

I SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI DEL PIEMONTE ALLA LUCE DELLE RECENTI NORME FINANZIARIE E SUL FEDERALISMO

MAURO PERINO *

Premessa

La sensazione che qualche volta si prova, quando si è lavorato per lungo tempo nel settore dell'assistenza sociale, è di stare compiendo un percorso circolare. Una sorta di "gioco dell'oca" nel quale accade di ritrovarsi su caselle già visitate e poi abbandonate (a volte con soddisfazione ed altre con rammarico). È il caso – sul quale proporrò alcune riflessioni in questo articolo – degli assetti amministrativi e gestionali che i servizi socio-assistenziali della Regione Piemonte hanno assunto nel tempo per arrivare all'impianto attuale. Un impianto che viene messo nuovamente in discussione dalle recenti norme di contenimento della spesa pubblica e da quelle sul federalismo.

Dalle Unità locali di tutti i servizi ai Consorzi socio-sanitari

Sin dall'inizio, il problema con il quale il legislatore regionale ha dovuto confrontarsi, è stato quello – segnalato nel lontano 1970 dalle pagine di questa rivista – che *«la situazione dal 1961 ad oggi, a causa dell'emigrazione e della immigrazione, si è modificata nel senso che il numero di abitanti nei piccoli comuni è diminuito, ed è aumentato nei Comuni grandi. Questa situazione si è verificata anche nel Piemonte. Affermare di decentrare ai Comuni funzioni politico-amministrative significa pertanto non tenere conto della realtà estremamente diversa dei Comuni stessi, in quanto è indiscutibile ad esempio che i Comuni piccoli non sono in grado di svolgere alcuna funzione politico-amministrativa»* (1).

In quegli anni si sottolineava inoltre che *«se l'aspetto prioritario degli interventi sanitari e di quelli assistenziali è la prevenzione, sono allora evidenti i loro strettissimi legami, fatto che porta alla necessità di non separare gli interventi ma di unificarli in un unico servizio. D'altra parte occorre notare che una gran parte degli interventi dovrà essere effettuata nella scuola, per cui occorre anche uno stretto collegamento fra i servizi di prevenzione e la scuola, e altrettanto dicasi per quanto riguarda gli*

ambienti di lavoro, ecc. In ogni caso occorre evitare che vi sia uno stacco fra servizi di prevenzione e servizi curativi, condizione che si può ottenere ponendo tutti i servizi sociali sotto una direzione politica, direzione che dovrà evidentemente essere partecipata dai cittadini» (2).

La risposta al problema del ridotto dimensionamento dei Comuni piemontesi (3) ed alla necessità di garantire l'unitarietà della gestione e dell'amministrazione dei servizi doveva essere ricercata – sempre secondo questa rivista – nell'Unità locale dei servizi, non in quanto *«struttura tecnica per unificare alcuni servizi, ma (...) come un nuovo modello per un'esperienza di ente locale democratico, di natura politica, per una "rifondazione" del Comune, modello che, rispetto all'attuale Comune, si qualifica come area, come mezzi e come strumento di intervento, in modo tale da poter proporsi come momento reale ed efficace di organizzazione e gestione dei servizi, come risposta alle esigenze e ai bisogni di una popolazione che risiede o che lavora su di un determinato territorio»* (4).

Grazie alla mobilitazione di numerose organizzazioni sociali (5), il discorso sull'Unità locale dei ser-

(2) *Ibidem*.

(3) A tutt'oggi vi sono in Piemonte 1.206 Comuni. Di questi ben 1.072 (l'88,89%) hanno meno di 5.000 abitanti. Con riferimento alla popolazione censita nell'anno 2009 si rileva che, su un totale di 4.446.230 abitanti, i cittadini che risiedono in Comuni con meno di 5.000 abitanti sono 1.322.778 (il 29,75%). Fonte: elaborazione Ancitel (2010).

(4) Editoriale "Presupposti politici dell'Unità locale dei servizi e breve nota sul servizio di segretariato sociale", *Prospettive assistenziali*, n. 27, 1974.

