

## ASSETTI ISTITUZIONALI DEI SERVIZI IN TRASFORMAZIONE: LA LEGISLAZIONE DELLA REGIONE LOMBARDIA

Paolo Ferrario – esperto nel settore delle politiche dei servizi sociali

Nell'evoluzione dei servizi socio-sanitari si intrecciano vari aspetti: le trasformazioni dei bisogni, la dimensione istituzionale, quella amministrativa ed organizzativa, il ruolo delle professioni di aiuto, la partecipazione dei soggetti sociali alla creazione delle risorse. Una ricognizione sugli strumenti normativi assume significato se è assunta in tale quadro. Nello Stato costituzionale alcuni bisogni dei cittadini ricevono una particolare protezione: la loro soddisfazione non è legata a un processo di domanda/offerta (il mercato), ma al riconoscimento giuridico da parte dello Stato e della pubblica amministrazione di alcuni diritti fondamentali. In tal senso l'analisi della legislazione può rendersi utile per conoscere ed utilizzare le regole di funzionamento delle istituzioni che hanno il compito di organizzare ed offrire alcuni servizi fondamentali. In questo articolo sarà preso in considerazione l'assetto istituzionale ed organizzativo del settore socio-sanitario nella Regione Lombardia, nell'ambito delle più recenti innovazioni a livello statale.

### **Sviluppo dei servizi socio-sanitari in Italia**

Qualche cenno storico può essere utile per capire i momenti chiave del dibattito culturale e legislativo in atto. Una prima fase importante è ascrivibile agli anni '70. In questo decennio gli eventi più rilevanti sono stati la costituzione delle Regioni a statuto ordinario, il primo avvio di servizi riferiti a particolari aree problematiche (anziani, handicap, tossicodipendenze, minori, psichiatria) e la creazione delle Unità Sanitarie Locali. Tuttavia la riforma sanitaria (L. 833/78) non fu accompagnata da una analoga riforma del settore sociale. Negli anni si susseguirono in Parlamento molti progetti di legge, che però non trovarono le necessarie convergenze politiche per l'approvazione.

Una seconda fase è riferibile agli anni '80, durante i quali furono approvate le leggi regionali di riordino delle funzioni socio-assistenziali, che agirono su vari livelli:

- decentramento e individuazione degli ambiti territoriali adeguati alla programmazione e gestione dei servizi
- promozione di una politica dei servizi orientata alla lotta contro l'emarginazione, al ridimensionamento dei grandi istituti di ricovero ed alla creazione di una rete di servizi territoriali, domiciliari e residenziali personalizzati
- regolazione della suddivisione di competenze in materia socio-sanitaria fra Comuni ed Unità Sanitarie Locali

Sotto il profilo amministrativo quest'ultimo tema è fra i più rilevanti, in quanto le due istituzioni fondamentali per l'erogazione dei servizi alla persona sono per l'appunto il Comune e l'Unità Sanitaria Locale.

Una terza fase è identificabile nei primi anni '90. In questo periodo è da segnalare la concomitanza di tre azioni legislative:

- il riordino del servizio sanitario nazionale
- la prima riforma del sistema delle autonomie locali (la seconda fase sta avvenendo in questi mesi con le cosiddette leggi Bassanini)
- l'allargamento delle responsabilità concernenti i servizi sociali, con il riconoscimento e promozione del volontariato e con la definizione del ruolo imprenditoriale delle cooperative sociali.

Si tratta di processi istituzionali molto complessi che qui sono solamente accennati allo scopo di mettere in evidenza i nuovi contesti entro i quali si strutturano le politiche regionali.

Con i decreti legislativi sulla sanità (n. 502/92 e n. 517/93) sono ridefiniti i ruoli delle Regioni ed il nuovo ordinamento delle Unità Sanitarie Locali. Alle Regioni competono la programmazione sanitaria, i criteri per il finanziamento, le attività di indirizzo, il controllo e la valutazione della qualità delle prestazioni.

