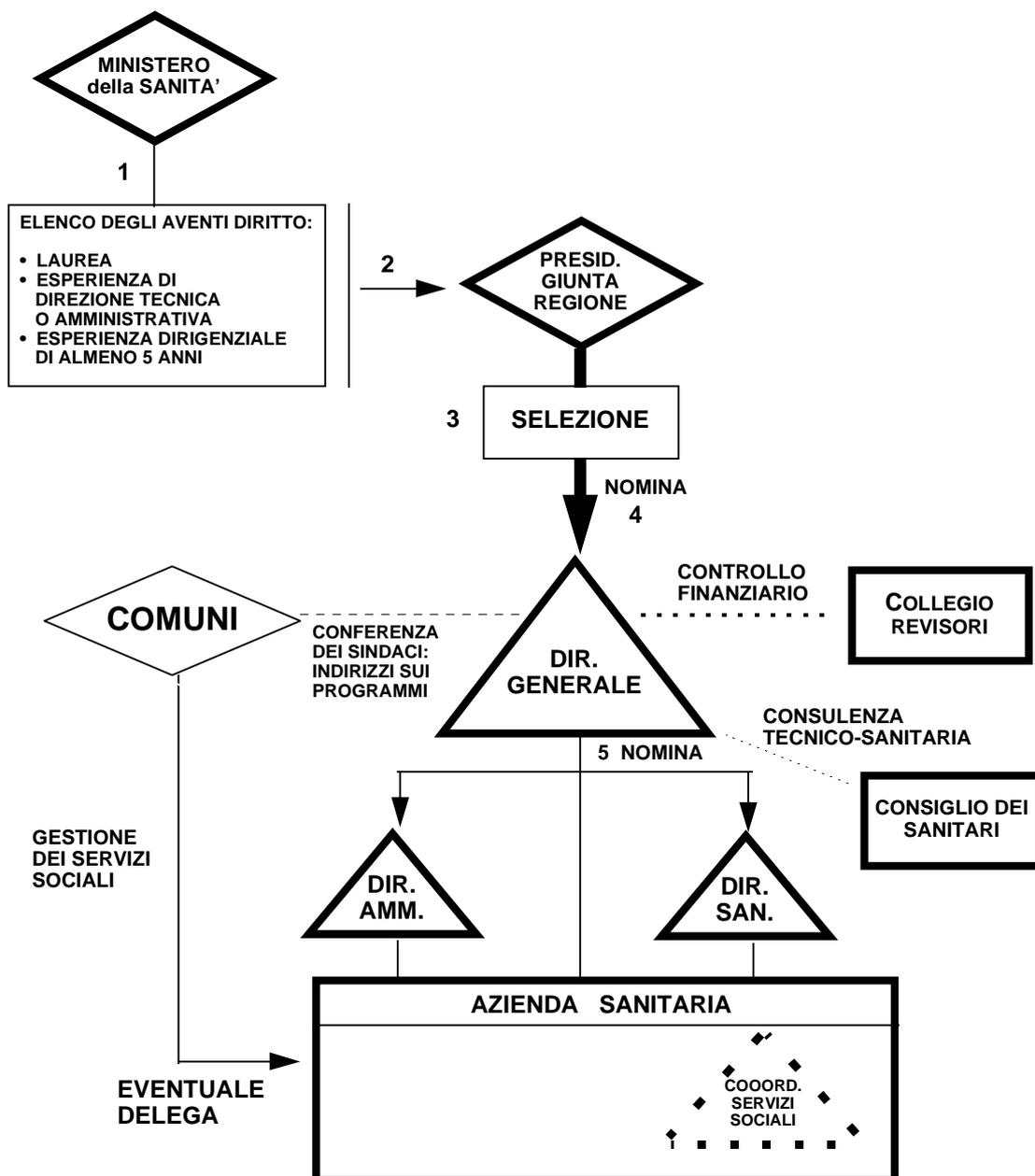
<sup>1</sup> Legge 8.6.1990 n. 142, Ordinamento delle autonomie locali; Legge 23.10.1992 n. 421, Delega al governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, pubblico impiego; D.L. 3.2.1993 n. 29, Razionalizzazione dell'organizzazione della pubblica amministrazione.

<sup>2</sup> Legge 15.1.1986 n. 1, Disposizioni transitorie nell'attesa della riforma istituzionale delle Usl.

<sup>3</sup> Legge 4.4.1991, Norme sulla gestione transitoria delle Usl.

<sup>4</sup> D.L. 30.12.1992 n. 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria; D.L. 7.12.1993 n. 517, Modifiche al D.L. 502/1992.