(5) Nel febbraio 1975 le Acli, l'Arci-Uisp, l'Associazione sclerosi multipla, l'Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, l'Associazione nazionale famiglie e fanciulli subnormali, l'Associazione nazionale invalidi esiti di poliomielite, l'Associazione per i bambini sordi, l'Associazione nazionale assistenti sociali, l'Enars, l'Endas, la Lega per i poteri e le autonomie locali, il Sindacato pensionati, l'Unione donne italiane, l'Unione italiana per la promozione dei diritti del minore e per la lotta contro l'emarginazione sociale promuovono la raccolta di firme per la presentazione, con iniziativa popolare, della proposta di legge "Competenze regionali in materia di servizi sociali e scioglimento degli enti assistenziali". L'articolo 2 della proposta di legge prevede che *«i Comuni o Consorzi di Comuni sono preposti alla gestione dei servizi sociali mediante l'istituzione delle Unità locali dei servizi. Le Regioni entro il 1° gennaio 1976 provvedono a dettare le norme per la costituzione e il funzionamento delle Unità locali dei servizi garantendo il diritto dei cittadini di partecipare alla gestione dei servizi, il carattere decentrato dei servizi stessi nel territorio e l'organico collegamento nell'ambito territoriale con*

* Direttore del Cisap, Consorzio dei servizi alla persona dei Comuni di Collegno e Grugliasco (Torino).

(1) Cfr. "Regioni, Comuni, Province: partecipazione e servizi socio-assistenziali e sanitari", *Prospettive assistenziali*, n.11-12, 1970.

vizi esce, in quegli anni, dall'ambiente degli addetti ai lavori e, in Regione Piemonte, si traduce nella legge regionale n. 41 del 9 luglio 1976 con la quale si provvede alla "Definizione degli ambiti territoriali delle Unità locali dei servizi". Il territorio della Regione viene suddiviso nelle zone, indicate nell'allegato alla legge (articolo 1), che «*rappresentano la dimensione territoriale sulla quale si articola il complesso integrato di tutti i servizi di base che costituiscono, nel loro insieme, l'Unità locale dei servizi*» (articolo 2). «*La gestione è unica per tutti i servizi compresi nell'Unità locale ed è esercitata dai Comuni e dalle Comunità montane, in forma decentrata o consortile, in base alla dimensione delle singole zone nelle quali i Comuni e le Comunità montane sono inseriti*» (articolo 4). In attesa che la Regione provveda «*con apposite leggi, a delegare ai Comuni ed alle Comunità montane l'esercizio delle competenze regionali in materia di servizi*» (articolo 3) viene consentita la prosecuzione della gestione consortile dei servizi già operanti in Unità locali diverse, ove non in contrasto con gli indirizzi programmatici della Regione.

Sulla legge n. 41/1976 questa rivista esprime un giudizio complessivamente positivo. Viene però rimarcato che il provvedimento «*non (...) sembra sufficiente per raggiungere l'obiettivo: ottenere l'Unità locale di tutti i servizi*» e che, pertanto, occorre prevedere l'avvio, in tempi brevi, di «*altri appuntamenti*» che riguardino «*il piano ospedaliero, le deleghe in materia di servizi socio-assistenziali, sanitari, culturali, di biblioteche, di impianti sportivi e ricreativi, di giardini pubblici e spazi verdi, di opere di urbanizzazione, di case, ed ogni altra attività esercitabile a livello di Unità locale*» (6).

Purtroppo il legislatore regionale assume un diverso orientamento e, nell'anno successivo, viene approvata la legge regionale n. 39 dell'8 agosto 1977 con la quale si dettano le norme per la "Riorganizzazione e gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali". Della legge precedente rimane il riferimento alle zone, nell'ambito delle quali, «*la gestione unitaria delle funzioni riordinate ai sensi della presente legge è assicurata mediante il consorzio tra Comuni, o tra Comuni e Comunità montane, e per il Comune di Torino, mediante il decentramento amministrativo sub-comunale*» (articolo 5).

In buona sostanza, con la legge n. 39/1977 si accantona l'Unità locale dei servizi (di tutti i servizi) – che questa rivista intendeva come «*il complesso dei servizi sanitari, scolastici, abitativi, sociali, cul-*

tutti gli altri servizi di base in una globale politica di programmazione».

(6) "Avviata dalla Regione Piemonte l'Unità locale di tutti i servizi", *Prospettive assistenziali*, n. 35, 1976.

turali, ricreativi, ecc., gestiti dai Comuni o consorzi di Comuni o articolazioni sub-comunali aventi una dimensione territoriale comprendente all'incirca 50.000 abitanti, con la partecipazione delle forze sociali del territorio» (7) – per dare luogo alla formazione di Consorzi settoriali. Con ciò ignorando il monito che «*con la creazione di unità locali distinte per settore e soprattutto se ognuna di esse avrà una sua personalità giuridica (unità sanitaria locale, unità locale dei servizi assistenziali, unità locale dei servizi scolastici, unità locale dei servizi abitativi, magari l'unità locale dei servizi culturali e ricreativi, ecc.) si opera in primo luogo lo svuotamento delle competenze dell'organo elettivo il più a contatto con i cittadini, il Comune, e in secondo luogo si settorializzano i problemi, rendendo ancora più difficili gli interventi a monte che sono indispensabili se si vogliono eliminare le cause che provocano la richiesta di assistenza*» (8).