Le Unità Sanitarie Locali assumono la posizione istituzionale di aziende dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Il più importante organo delle Aziende Sanitarie Locali è rappresentato dal Direttore Generale (coadiuvato da un Direttore Amministrativo, da un Direttore Sanitario ed eventualmente da un Coordinatore dei Servizi Sociali). Parallelamente al riordino del sistema sanitario, viene profondamente innovata la legislazione sulle autonomie locali. Innanzi tutto la L. 142/90 introduce l'autonomia statutaria dei Comuni e delle Province, demandando a tali enti la responsabilità di definire la regolamentazione di vari aspetti del proprio funzionamento, fra cui:

- attribuzioni delle funzioni e dei poteri degli organi fondamentali
- organizzazione interna
- forme di gestione dei servizi pubblici (in economia, in concessione a terzi, azienda speciale, istituzione, società miste)
- forme di collaborazione fra Comune e Provincia ed anche in rapporto alle altre istituzioni/organizzazioni del territorio
- partecipazione popolare e valorizzazione del volontariato.

In sintesi, la legge attribuisce poteri di autorganizzazione interna agli enti locali territoriali e pone le basi per definire un forte ruolo promozionale e gestionale in capo ai Comuni. In particolare spettano al Comune tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione ed il territorio comunale con riferimento anche al settore organico di servizi sociali (art. 9). Quindi le funzioni amministrative attinenti a tale comparto spettano al Comune, che può esercitarle in ambiti territoriali adeguati, attuando forme sia di decentramento, sia di cooperazione con altri Comuni e con la Provincia (tramite convenzioni intercomunali, consorzi, accordi di programma).

I succitati enti pubblici a livello locale si confrontano con i soggetti del privato-sociale (cooperative sociali e volontariato), che rappresentano bisogni, interessi e valori delle comunità di appartenenza.

La relazione istituzionale fra Comuni ed Azienda Sanitaria costituisce un nodo critico per lo sviluppo delle reti dei servizi. Infatti, la L. 833 affidava ai Comuni un ruolo forte anche sui servizi sanitari, mentre oggi la politica sanitaria a livello locale si fonda sulla figura del Direttore Generale, di scelta regionale. Si è in presenza dunque di un rafforzamento dei poteri regionali in rapporto alle Aziende Sanitarie e ad un ridimensionamento del ruolo dei Comuni, cui non viene riconosciuta pienamente la funzione di espressione del bisogno sanitario delle comunità locali.

Gli orientamenti della legislazione lombarda si collocano all'interno di questo articolato quadro istituzionale.

### **La riorganizzazione del servizio socio-sanitario in Lombardia**

Con la L.R. 11.7.1997 n. 31 la Regione Lombardia ha definito le proprie norme per il riordino del servizio socio-sanitario regionale e la sua integrazione con le attività dei servizi sociali. Dalla successiva ricostruzione si vedrà come è stata data una interpretazione per così dire estremizzata dei decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93.

E' opportuno ripercorrere questa legislazione attraverso i suoi punti più controversi.

*Dimensione provinciale delle Aziende Sanitarie.* Su un territorio con circa nove milioni di abitanti sono state create 14 Aziende Sanitarie con dimensioni estremamente ampie (in alcuni casi fino a 800.000 abitanti) e 26 Aziende Ospedaliere. Se da una parte è vero che la legislazione statale fa riferimento alla dimensione provinciale delle A.S.L., è altrettanto vero che essa permette scelte diverse in rapporto alle situazioni demografiche. In Lombardia le province hanno una popolazione media ben superiore a quelle di altre province italiane: ad esempio Mantova ha 365.000 abitanti, Como 528.000, Varese 800.000, Bergamo 930.000, Brescia 1.050.000, Milano 3.800.000.

La scelta della dimensione provinciale delle A.S.L. (tranne per il caso di Milano in cui vengono create 4 A.S.L.) non era dunque un obbligo nazionale, bensì un orientamento collegato al fatto che tali enti dovrebbero diventare non più erogatori, ma solo pagatori di servizi organizzati ed offerti da altri soggetti pubblici e privati.