# AZIENDE SANITARIE ed AZIENDE OSPEDALIERE



I punti chiave del riordino possono essere così sintetizzati:

- si delinea un nuovo ordinamento delle Usl e degli ospedali che vengono ora configurati come “aziende” dotate di personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;
- alle Regioni viene affidato il compito di modificare gli ambiti territoriali delle Usl, il cui territorio dovrebbe tendenzialmente essere coincidente con quello delle province, con la possibilità da parte della Regione di definire ambiti territoriali di diversa estensione in relazione a particolari condizioni geografiche;
- gli organi delle nuove Aziende Usl sono il Direttore Generale e il Collegio dei revisori;

- il Direttore Generale, nominato dalla Regione, al quale sono riservati tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza della Usl, è coadiuvato da un Direttore Amministrativo, da un Direttore Sanitario, dal Consiglio dei Sanitari ed eventualmente, in caso di delega da parte degli enti locali, dal Coordinatore dei Servizi Sociali;
- il rapporto di lavoro dei direttori è a tempo pieno, è regolato da contratto di tipo privato di durata quinquennale, è rinnovabile, ma non può protrarsi oltre il 70° anno di età;
- il Collegio dei Revisori, che dura in carico cinque anni, è composto di tre membri per le Usl il cui bilancio di previsione comporta una spesa di parte corrente inferiore ai 200 miliardi o di cinque membri qualora il bilancio superi tale cifra. Tali membri sono designati dalla Regione, dal Ministero del Tesoro e dal Sindaco o dalla Conferenza dei Sindaci.
- si modifica il sistema relazionale fra Usl e rete dei Comuni. Il Sindaco o la Conferenza dei Sindaci o dei Presidenti di Circoscrizione, in questi ultimi casi limitati ad una rappresentanza non superiore ai cinque componenti, assicurano un ridotto legame fra l'azienda Usl ed i Comuni. E' questa certamente la più profonda differenza rispetto all'assetto istituzionale definito nella Legge n. 833/1978.
- si prevede, infine, la possibilità di forme differenziate di tutela sanitaria introducendo la possibilità di istituire fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Ssn.

### ***Il ruolo delle Regioni***

Per effetto di questo riordino è da rilevare come le funzioni delle Regioni risultino fortemente incrementate. Ad esse spettano infatti le seguenti attribuzioni:

- l'emanazione dei Piani sanitari regionali;
- la definizione dei principi in materia di organizzazione dei servizi, criteri di finanziamento delle Usl e aziende ospedaliere;
- disciplina legislativa delle Usl;
- nomina dei Direttori Generali;
- disciplina del Consiglio sanitario;
- nomina di uno o più componenti del Collegio dei Revisori;
- indicazione al Ministero della Sanità in tema di ospedali di rilievo nazionale e alta specializzazione da costituire in aziende ospedaliere e compiti di riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri;
- disciplina del finanziamento delle aziende e normative sulla gestione economica finanziaria e patrimoniale delle aziende Usl.

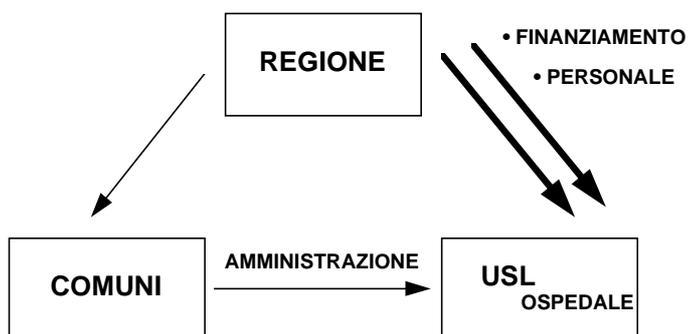
In sintesi sicuramente il ruolo della Regione appare cambiato in modo assai significativo. Risulta chiaramente accentuato il potere amministrativo nei confronti delle Usl, le quali perdono così ogni legame strumentale con la rete degli enti locali, se non per il coordinamento che si cerca di operare attraverso i Sindaci.

Si veda in proposito il grafico n. 2 che mette in evidenza la diversità dei rapporti inter - istituzionali fra Regione, Usl e Comuni.

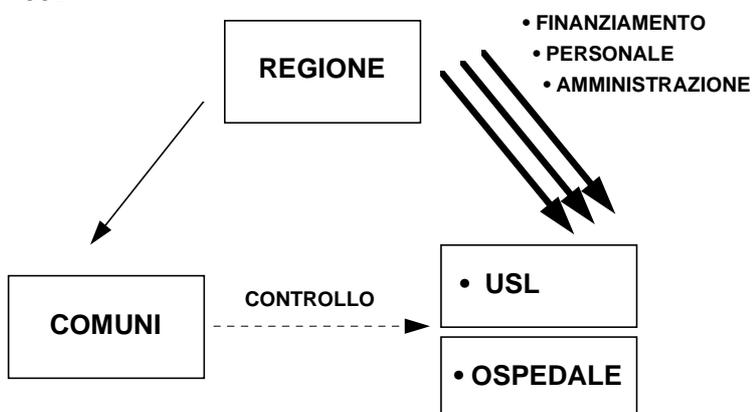
### **Grafico n. 2**

## REGIONE, COMUNI, USL RAPPORTI INTER - ISTITUZIONALI

1978- 1991



1992 -



In particolare i Comuni perdono la funzione di amministrazione delle Usl e vi sostituiscono quella di controllo. La Regione invece diventa l'ente amministrativo fondamentale per quanto riguarda il finanziamento, le politiche del personale e la stessa gestione amministrativa delle aziende Usl.