Nell'estremo tentativo di ovviare alla settorializzazione delle competenze prevista dalla legge n. 39/1977, viene lanciata la proposta di legge regionale di iniziativa popolare "Riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali e costituzione delle Unità locali di tutti i servizi" presentata al Consiglio della Regione Piemonte il 21 luglio 1978, il cui articolo 2 prevedeva, al 1° comma, quanto segue: «*Al fine di evitare una gestione della sanità e dell'assistenza separata dagli altri servizi e allo scopo di consentire ad un unico organo di governo locale di intervenire sugli altri settori della vita sociale, la Regione provvederà entro un anno dall'entrata in vigore della presente (proposta di) legge a costituire l'Unità locale di tutti i servizi*». Purtroppo l'iniziativa, soprattutto a causa dell'opposizione del Partito comunista italiano, non trova alcuna considerazione (9).

(7) Editoriale "Unità locale e servizi onnicomprensivi", *Ibidem*, n. 20, 1972.

(8) *Ibidem*.

(9) La proposta di legge regionale era stata promossa dal Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) di cui facevano parte le seguenti organizzazioni: Acli, Aias (Associazione italiana assistenza spastici), Anfaa (Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie), Anffas (Associazione nazionale famiglie e fanciulli subnormali), Centro Maran Atà, Cipe (Centro informazioni politiche ed economiche), Comitato per l'integrazione scolastica degli handicappati, Coordinamento dei Comitati di quartiere, Gruppo Abele, Unione italiana ciechi, Ulces (Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale). Alla proposta di legge avevano dato la loro adesione le Segreterie regionali e provinciali di Torino di Cisl e Uil; le Segreterie provinciali ospedaliere Fiso-Cisl e Uil-Uisao di Torino; Ezio Gallina, Presidente regionale delle Acli; Giorgio Perinetti, Presidente del Comitato provinciale torinese dell'Aics (Associazione italiana cultura e sport); Alfredo Morabito, Presidente del Comitato provinciale del Centro sportivo italiano di Torino; Carmelina Nerola, segreteria provinciale Acli-Enars di Torino; il Comitato didattico della Scuola superiore di servizio sociale della Provincia di Torino; gli opera-

Dai Consorzi socio-sanitari alle Unità socio-sanitarie locali

Del resto, in quel periodo, viene approvato il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 24 luglio 1977, "Attuazione della delega di cui all'articolo 1 della legge 22 luglio 1975, n. 381" che, all'articolo 25, oltre ad assegnare ai Comuni le funzioni amministrative relative all'organizzazione ed all'erogazione dei servizi di assistenza e beneficenza, stabilisce che sia la Regione a determinare «con legge, sentiti i Comuni interessati, gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione fra gli enti locali territoriali, e, se necessario, promuovendo ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione forme anche obbligatorie di associazione fra gli stessi». Nel testo si precisa inoltre che «gli ambiti territoriali di cui sopra devono concernere contestualmente la gestione dei servizi sociali e sanitari».

Con il decreto si pongono le basi per l'assunzione, in tutto il territorio nazionale, del modello delle Unità locali di settore. Modello che viene poi formalmente introdotto con la successiva legge n. 833 del 23 dicembre 1978, "Istituzione del Servizio sanitario nazionale". L'articolo 10 della legge di riforma stabilisce infatti che «alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di Unità sanitarie locali. L'Unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del Servizio sanitario nazionale (...). Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i Comuni, singoli o associati, o le Comunità montane articolano le Unità locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento». Legge regionale che – come disposto dall'articolo 15 – «stabilisce altresì norme per la gestione coordinata ed integrata dei servizi dell'Unità sanitaria locale con i servizi sociali esistenti nel territorio».

tori dell'Ufficio distrettuale di servizio sociale per i minorenni di Torino; l'assemblea donne Asm; Emilio Germano, Presidente della Sezione minorenni della Corte di Appello di Torino. Le firme raccolte erano state 13.167 (ne occorreavano 8.000). Cfr. "Presentata la proposta di legge regionale di iniziativa popolare 'Riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali e costituzione delle Unità locali di tutti i servizi'", *Prospettive assistenziali*, n. 43, 1978. In questo articolo sono riportate la relazione e il testo della proposta di legge, la nota del Pci del 14 febbraio 1978, nonché le precisazioni di Cesare Delpiano, Segretario generale della Cisl di Torino, di Bianca Guidetti Serra (secondo e terzo firmatario dell'iniziativa popolare) e del Csa. Il primo firmatario della proposta di legge era Giuseppe Reburdo, Presidente delle Acli di Torino.