Il territorio gioca un ruolo determinante nella costituzione dei servizi alla persona, in quanto l'attuale estensione demografica dei Comuni non consente, data la loro forte differenziazione, di individuare un livello adeguato sia alla gestione organizzativa sia allo sviluppo della partecipazione dei cittadini. La legislazione degli anni '70 aveva tentato di risolvere questo problema con la creazione di una rete di unità sanitarie che svolgesse anche una funzione nell'ambito dei servizi sociali.

La Regione Lombardia, orientandosi verso aziende sanitarie dimensionate su base provinciale, necessariamente ottiene l'effetto di allontanare ulteriormente il sistema dei Comuni da quello della sanità. Sotto il profilo storico occorre ricordare che in Lombardia si è passati dalle 85 Unità Socio-sanitarie Locali del 1980 alle 44 del 1993, per arrivare alle attuali 14 Aziende. Un simile processo di azionamento ha una fortissima influenza sulle problematiche organizzative: mutamenti così rilevanti nel corso di circa un decennio comportano costanti ridefinizioni delle collocazioni professionali e, conseguentemente, del lavoro sociale. *Allentamento dell'integrazione socio-sanitaria.* La Regione Lombardia, assieme ad altre Regioni italiane, aveva elaborato un modello istituzionale che si era misurato con il problema dell'integrazione socio-sanitaria. Pur in presenza di un quadro istituzionale che differenzia le competenze amministrative delle USL da quelle dei Comuni, erano promossi i rapporti tra le due istituzioni allo scopo di creare coordinamenti, collaborazioni, rapporti inter - organizzativi. La nuova normativa è particolarmente finalizzata a differenziare gli ambiti di competenza:

- attività sanitaria "pura", di competenza delle Aziende Sanitarie
- attività socio-assistenziale "pura" di competenza degli enti locali
- attività "mista" (socio-assistenziale di rilievo sanitario) affidata ad un dipartimento dell'Azienda Sanitaria.

Il nuovo assetto istituzionale, dunque, comporta l'effetto di frammentare ulteriormente le reti dell'offerta. Tale decisione, infatti, causerà modifiche rilevanti in quei settori dove si presenta con più forza la necessità dell'integrazione fra gli interventi sanitari, sociali, educativi come l'handicap, la malattia mentale, la tossicodipendenza, la non autosufficienza. In proposito occorre ricordare che l'assistenza psichiatrica è stata affidata non già alle Aziende Sanitarie, bensì alle Aziende Ospedaliere, provocando così un ulteriore processo di separazione degli interventi.

In tale contesto, l'ente Comune si configura sempre più come un soggetto radicalmente marginale rispetto alle A.S.L. e nettamente estraneo rispetto alle Aziende Ospedaliere.

*Funzione dei distretti sanitari.* In rapporto alle dinamiche istituzionali sopra descritte diventa ancora più rilevante il ruolo del distretto sanitario. Nella L.R. 31/1997 esso è definito come "l'articolazione organizzativa

su base territoriale, il cui scopo è di assicurare il coordinamento permanente degli operatori e delle relative funzioni, la gestione dell'assistenza sanitaria, dell'educazione sanitaria, dell'informazione e prevenzione e delle attività socio-assistenziali attribuite alla competenza delle ASL o delegate dai Comuni, dalle Province o dalla Regione”.

La soglia dimensionale dei distretti è cresciuta nel corso del tempo:

- 1980: 5.000-15.000 ab.; 15.000-40.000 ab. nelle aree urbanizzate
- 1993: 20.000-40.000 ab.; non meno di 40.000 ab. nelle aree urbanizzate
- 1997: non meno di 40.000 ab.; non meno di 100.000 ab. in zone ad alta intensità abitativa; minimo 15.000 ab. in zone montane o a scarsa densità abitativa

In questi territori occorre ricercare le strategie per lo sviluppo dei servizi alla persona. Gli ambiti adeguati per questi processi non possono essere solamente i Comuni, data la già descritta eterogeneità demografica e funzionale, e neppure le macroscopiche Aziende sanitarie locali. Nel nuovo contesto amministrativo il distretto sembra essere uno spazio entro il quale è possibile ricercare la comunicazione fra i soggetti sociali ed istituzionali.