### **La gestione dei servizi sociali**

Uno dei punti più controversi nel nuovo assetto delle Usl è certamente quello della gestione dei servizi sociali. Rimandando ad altre fonti informative sulla recente storia dello sviluppo dei servizi sociali <sup>(5)</sup> ci si soffermerà in questa sede sulle diverse configurazioni che hanno assunto nelle recenti normative regionali le relazioni inter - istituzionali fra Comuni e Usl.

Come noto ciascuna regione italiana, in mancanza di una legge nazionale sui servizi sociali, si è dotata di proprie leggi di "riordino" o "riorganizzazione" dei servizi socio-assistenziali, effettuando proprie autonome scelte di carattere istituzionale in rapporto alla distribuzione delle competenze socio-assistenziali fra Regioni, Comuni singoli od associati e Usl, queste ultime anche diversamente denominate ed in rapporto alla regolazione istituzionale fra enti pubblici e reti del privato sociale (cooperative sociali, volontariato organizzato, associazionismo socio-sanitario).

<sup>5</sup> Ministero dell'Interno-Direzione generale dei servizi civili, COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI CON I SERVIZI SANITARI studio condotto dall'Istituto di ricerca sociale, Roma 1984; Maccapani A., I SERVIZI SOCIALI NEGLI ENTI LOCALI, Editrice Apollonio, Brescia 1995, pag. 260

La Tavola n. 1 mette in evidenza, attraverso un ricostruzione comparativa, il processo normativo che è avvenute nel periodo 1978-1993.

**Tavola n. 1**

**USL E GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI 1978 - 1993**

<b>REGIONI</b>	<b>DENOMINAZIONE del SISTEMA SANITARIO LOCALE</b>	<b>PRESENZA DEL SERVIZIO SOCIALE NELLE USL</b>	<b>ANNO DEL RIORDINO DEI SERVIZI SOCIALI</b>
<b>ABRUZZO</b>	ULSS	X	1982
<b>BASILICATA</b>	USL	X	1980
<b>CALABRIA</b>	USL	X	1987, 1994
<b>CAMPANIA</b>	USSL		1985
<b>EMILIA - ROMAGNA</b>	USL	X	1985, 1993
<b>FRIULI VENEZIA-GIULIA</b>	USL	X	1981, 1993
<b>LAZIO</b>	USL		
<b>LIGURIA</b>	USL		1988, 1989, 1990
<b>LOMBARDIA</b>	USSL	X	1986, 1990
<b>MARCHE</b>	USL		1988, 1992
<b>MOLISE</b>	ULSASS	X	
<b>PIEMONTE</b>	USSL	X	1982, 1988
<b>PUGLIA</b>	USL		
<b>SARDEGNA</b>	USL	X	1988, 1989
<b>SICILIA</b>	USL		1986, 1988, 1990
<b>TOSCANA</b>	USL	X	1976, 1992
<b>TRENTINO A. A. BOLZANO</b>	USL		1991
<b>TRENTINO A.A. TRENTO</b>	USL	X	1982, 1983
<b>UMBRIA</b>	ULSS	X	1982, 1983
<b>VALLE D'AOSTA</b>	USL	X	
<b>VENETO</b>	ULSS	X	1982

Dunque, nel periodo antecedente al riordino del servizio sanitario le Regioni hanno elaborato diversificate strategie di relazione fra Comuni e Usl. In modo semplificato è possibile individuare tre tendenze:

- 1) affidamento della gestione dei servizi socio-assistenziali alle associazioni dei Comuni o alle Usl. Tale tendenza è ravvisabile in Piemonte, Basilicata, Toscana, Campania, Valle d'Aosta, Abruzzo.
- 2) affidamento di tali competenze gestionali in parte ai Comuni singoli, in parte alle associazioni dei Comuni e in parte alle Usl. Tale tendenza è ravvisabile in Emilia Romagna, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto.

3) separazione gestionale dei servizi sanitari, in capo alle Usl, e di quelli socio-assistenziali, in capo ai Comuni. Tale tendenza è ravvisabile in Sicilia, Calabria, Lazio, Marche, Molise, Sardegna, province autonome di Trento e Bolzano.