È così che ai Consorzi socio-sanitari subentrano le Unità sanitarie locali alle quali – dopo pochi anni ed a seguito dell'approvazione della legge regionale n. 20 del 23 agosto 1982, "Indirizzi e normative per il riordino dei servizi socio-assistenziali della Regione Piemonte" – viene assegnata anche la «gestione coordinata e integrata dei servizi socio-assistenziali e sanitari» stabilendo, ai sensi dell'articolo 8, che con l'entrata in vigore della stessa «il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi sociali e sanitari assume la denominazione "Unità socio-sanitaria locale" (Ussl)».

Nella prima fase del percorso di attuazione della legge regionale n. 20/1982 la logica dello "strumento unico" trova ampio consenso tra gli operatori del settore sociale, tra gli operatori di base del settore sanitario ed è anche condivisa da molti amministratori locali. L'integrazione amministrativa e gestionale tra i due comparti viene da molti considerata un primo passo nella direzione di un auspicato successivo allargamento delle competenze al complesso delle attività educative, culturali, ricreative e di promozione dello sviluppo economico e territoriale. L'esercizio di tali funzioni rimane però riservato ai Comuni (anche a quelli che, a causa del ridotto dimensionamento, non risultano in grado di svolgerle). Nella sostanza, si prende ben presto atto della difficoltà di connettere e coordinare, a livello locale, le politiche per i deboli, con le politiche per tutti o, per meglio dire, di far sì che nel formulare le politiche per tutti venissero considerate, nel giusto modo, le esigenze ed i diritti dei più deboli (10).

In ogni caso la scelta di porre l'amministrazione e la gestione delle funzioni comunali (sanitarie e socio-assistenziali) in capo alle Unità socio-sanita-

(10) «L'ipocrisia imperante non risparmia il problema delle autonomie locali. Negli ultimi dieci-quindici anni, due sono stati i perni delle lotte per le riforme della sanità e dell'assistenza: il superamento della miriade di enti, organi e uffici esistenti; l'unificazione di tutte le competenze dei Comuni. Sono questi, infatti, gli enti più vicini ai cittadini e perciò più controllabili, anche perché i loro amministratori sono democraticamente eletti con votazioni di primo grado. Ma la situazione dei Comuni italiani non è per nulla omogenea. Vi sono Comuni troppo grandi (...) che non consentono una vera partecipazione di base. Altri – la stragrande maggioranza – sono così piccoli, da non essere in grado di gestire autonomamente tutti i servizi. (...) Ecco, dunque, la necessità di prevedere la creazione di aree omogenee con una dimensione e un numero di abitanti tali da conciliare le due esigenze fondamentali già ricordate: da un lato, assicurare una conveniente gestione di tutti i servizi necessari, dall'altro consentire una effettiva partecipazione delle forze sociali e dei cittadini. Si è sviluppato così il concetto di Unità locale dei servizi, intesa non come un nuovo ente, ma quale raggruppamento di più Comuni di ridotte dimensioni (...), o coincidente con il territorio delle circoscrizioni (quartieri) nel caso dei grandi Comuni metropolitani. Doveva avvenire, cioè, una unificazione di fatto dei piccoli Enti locali, altrimenti impossibilitati a gestire qualunque servizio, ed un decentramento dei poteri nei grandi Comuni». Editoriale "Il caos istituzionale: dal decentramento all'accentramento", *Prospettive assistenziali*, n. 60, 1982.

rie locali ha consentito di realizzare un ampliamento degli investimenti, sia sul piano delle risorse finanziarie che delle risorse umane e professionali. Si struttura e stabilizza in quegli anni un impianto operativo che permette di estendere progressivamente i servizi fino a coprire in modo soddisfacente le fasce del disagio. Si affina, a poco a poco, la metodologia d'intervento perseguendo l'obiettivo del miglioramento della quantità e della qualità degli interventi erogati, razionalizzando l'utilizzo delle risorse, anche attraverso le sinergie consentite dall'adeguato dimensionamento organizzativo delle Unità locali.

Dalle Unità socio-sanitarie locali ai Consorzi socio-assistenziali

Agli inizi degli anni '90 l'assetto dei servizi sociali e sanitari della Regione Piemonte viene messo radicalmente in discussione a seguito dell'approvazione del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421". In base all'articolo 3 del decreto *«le Unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali»*. Al vertice delle aziende viene posto un direttore generale nominato dalla Regione – che subentra ai preesistenti Comitati di gestione di espressione comunale – coadiuvato da un direttore sanitario e da un direttore amministrativo. Quanto ai servizi socio-assistenziali, nel testo si afferma che *«l'Unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'Unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie»*.