C'è tuttavia un problema di natura decisionale di cui tenere conto: la distrettualizzazione dell'ASL è di competenza del direttore generale, che, necessariamente, sarà portato a considerare prevalentemente le esigenze interne al campo sanitario. Nello stesso tempo, una volta che saranno disegnati i confini organizzativi del distretto, in quello spazio si creerà una potenziale aggregazione di Comuni, i quali potrebbero avere, se opportunamente motivati e sostenuti, strategie associative e cooperative nell'interesse della cittadinanza. Occorre cioè rendere compatibile una decisione tecnica di competenza del direttore generale, nell'ambito del piano di organizzazione dell'Azienda con i più generali e complessivi processi di ascolto dei bisogni, di valorizzazione delle risorse sociali e di decisione democratica di pertinenza delle amministrazioni comunali.

*Libertà del cittadino di scegliere tra pubblico e privato.* La L.R. 31 afferma il principio della piena parità dei diritti e dei doveri fra i soggetti erogatori accreditati di diritto pubblico e di diritto privato nell'ambito della programmazione regionale (art.1 c. 1 e art. 8 c. 12). Se tale principio è condivisibile, la realtà insegna comunque come nella sanità la scelta del cittadino abbia un percorso più complicato e sia normalmente delegata alla competenza del medico, alla celerità di risposta diagnostica o clinica e come, a volte, più che al contenuto del servizio si guardi alla sua immagine esteriore. La legge, facilitando e accentuando la facilità di accesso al privato, risponde certamente ad alcune esigenze immediate, ma essa va giudicata per quello che potrà provocare nel settore, quando il sistema sarà a regime. Infatti, una volta che l'utenza si sarà ridistribuita, essendo oggi il pagamento in base alle prestazioni e non avendo posto alcun onere reale di corresponsabilizzazione a garanzia della salute del cittadino, saranno gli enti erogatori che potranno, col tempo, scegliersi il malato più conveniente (specializzandosi nelle prestazioni più remunerative, oppure, per lo stesso tipo di malattia, privilegiando il giovane rispetto all'anziano, avendo quest'ultimo maggiori rischi di complicazione). Un sistema che passa dalla concezione esclusivamente pubblicistica (cui partecipa il privato) ad una mercantile-commerciale dovrebbe coinvolgere tutti nella responsabilità delle prestazioni più onerose, come il pronto soccorso, la rianimazione, la riabilitazione. L'obiettivo di questa legislazione è esplicito e consiste nel creare un “mercato della sanità”, entro il quale il gioco della domanda e dell'offerta dovrebbe selezionare i migliori produttori di sanità. Tale concezione si fonda sul passaggio concettuale e culturale *dalla tutela della salute* (prevenzione e cura, riabilitazione) *all'intervento sulla sola malattia acuta.*

Secondo tale modello la malattia è come una merce e la risposta al bisogno tenderà a dipendere dalla sua convenienza economica per il gestore, quantificata nei pagamenti delle prestazioni..

*Azienda sanitaria e Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate.* Il principio di parità fra pubblico e privato va a configurare un'Azienda Sanitaria che è innanzi tutto titolare delle risorse finanziarie derivanti dalla somma delle quote capitarie dei cittadini residenti. In tale modello l'ASL diventa un soggetto che svolge prevalentemente una funzione amministrativa dei servizi sanitari (allo stesso modo in cui svolgevano tale funzione gli enti mutualistici prima della riforma sanitaria): da una parte essa eroga direttamente le prestazioni per mezzo dei propri servizi, dall'altra acquista (o meglio finanzia) le prestazioni offerte dai soggetti erogatori esterni pubblici o privati.

L'ASL associa dentro di sé una pluralità di funzioni:

- esercizio delle attività sanitarie, tramite il dipartimento di prevenzione e il dipartimento dei servizi sanitari di base
- gestione delle attività sociali eventualmente delegate dagli enti locali e delle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, tramite il dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate (A.S.S.I.)
- attività di vigilanza e controllo di tutte le unità di offerta, pubbliche e private, socio-assistenziali e socio-sanitarie e attività di vigilanza sul funzionamento delle istituzioni pubbliche e private di assistenza e beneficenza, sulle organizzazioni di volontariato socio-assistenziale e sulle persone giuridiche private operanti nel settore socio-assistenziale (art. 2, c. 7).