Oggi si è in presenza di un nuovo quadro normativo. E' necessario ricordare che l'art. 9 della Legge 8.6.1990 n. 142 dice che "spettano al Comune tutte le funzioni amministrative (...) nei settori organici dei servizi sociali (...)". Il medesimo articolo aggiunge, tuttavia, una riserva a favore delle leggi regionali: "(...) salvo quanto non sia espressamente attribuito ad altri soggetti dalla legge statale o regionale, secondo le rispettive competenze". Tale quadro di competenze comunali va messo in relazione ai decreti di riordino delle Usl. Fondamentale è l'art. 3 del DL 502 e 517 ove si afferma che l'Usl può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi. In tal caso il Direttore Generale sarebbe coadiuvato nei suoi compiti da un "Coordinatore dei Servizi Sociali".

Il nuovo ordinamento istituzionale delle Usl, unitamente a quello delle autonomie locali ed a quello del volontariato organizzato e delle cooperative sociali, ha certamente un effetto dirompente rispetto alle scelte politico-amministrative effettuate negli anni '80. E' indubbio che, assieme alle nuove normative regionali sulle Aziende Usl, dovranno essere completamente ridefinite le leggi di riordino e riorganizzazione dei servizi socio-assistenziali adottate negli anni '80.

A tutt'oggi non è ancora possibile definire in modo preciso ed articolato le scelte di amministrazione che verranno realizzate. Tuttavia, sulla base di una ricognizione delle leggi di ordinamento delle Usl finora approvate, è possibile tracciare le prime fasi di questo processo.

La tavola n. 2 individua le scelte finora adottate dalle Regioni italiane.

## Tavola n. 2

### **AZIENDE - USL E GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI**

<b>REGIONI</b>	<b>GESTIONE SERVIZI SOCIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</b>	<b>DIRIGENZA O COORDINAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI</b>
<b>CAMPANIA</b> L.R. 3/11/1994 n. 32	l'Azienda sanitaria può assumere la gestione dei servizi sociali su delega degli enti locali mediante appositi atti di intesa	previsto il <b>Coordinatore dei servizi sociali</b> nelle USL che assumono in gestione servizi sociali delegati dagli enti locali
<b>EMILIA-ROMAGNA</b> L.R. 12/05/84 n. 19	incentivi regionali all'integrazione delle attività socio-assistenziali di competenza degli enti locali; le USL assumono la gestione dei servizi sociali su delega dei Comuni; province, comunità montane, Comuni e USL stabiliscono intese per la gestione integrata; i distretti svolgono le attività socio-assistenziali di base delegati dagli enti locali	le funzioni socio-assistenziali svolte a livello distrettuale sono svolte dal <b>Coordinatore dei servizi sociali</b>
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b> L.R. 30/08/94 n. 12	intese di programma per stabilire i modelli organizzativi ed i rapporti economici relativi alla gestione integrata	il <b>Coordinatore dei servizi sociali</b> svolge attività di indirizzo e supporto e fornisce pareri obbligatori al Direttore generale
<b>LAZIO</b> L.R. 16/6/1994 n. 18	integrazione socio-sanitaria in riferimento al distretto	non prevede il <b>Coordinatore dei servizi sociali</b>