Con il decreto i Comuni vengono estromessi dalla gestione delle neonate aziende ed anche dalla reale possibilità di incidere sulla programmazione e sull'organizzazione dei servizi sanitari afferenti al loro territorio. Da ciò consegue il generalizzato orientamento delle Amministrazioni locali a non confermare la delega dei servizi socio-assistenziali ed a ricercare forme gestionali associate alternative, nell'ambito di quelle indicate nella legge, da poco approvata, n. 142 dell'8 giugno 1990, "Ordinamento delle autonomie locali".

La legge – che detta i principi dell'ordinamento dei Comuni e delle Province e ne determina le funzioni – afferma, all'articolo 9, che *«spettano al Comune tutte le funzioni amministrative che riguar-*

dano la popolazione ed il territorio comunale precipuamente nei settori organici dei servizi sociali». L'articolo 22 precisa inoltre che *«i Comuni e le Province, nell'ambito delle rispettive competenze, provvedono alla gestione dei servizi pubblici che abbiano per oggetto produzione di beni ed attività rivolte a realizzare fini sociali e a promuovere lo sviluppo economico e civile delle comunità locali»*. Le forme tipizzate nella legge sono cinque: in economia, in concessione a terzi, a mezzo di azienda speciale, a mezzo di istituzione, a mezzo di società per azioni a prevalente capitale pubblico locale. A tali tipologie gestionali si aggiungono le forme associative e di cooperazione previste nel capo VIII: le convenzioni; le unioni dei Comuni; gli accordi di programma ed i Consorzi, che i Comuni possono costituire per la gestione associata di uno o più servizi *«secondo le norme previste per le aziende speciali di cui all'articolo 23 in quanto compatibili»*.

A seguito del riassetto del sistema sanitario e delle innovazioni introdotte nell'ordinamento degli Enti locali la Regione Piemonte – in sintonia con l'orientamento prevalente dei Comuni a proseguire l'esperienza della gestione associata utilizzando gli istituti previsti dalla legge n. 142/1990 – approva la legge n. 62 del 13 aprile 1995, "Norme per l'esercizio delle funzioni socio-assistenziali".

Il capo IV della nuova legge prevede, all'articolo 13, tutte le diverse modalità di gestione delle attività socio-assistenziali consentite dall'allora vigente normativa: *«a) in forma associata tramite delega all'Unità sanitaria locale (Usl), ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni; b) tramite Consorzi o altre forme associative previste dalla legge 142/1990 tra Comuni o tra Comunità montane oppure tra Comuni e Comunità montane; c) tramite Comunità montana, ai sensi dell'articolo 31, comma 3 della legge regionale 18 giugno 1992, n. 28; d) tramite delega individuale all'Usl, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni; e) direttamente»*. Ma, tra di esse, è chiara la preferenza regionale per le forme gestionali che escludono la delega alle Aziende sanitarie. Infatti nell'articolo 15 si afferma che *«1. In coerenza con quanto previsto all'articolo 13, comma 1, la Regione incentiva la gestione associata, in particolare nelle forme previste dalla legge n.142/1990, nell'ambito del riparto del Fondo per la gestione delle attività socio-assistenziali. 2. Al fine di assicurare una organizzazione omogenea sul territorio delle forme associative di cui al comma 1, la Giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, approva appositi schemi di convenzione-tipo e di statuto-tipo relativi alle diverse forme associative.*

3. In conformità alle indicazioni del Piano i Comuni possono attribuire alle forme associative di cui al comma 1 la gestione di ulteriori servizi sociali di loro competenza».

In sostanza le forme associative che la Regione Piemonte promuove – assumendo direttamente l'impegno a produrre gli schemi degli atti amministrativi necessari ad istituire i nuovi organismi – sono, oltre alle gestioni tramite le Comunità montane, le convenzioni tra i Comuni ed i Consorzi. Quanto agli ambiti di riferimento degli enti gestori, essi «sono individuati, di norma, entro i confini delle preesistenti Unità socio-sanitarie locali (Ussl) già operanti al 31 dicembre 1994, tenuto conto degli ambiti territoriali dei distretti socio-sanitari di cui all'articolo 4 della legge regionale 22 settembre 1994, n. 39 e con possibilità di accorpamento o di suddivisione degli ambiti distrettuali».