Sul piano organizzativo questo avviene tramite un "piano di organizzazione" adottato dal direttore generale dell'ASL.

Il dipartimento per le A.S.S.I. ha l'obiettivo di "assicurare l'integrazione delle funzioni sanitarie con quelle socio-assistenziali di rilievo sanitario, attribuite o delegate all'ASL" (art. 8, c. 10) ed il suo funzionamento è definito mediante un regolamento che dovrà essere approvato dal consiglio regionale. Per la gestione delle suddette attività, il direttore generale dell'ASL nomina il direttore sociale con compiti di direzione e coordinamento.

In sintesi la legislazione lombarda ha strutturato un sistema socio-sanitario che presenta caratteri di centralismo regionale e di forte frammentazione delle istituzioni che offrono i servizi. Un simile modello rende difficili le cooperazioni a livello locale fra la rete dei comuni e quella delle Aziende sanitarie ed ospedaliere. Per questi motivi sono di estremo interesse le riforme che si profilano a livello statale, in quanto potrebbero correggere i limiti evidenziati in questo contesto normativo.

### **Servizi socio-sanitari: prospettive in corso**

Nella seconda metà degli anni '90 si è entrati in una nuova fase di innovazione. Trattandosi di processi istituzionali in corso di definizione è opportuno indicarne sommariamente le caratteristiche salienti e seguire i successivi momenti realizzativi.

Per quanto riguarda il *sistema sanitario* è già stata approvata dalla Camera ed è in corso di esame alla Commissione Sanità del Senato una delega legislativa al Governo per modificare i decreti legislativi 502/92 e 517/93. Fra i criteri di modifica sono da segnalare:

- il rafforzamento del ruolo dei Comuni nella partecipazione alla programmazione socio-sanitaria, per ciò che concerne la verifica dell'efficienza e la considerazione delle esigenze delle comunità locali
- la possibilità per i Comuni, facendo fronte con proprie risorse, di contrattare con le Aziende Sanitarie livelli di assistenza superiore di quelli garantiti a livello regionale

- forme e modalità di partecipazione dei Comuni alla spesa socio-assistenziale.

La delega contiene anche altre norme, fra cui la revisione delle modalità per l'autorizzazione a realizzare strutture sanitarie; criteri per l'accreditamento attraverso la individuazione di standard minimi di strutture, attrezzature e personale; nuovi criteri di individuazione delle Aziende USL ed ospedaliere; revisione dell'attuale sistema dei DRG prevedendo anche "livelli di spesa per piani di attività"; regolazione delle forme collaborative fra le strutture pubbliche e tra queste ed i privati, con particolare riferimento al privato-sociale non profit; criteri per l'individuazione della dirigenza sanitaria e non medica.

Per quanto riguarda il *sistema delle autonomie locali*, con le Leggi 59/1997 e 127/1997 è in corso un processo di rafforzamento dei poteri amministrativi regionali e locali. Il recente Decreto Legislativo 112/1998, applicativo delle suddette leggi, procede alla ripartizione delle competenze fra Stato e Regioni in vari campi dell'azione amministrativa fra cui anche quello dei servizi sociali. Viene istituito il Fondo nazionale per le politiche sociali in cui confluiscono le risorse statali e le regioni dovranno adottare leggi di puntuale individuazione delle funzioni trasferite o delegate ai comuni ed agli enti locali in varie materie: minori, inclusi i minori a rischio di attività criminose; giovani; anziani; famiglia; portatori di handicap; tossicodipendenti e alcooldipendenti; invalidi civili. In seguito a questa normativa statale dovranno essere rielaborate ed aggiornate al nuovo contesto le leggi di riordino dei servizi sociali emanate negli anni '80.