<b>LIGURIA</b> L.R. 08/8/94 n. 42	la regione promuove e favorisce la gestione coordinata o integrata dei servizi con quelli sanitari nei settori materno-infantile, salute mentale, tossicodipendenza, anziani e disabili (in queste materie è obbligata); la gestione integrata si attua in caso di delega delle funzioni da parte dei Comuni attraverso le conferenze di ambito	nei casi in cui i Comuni e le Unità sanitarie locali provvedano alla gestione integrata di servizi sociali e sanitari, il Direttore generale nomina il <b>Coordinatore dei servizi sociali</b>
<b>MOLISE</b> L.R. 13/1/1995 n. 2	le USL gestiscono i servizi socio-assistenziali se delegati dai Comuni	il Direttore generale è coadiuvato dal Direttore sanitario e dal <b>Coordinatore dei servizi sociali</b>
<b>PIEMONTE</b> L.R. 24.1.1995 n. 10 L.R. 13.4.1995 n. 62	forme di gestione dei servizi sociali: forma associata tramite delega alla USL; tramite consorzi o altre forme associative; tramite comunità montana; delega del Comune singolo alla USL; gestione diretta. Le USL provvedono alla gestione delle attività socio-assistenziali a rilievo sanitario	in fase transitoria i responsabili del servizio socio-assistenziale - coordinatori sociali mantengono tale funzione. I responsabili con qualifica apicale sono inquadrati in qualità di <b>Direttore socio-assistenziale</b>
<b>PUGLIA</b> L.R. 28/12/1994 n. 36	la Regione promuove la delega da parte degli enti locali alle USL per la gestione dei servizi sociali; le funzioni sanitarie e socio-assistenziali si integrano attraverso accordi di programma; la Conferenza dei sindaci approva il piano dei servizi sociali	il <b>Coordinatore dei servizi sociali</b> è nominato dal Direttore generale e lo coadiuva nel governo della USL fornendo pareri obbligatori sugli atti di competenza
<b>SARDEGNA</b> L.R. 26.1.1995 n. 5		in caso di delega dai Comuni alla USL della gestione dei servizi ed attività socio-assistenziali può essere nominato il <b>Coordinatore dei servizi socio-assistenziali</b>
<b>SICILIA</b> L.R. 03/8/93 n. 30	nessuna previsione	nessuna previsione
<b>TOSCANA</b> L.R. 29/6/94 n. 49 L.R. 2/1/1995 n. 1	le Unità sanitarie locali gestiscono le attività a rilievo sanitario e le attività di assistenza sociale ad esse attribuite in base a delega da parte dei Comuni	prevede a livello di Azienda USL un coordinatore del dipartimento di assistenza sociale e a livello distrettuale un coordinatore sociale
<b>TRENTINO ALTO ADIGE</b> <b>PROVINCIA DI TRENTO</b> L.R. 1/4/93 n. 10	i distretti sanitari hanno competenze in materia di riabilitazione e lungodegenza	nessuna previsione
<b>UMBRIA</b> L.R. 4/1/1995 n. 1	l' USL può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali; la Regione promuove l'integrazione individuando azioni progettuali specifiche e promuovendo la stipula di convenzioni e di accordi di programma	il Direttore generale nomina il <b>Coordinatore dei servizi sociali</b>
<b>VALLE D'AOSTA</b> L.R. 8/6/94 n. 24		nel caso in cui i singoli enti locali decidano di delegare all'USL la gestione di attività o servizi socio-assistenziali a tale gestione sovrintende il <b>Coordinatore dei servizi sociali</b>

<b>VENETO</b> <b>L.R. 14/9/94 n. 56</b>	la regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Unità sanitarie locali, anche prevedendo appositi finanziamenti; lo strumento dell'integrazione è rappresentato dai piani di zona dei servizi sociali	il Coordinatore dei servizi sociali assume la denominazione di <b>Direttore dei servizi sociali</b> . Il Direttore dei servizi sociali è nominato dal Direttore generale e svolge attività di direzione e coordinamento nei confronti dei responsabili delle strutture delle Unità locali socio-sanitarie
--	---	--

La precedente tabella mette in evidenza orientamenti differenziati in ordine alle relazioni fra Regione- Comuni - Aziende Usl e verrà commentata successivamente.

### ***Il caso della Regione Lombardia***

In riferimento alla ricerca precedentemente effettuata emerge come caso a sé stante la Regione Lombardia. Al momento della stesura del presente articolo sono disponibili solamente due progetti di legge <sup>(6)</sup> attraverso i quali, tuttavia, è possibile individuare i criteri adottati per la riorganizzazione del servizio sanitario regionale.

I punti chiave del disegno istituzionale dei due progetti indicati possono riassumersi nel seguente modo:

- gli ambiti territoriali delle Aziende Unita' Sanitarie Locali vengono fatti coincidere con il territorio delle province;
- la gestione dei servizi sociali viene affidata ad apposite Aziende per i Servizi Socio-Sanitari Integrati (A.S.S.I.);
- le Aziende Usl si pongono quali enti finanziatori dei servizi sanitari pubblici e privati.