L'impianto amministrativo e gestionale che si è strutturato in attuazione della legge n. 62/1995 rimane tale anche dopo l'approvazione della legge regionale n. 1 dell'8 gennaio 2004, "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento". Nel provvedimento legislativo – con il quale viene data attuazione, in ambito regionale, alla legge n. 328 dell'8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" – si ribadisce infatti, all'articolo 9, che «la Regione individua nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei Comuni e prevede incentivi finanziari a favore dell'esercizio associato delle funzioni e dell'erogazione della totalità delle prestazioni essenziali entro gli ambiti territoriali ottimali» individuati, dalla tutt'ora vigente legge regionale, nei «distretti sanitari o (...) multipli degli stessi».

Dai dati regionali (riferiti all'anno 2006) (11) risultano operativi 56 soggetti gestori. Di questi i Consorzi sono 42, le gestioni dirette da parte di Comuni capoluogo di provincia 3, le gestioni tramite convenzioni 4, le gestioni da parte di Comunità montane 6. La delega ad Azienda sanitaria risulta infine operativa in una sola realtà territoriale. Nonostante la legge n. 62/1995 consentisse ai Comuni di conferire agli Enti gestori «ulteriori servizi sociali di loro competenza», l'attività che essi svolgono attualmente non coincide con il complesso dei «servizi alla persona e alla comunità» di competenza comunale indicati dal titolo IV del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (12) (e

preposti alla "tutela della salute", alla "istruzione scolastica", alla "formazione professionale", ai "beni e attività culturali", allo "spettacolo" ed allo "sport"), ma sostanzialmente con il solo specifico dei servizi socio-assistenziali e dei servizi sociali a rilievo sanitario che, in forza dell'articolo 9 della legge regionale 1/2004, «i soggetti gestori assicurano (...) garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sanitarie a rilievo sociale e con le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria di competenza delle Asl».

Nella pratica l'amministrazione e la gestione delle attività suddette attraverso i Consorzi (forma istituzionale ed organizzativa prevalente) lascia aperti due annosi problemi che l'Unità locale di tutti i servizi ambiva a risolvere. Permane infatti l'esigenza di consentire ai servizi socio-assistenziali di operare, come opportunamente precisava il decreto n. 616/1977, «nel quadro della sicurezza sociale», e cioè in un sistema locale caratterizzato da politiche sociali aperte, capaci di considerare anche le esigenze delle persone più fragili o economicamente deboli.

Purtroppo ciò rimanda direttamente alla responsabilità dei Sindaci, delle Giunte e dei Consigli comunali – che tali politiche determinano – e non certo ai Presidenti ed ai Consigli di amministrazione dei Consorzi. Vi è inoltre la consapevolezza che, per rendere efficaci i processi di prevenzione, cura e riabilitazione orientati alle persone in quanto tali, andrebbero definite delle modalità di "integrazione socio-sanitaria" che prevedano un ruolo cogente dei Comuni nella pianificazione e nella programmazione delle attività che il comparto sanitario eroga nell'ambito della comunità che essi amministrano. In sostanza occorre che «il Sindaco (...) titolare delle funzioni di tutela socio-sanitaria e del diritto alla salute per i suoi cittadini in applicazione di quanto disposto dal decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni» (articolo 6, comma 2, lettera b) della legge regionale 1/2004) venga messo nelle condizioni di esercitare efficacemente tali funzioni.

Per dirla con le parole a suo tempo utilizzate da questa rivista «attribuendo il problema dei servizi sociali alla competenza esclusiva o quasi dei tecnici, si deresponsabilizza progressivamente la comunità, per cui il suo livello di accettazione delle persone in difficoltà scende inevitabilmente, provocando pertanto l'aumento del numero di persone che vengono a trovarsi in situazione di difficoltà. Il problema basilare invece è quello di evitare l'emarginazione (il che ovviamente non esclude, anzi richie-

(11) Regione Piemonte, "I numeri dell'assistenza in Piemonte", 2008.

(12) Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, recante "Con-

ferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59".

de più imperiosamente trattamenti specialistici), per cui occorre che la comunità resti sempre coinvolta nei problemi socio-assistenziali e in quelli sociali in generale». E ciò vale, a maggior ragione, per i servizi sanitari e per quelli socio-sanitari. «Da ciò deriva (...) la necessità della ricerca di strutture che consentano la maggior partecipazione possibile della comunità sia alla determinazione degli indirizzi della politica sociale in generale e di quella socio-assistenziale in particolare, sia alla gestione (...) dei servizi. (...) La condizione prima per una effettiva partecipazione è la ristrutturazione degli enti locali, attribuendo ad essi precise ed ampie competenze ed i mezzi necessari» (13).