I citati testi normativi determinano una riassetto delle competenze: rispondono alla domanda "chi svolge le funzioni". Tuttavia il fatto di avere avviato questo forte processo di cambiamento dei poteri locali rende ancora più necessaria l'adozione di una legge sui *contenuti delle politiche sociali*. Nel merito il Consiglio dei ministri ha recentemente definito uno schema di disegno di legge per la realizzazione del "sistema integrato di interventi e servizi sociali", che si affianca ad un testo unificato parlamentare, ed è iniziato il procedimento di discussione ed approvazione che dovrebbe concludersi nei primi mesi del 1999, dopo l'approvazione della legge finanziaria.

I punti chiave di tale testo legislativo sono:

- obiettivi e diritti: realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi per garantire pari opportunità e diritti di cittadinanza individuale e sociale e per l'eliminazione o riduzione delle condizioni di bisogno e di disagio; introduzione della Carta dei servizi sociali dove verranno indicati i diritti degli utenti, gli standard dei diritti esigibili, le procedure di reclamo e informazioni necessarie per l'utenza
- bisogni ad elevata intensità assistenziale: a complemento delle competenze del servizio sanitario nazionale nei confronti dei malati acuti e cronici compresi quelli non autosufficienti, viene determinata annualmente una quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti allo scopo di sostenere e favorire l'autonomia dei singoli e del nucleo familiare. Inoltre per realizzare la piena integrazione delle persone disabili nell'ambito della vita familiare e sociale, i comuni, di intesa con le Aziende unità sanitarie locali, provvedono alla redazione di progetti individuali per ciascun soggetto handicappato (valutazione diagnostico-funzionale; prestazioni di cura e riabilitazione; servizi personali finalizzati al recupero funzionale e sociale; misure economiche per il superamento delle condizioni di emarginazione e povertà)
- soggetti: all'offerta dei servizi provvedono sia soggetti pubblici sia soggetti privati, organismi di utilità sociale non lucrativi, organismi di cooperazione, associazioni di volontariato, fondazioni, cooperative sociali, enti di patronato
- finanziamento e programmazione: viene adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti e la verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia.

A livello statale la regolazione del sistema avviene mediante la ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali e il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali (livelli essenziali di prestazioni e servizi; criteri generali per l'attuazione della rete di interventi e servizi di integrazione sociale; priorità di intervento mediante l'individuazione di progetti obiettivo e di azioni programmate; linee guida per le azioni, linee guida per la diffusione di informazione ai cittadini e alle famiglie; misure ed indicatori per la verifica dei livelli di integrazione sociale; criteri per la disciplina del concorso al costo dei servizi)

- enti locali: i comuni diventano luogo di governo delle politiche sociali in quanto titolari e promotori delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale (erogazione dei servizi; autorizzazione, vigilanza e controllo della rete locale; progettazione e realizzazione del modello di servizi a rete; promozione delle risorse delle collettività attraverso forme di collaborazione con i soggetti del territorio; adozione di strumenti per il controllo di gestione volto a valutare l'efficacia ed i risultati). I servizi e i relativi processi assistenziali vengono accreditati dai comuni utilizzando i requisiti qualitativi definiti dalle regioni sulla base di linee guida emanate dal Ministro per la solidarietà sociale
- ambiti territoriali di programmazione e gestione: le regioni devono determinare gli ambiti territoriali di base e gli strumenti per la gestione unitaria delle reti. In ogni ambito territoriale devono essere garantiti i servizi di segretariato sociale; il pronto intervento sociale per le emergenze personali e familiari; servizi di assistenza domiciliare; strutture intermedie a carattere diurno; centri di accoglienza residenziale a carattere comunitario. La realizzazione di questo obiettivo richiederà l'incentivazione dell'associazionismo fra gli enti locali
- collaborazioni inter-istituzionali: vengono favorite le concertazioni fra autonomie locali, regioni e stato. Tali modalità collaborative riguardano anche i rapporti con le Aziende unità sanitarie locali per le prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria comprese nei livelli uniformi delle prestazioni sanitarie.

E' piuttosto chiaro l'intento di questa riforma: sostenere un sistema di welfare a livello locale che valorizzi tutte le risorse presenti nel territorio. E' un obiettivo importante che richiederà attenzione, informazione, formazione, sostegno e cura dei processi realizzativi.