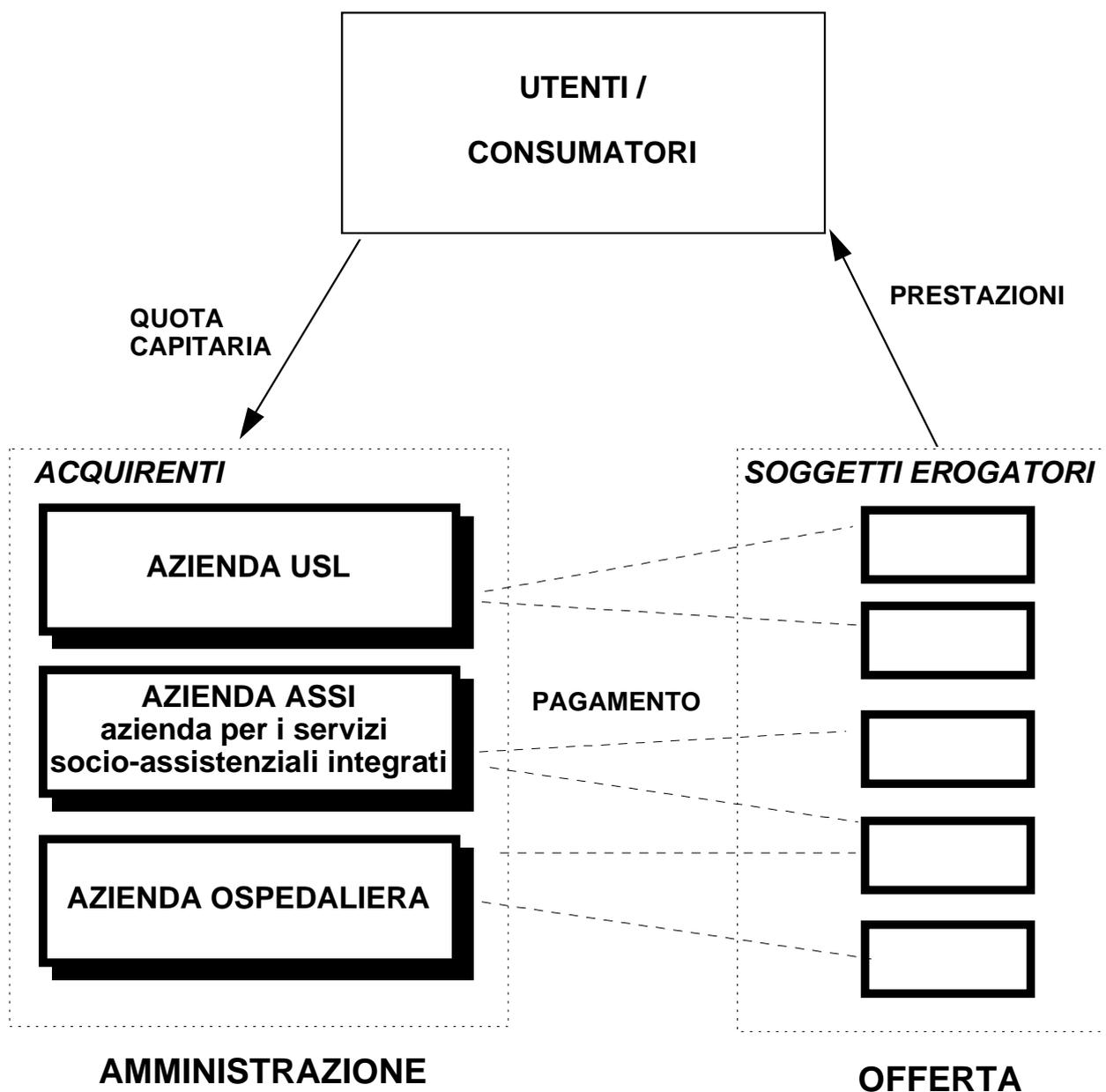
Quest' ultimo punto merita di essere ulteriormente precisato. Nella relazione al progetto di legge di riordino si afferma testualmente che la Azienda USL è "titolare delle risorse finanziarie, assommanti le quote capitarie dei residenti" e che si colloca come "terzo regolatore del mercato tra una pluralità di soggetti produttori di prestazioni e servizi verso i quali si esercita in concreto il diritto di libera scelta del cittadino". L'esplicita idea sottostante a tale sistema istituzionale è quella di creare un mercato dei servizi socio-sanitari a disposizione di cittadini identificati quali "clienti" compratori delle prestazioni.

Il grafico n. 3 fornisce una rappresentazione di tale modello.

### **Grafico n. 3**

<sup>6</sup> Progetto di legge n. 0081 - 6.10.85 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale, di iniziativa della giunta regionale" e Progetto di legge n. 0150 - 29.12.95 "Riorganizzazione del sistema socio-assistenziale, di iniziativa della giunta regionale".

# LOMBARDIA: IL SISTEMA SOCIO -SANITARIO



I clienti/consumatori dei servizi diventano titolari di un "bonus" economico equivalente alla quota capitaria di spesa sanitaria assegnata, mentre il sistema delle Aziende USL svolge due funzioni:

- gestione diretta dei propri servizi;
- selezione ed accreditamento dei servizi socio-sanitari pubblici o privati nei confronti dei quali l'Azienda USL diventa il compratore per conto dei cittadini aventi diritto all'assistenza.

E' un sistema sostanzialmente simile al modello mutualistico ante-riforma, nel quale gli enti previdenziali si ponevano quali "terzi paganti" per conto dei lavoratori iscritti nei confronti dei vari servizi sanitari.

In relazione a tale orientamento politico si è creata una forte opposizione le cui ragioni possono essere riassunte secondo vari filoni.

Viene respinta la cultura dei servizi implicita in questa scelta e cioè che il settore pubblico debba ridurre progressivamente il proprio ruolo di organizzatore di servizi per diventare un compratore di prestazioni. Viene criticata la proposta di costituire un' unica Azienda Usl su base provinciale, con l'effetto di costituire una struttura molto appesantita sul piano burocratico.