Oltre ai suddetti problemi di assetto e di raccordo istituzionale, si evidenziano – nella fase attuale – notevoli difficoltà in ordine al dimensionamento delle dotazioni organiche degli enti gestori. Il sistema socio-assistenziale regionale è infatti articolato, a livello territoriale, in unità organizzative decisamente esigue. Dai dati forniti dalla Regione, nell'anno 2006 risultavano in servizio a livello regionale 3.461 operatori con il contratto degli enti locali (le cooperative fornivano il 55% del personale dei servizi). Applicando la "media dei polli" (e comprendendo il Comune di Torino) risultano meno di 60 unità di personale per ogni ente gestore. Se si considera che ai Consorzi, alle convenzioni ed alle Comunità montane si applicano tutti i vincoli alle assunzioni che valgono per il comparto del pubblico impiego – ed in particolare l'obbligo di non superare, per il personale, il tetto di spesa dell'anno 2004 – si comprende come sia negata non solo ogni prospettiva di sviluppo dei servizi (che non preveda l'affidamento a cooperative) ma, in molti casi, anche il semplice mantenimento del livello degli stessi (data impossibilità di sostituire gli operatori in aspettativa obbligatoria).

Dai Consorzi socio-assistenziali ai Comuni o alle Unioni dei Comuni

Sull'assetto sopra descritto – con le sue luci e le sue ombre – interviene la legge n. 191 del 23 dicembre 2009, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)". In essa si prevede, all'articolo 42, comma 186, che «in relazione alle riduzioni del contributo ordinario di cui al comma 183, i Comuni devono altresì adottare le seguenti misure: (...) e) soppressione dei Consorzi di funzioni tra gli Enti locali, facendo salvi i rapporti di lavoro a tempo indeterminato esistenti, con assunzione delle funzioni già esercitate dai Consorzi soppressi e delle relative risorse e con successione ai medesimi

Consorzi in tutti i rapporti giuridici e ad ogni altro effetto».

Dunque i Consorzi di funzioni, che attualmente rappresentano la forma amministrativa e gestionale più diffusa nella Regione Piemonte, andranno soppressi ottemperando alle disposizioni della legge finanziaria che «si applicano a decorrere dal 2011 ai singoli enti per i quali ha luogo il rinnovo del rispettivo Consiglio, con efficacia dalla data del medesimo rinnovo», così come stabilito dall'articolo 1, comma 2, del decreto legge n. 2 del 25 gennaio 2010, "Interventi urgenti concernenti enti locali e Regioni".

A confermare tale indirizzo del legislatore interviene il successivo decreto legge n. 78 del 31 maggio 2010, convertito in legge n. 122 del 30 luglio 2010, "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" che, all'articolo 14, commi da 25 a 31, affronta il tema delle funzioni dei Comuni e quello, ad esso connesso, dello svolgimento delle stesse in forma singola o associata.

Dopo aver premesso che «l'esercizio delle funzioni fondamentali dei Comuni è obbligatorio per l'ente titolare» (comma 26), la legge precisa che «ai fini dei commi da 25 a 31 e fino alla data di entrata in vigore della legge con cui sono individuate le funzioni fondamentali di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera p), della Costituzione, sono considerate funzioni fondamentali dei Comuni le funzioni di cui all'articolo 21, comma 3, della legge 5 maggio 2009, n. 42» (comma 27).

Il rimando è alla legge di "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione" che, al comma 3 dell'articolo citato, recita: «Per i Comuni, le funzioni e i relativi servizi, da considerare ai fini del comma 2 sono provvisoriamente individuate nelle seguenti: a) funzioni generali di amministrazione, di gestione e di controllo, nella misura complessiva del 70 per cento delle spese come certificate dall'ultimo conto del bilancio disponibile all'entrata in vigore della presente legge; b) funzioni di polizia locale; c) funzioni di istruzione pubblica, ivi compresi i servizi di asili nido e quelli di assistenza scolastica e refezione, nonché l'edilizia scolastica; d) funzioni nel campo della viabilità e dei trasporti; e) funzioni riguardanti la gestione del territorio e dell'ambiente, fatta eccezione per il servizio di edilizia residenziale pubblica e locale e piani di edilizia nonché per il servizio idrico integrato; f) funzioni del settore sociale».