Inoltre, poichè si dice che questo sistema creerebbe una competizione virtuosa fra pubblico e privato, si risponde, all'opposto, che verrebbe invece fortemente ridotto il ruolo pubblico, sovraccaricato dalla rigidità delle procedure amministrative e relegato ad occuparsi di necessari ed insostituibili servizi ad elevata complessità tecnica (come la rete del pronto soccorso) e di servizi a più elevato costo assistenziale, come la rete dei servizi per la cronicità e le malattie a lungo decorso. E questo avverrebbe in un contesto di drenaggio delle risorse finanziarie verso i servizi privati che si organizzerebbero per vendere le prestazioni a più alta redditività.

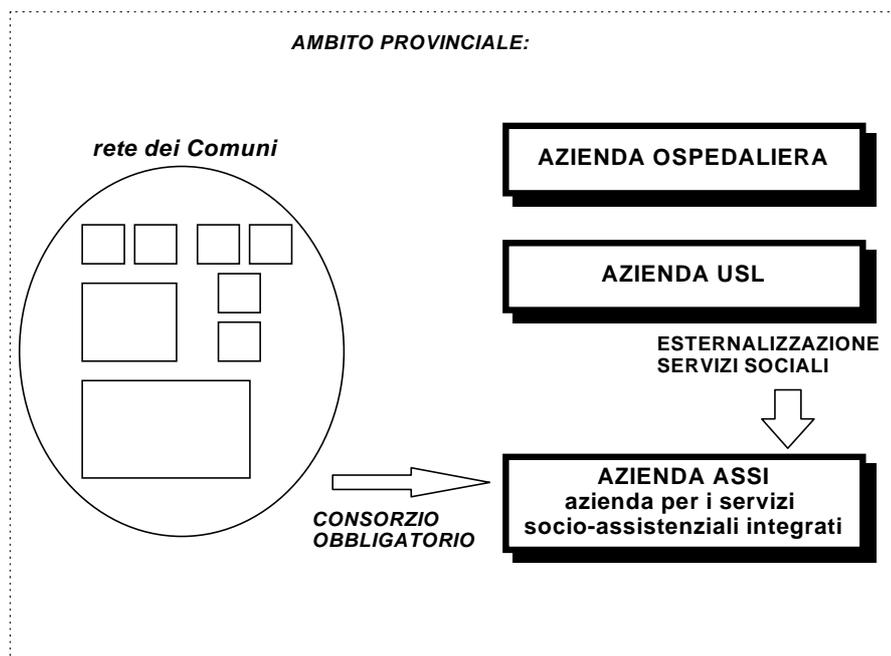
All'opposto, i sostenitori della nuova legislazione affermano che secondo questo modello aumenterebbe il potere contrattuale dei cittadini, che potrebbero direttamente scegliere ed acquistare i servizi. La competizione sul mercato socio-sanitario porterebbe ad un miglioramento della qualità dell'offerta. Inoltre si sostiene che tale accentramento dell'amministrazione sanitaria aumenterebbe l'efficienza della spesa sanitaria e dettrminerebbe un forte decentramento delle unità di offerta.

E' in riferimento a tale disegno istituzionale che possono essere analizzate le cosiddette A.S.S.I.

Il grafico n. 4 consente di visualizzare l'insieme delle Aziende che funzionerebbero in ciascuno degli 11 ambiti provinciali della Regione Lombardia.

#### **Grafico n. 4**

## **LOMBARDIA: SISTEMA DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI A LIVELLO LOCALE**



Con questa ridefinizione legislativa, alla scomposizione fra servizi sanitari territoriali e servizi ospedalieri aggiunge l'ulteriore separazione del sistema organizzativo dei servizi sociali. In buona sostanza attraverso tale modello istituzionale gli enti gestori dei servizi socio-sanitari locali sarebbero tre: le Aziende Ospedaliere; le Aziende USL; e le Aziende per i Servizi Socio-assistenziali Integrati.

Sotto il profilo amministrativo l' A.S.S.I. verrebbe configurata quale Consorzio obbligatorio dei Comuni con i seguenti organi:

- Assemblea, composta dai sindaci o dagli assessori nei Comuni consorziati;
- Comitato di Direzione quale organo esecutivo;
- Presidente in qualità di legale rappresentante;
- Direttore, nominato dal Comitato di Direzione all'interno di un elenco di aventi titolo tenuto aggiornato dalla Giunta Regionale e un Revisore dei Conti.

Sotto il profilo delle competenze l'A.S.S.I. eserciterebbe le funzioni psico-sociali precedentemente svolte dalle Unità Socio-Sanitarie Locali nonché quelle eventualmente ad esse affidate dai Comuni. Le aree di attività identificate nel progetto di legge sono le seguenti: programmazione delle attività socio-assistenziali; minori a rischio in rapporto con la magistratura minorile ed ordinaria; assistenza familiare agli ex-detenuti; interventi psico-sociali ed educativi per tossicodipendenti ed alcoolisti; attività consultoriali; supporto e promozione della famiglia; inserimento sociale e lavorativo di soggetti a rischio di emarginazione; interventi socio-assistenziali per dimessi da ospedali psichiatrici e per malati psichici; interventi psico-sociali, educativi e assistenziali per portatori di handicap; valutazione geriatrica ed assistenza domiciliare integrata per gli anziani; inserimento ed integrazione sociale di immigrati; funzioni socio-assistenziali a rilievo sanitario in accordo con le Aziende USL; assegnazione di contributi agli enti erogatori di prestazioni; disciplina dell'accesso dell'utenza ai servizi; stipula di convenzioni; verifica e certificazione degli standard socio-assistenziali.

Le critiche da portare a tale modello sono sostanzialmente di due tipi. Sotto il profilo istituzionale i margini di autonomia dei Comuni verrebbero fortemente ridotti, dovendo essi scegliere, in caso di gestione associata, il Consorzio obbligatorio, invece delle altre forme associative previste dalla Legge 142/1990 (in particolare le Convenzioni intercomunali o i Consorzi facoltativi). La disintegrazione istituzionale prefigurata obbligherà le tre Aziende a stipulare convenzioni amministrative fra di loro, proprio per potere riorganizzare l'integrazione socio-sanitaria che verrebbe persa con tale legislazione.

Sotto il profilo della cultura dei servizi il danno che verrebbe arrecato sarebbe gravissimo. Con questo modello si rafforza la creazione di un sistema di offerta frammentato ed orientato sulle prestazioni, piuttosto che sul benessere della collettività. E' del tutto evidente che la prefigurata separazione fra sanità e servizi socio-assistenziali penalizza soprattutto questi ultimi. Uno degli effetti più disastrosi della frammentazione dei sistemi di servizio consiste nella loro autoreferenzialità: ogni singola istituzione si connota per il proprio prodotto e perde di vista l'unitarietà del processo di aiuto socio-sanitario, proprio in quanto è orientata sulla propria singola prestazione. Detto in modo diverso, i servizi sociali sono tali se producono socialità all'interno di progetti integrativi. Con la creazione dell' A.S.S.I. si va a costituire una tecno-struttura che colpirebbe tutto quel vasto ed articolatissimo sistema del privato-sociale (cooperative sociali, organizzazioni di volontariato e associazionismo socio-sanitario) che è prevalentemente composto da piccole realtà radicate nelle comunità locali e che proprio in quanto tali riescono a svolgere la loro funzione relazionale. Queste realtà organizzative senza fini di lucro difficilmente potranno competere con le organizzazioni private che tenderanno a "vendere" singole prestazioni a minor prezzo.

## **Conclusioni**

Certamente l'analisi precedentemente condotta è solo un parziale contributo alla conoscenza delle attuali linee di ridefinizione del sistema locale dei servizi socio - sanitari.

Infatti la lettura comparativa della legislazione regionale è insufficiente a comprendere le reali ed autonome strategie che i Comuni italiani realizzeranno in questo nuovo contesto. A tutt'oggi è possibile dire che, mentre negli anni '70 ed '80 il quadro normativo statale era tendenzialmente orientato alla integrazione istituzionale ed organizzativa dei servizi sanitari, negli anni recenti si è affermata la tendenza a separare strutturalmente il circuito della spesa sanitaria, cui corrispondono propri apparati di servizio, da quello della spesa sociale, in capo alla rete delle autonomie locali.

In tale quadro normativo complessivo le regioni hanno operato scelte diversificate che esprimono specifiche opzioni di politica dei servizi. Schematicamente è possibile identificare le seguenti scelte:

- sola previsione della delega dei servizi sociali comunali alle Aziende Usl;
- incentivi e sostegni alla integrazione dei servizi, attraverso le libere forme associative degli enti locali (convenzioni intercomunali e consorzi volontari) che interagiscono con i Distretti dell' Azienda Usl;
- netta scissione fra rete dei Comuni, titolari dei servizi sociali, e rete delle USL, titolari dei servizi sanitari;
- costituzione di una Azienda titolare dei servizi sociali sulla quale verrebbero esternalizzate le attività socio-assistenziali delle Aziende Usl e quelle dei Comuni.

Lo sviluppo dei servizi socio-sanitari sarà determinato negli anni futuri dalle azioni organizzative che effettueranno le Aziende Usl, ormai configurate come macrostrutture fortemente centrate sul prodotto sanitario, e da quelle della rete frammentata dei Comuni. Le regioni stanno completando l'assetto istituzionale entro cui potranno determinarsi

le strategie di produzione dei servizi. La sfida per creare risposte a bisogni crescenti in un quadro di risorse decrescenti continua. E diventa sempre più necessario progettare le forme più idonee per interconnettere fra di loro le istituzioni.