In base alla legge n.122/2010, le suddette funzioni – originariamente elencate dalla legge sul federalismo fiscale al solo fine del finanziamento integrale delle stesse sulla base del fabbisogno stan-

(13) Cfr. "Regioni, Comuni, Province...", op. cit.

dard – «sono obbligatoriamente esercitate in forma associata, attraverso convenzione o unione, da parte dei Comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti, esclusi le isole monocomune ed il Comune di Campione d'Italia. Tali funzioni sono obbligatoriamente esercitate in forma associata, attraverso convenzione o unione, da parte dei Comuni, appartenenti o già appartenuti a Comunità montane, con popolazione stabilita dalla legge regionale e comunque inferiore a 3.000 abitanti» (comma 28).

L'articolo prosegue stabilendo che «i Comuni non possono svolgere singolarmente le funzioni fondamentali svolte in forma associata» e che «la medesima funzione non può essere svolta da più di una forma associata» (comma 29). Viene poi chiamata in causa la Regione che «nelle materie di cui all'articolo 117, commi terzo e quarto della Costituzione, individua con propria legge, previa concertazione con i Comuni interessati nell'ambito del Consiglio delle Autonomie locali, la dimensione territoriale ottimale e omogenea per area geografica per lo svolgimento, in forma obbligatoriamente associata da parte dei Comuni con dimensione territoriale inferiore a quella ottimale, delle funzioni fondamentali di cui all'articolo 21, comma 3, della legge 5 maggio 2009, n. 42, secondo i principi di economicità, di efficienza e di riduzione delle spese, fermo restando quanto stabilito dal comma 28 del presente articolo. Nell'ambito della normativa regionale i Comuni avviano l'esercizio delle funzioni fondamentali in forma associata entro il termine indicato dalla stessa normativa. I Comuni capoluogo di provincia e i Comuni con un numero di abitanti superiore a 100.000 non sono obbligati all'esercizio delle funzioni in forma associata» (comma 30).

Indipendentemente dalla legge regionale, i Comuni devono però assicurare «comunque il completamento dell'attuazione delle disposizioni di cui ai commi da 26 a 30 del presente articolo entro il termine individuato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, adottato entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto (...). Con il medesimo decreto è stabilito, nel rispetto dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza, il limite demografico minimo che l'insieme dei Comuni che sono tenuti ad esercitare le funzioni fondamentali in forma associata deve raggiungere» (comma 31).

Dunque si evidenzia una certa fretta, da parte del Governo, a definire la questione. Testimoniata anche dal fatto che – con l'articolo 5, comma 7, del decreto n. 78, letteralmente riprodotto nella legge 122/2010 – si è provveduto, con decorrenza dall'entrata in vigore del decreto stesso, a sopprimere l'indennità di funzione precedentemente riconosciuta agli amministratori degli enti associativi. In tal

modo, dal mese di giugno 2010, nessun emolumento viene più riconosciuto ai Presidenti ed ai componenti dei Consigli di amministrazione dei Consorzi piemontesi.

Osservazioni sulle nuove forme associative

In sintesi, alla luce del quadro normativo che si è esaminato, le novellate “funzioni fondamentali ed obbligatorie” possono essere esercitate, dai Comuni titolari, in forma singola – a condizione che il Comune possieda i requisiti previsti dalla norma nazionale – oppure optando per l'istituto della convenzione o per quello dell'Unione di Comuni (alle quali sono già equiparate, dalla legge, le Comunità montane).

Il primo istituto, come si è detto, è già utilizzato da quattro enti gestori della Regione Piemonte e si caratterizza come uno strumento “leggero” di gestione associata di servizi. Le convenzioni, previste dall'articolo 30 del decreto legislativo 267/2000, possono venire stipulate tra gli enti locali «al fine di svolgere in modo coordinato funzioni e servizi determinati (...) devono stabilire i fini, la durata, le forme di consultazione degli enti contraenti, i loro rapporti finanziari ed i reciproci obblighi e garanzie. (...) Possono prevedere anche la costituzione di uffici comuni che operano con personale distaccato dagli enti partecipanti, ai quali affidare l'esercizio delle funzioni pubbliche in luogo degli enti partecipanti all'accordo, ovvero la delega di funzioni da parte degli enti partecipanti all'accordo a favore di uno di essi, che opera in luogo e per conto degli enti deleganti».

Più interessante – tenendo conto degli aspetti positivi della pluriennale esperienza di gestione tramite i Consorzi e della conseguente opportunità di “convertirli” in organizzazioni altrettanto stabili e strutturate – è l'Unione di Comuni. In origine l'istituto – previsto dall'articolo 26 della legge 142/1990 – aveva un carattere strumentale e transitorio: «In previsione di una loro fusione, due o più Comuni contermini, appartenenti alla stessa provincia, ciascuno con popolazione non superiore a 5.000 abitanti, possono costituire una Unione per l'esercizio di una pluralità di funzioni o di servizi. Può anche far parte dell'Unione non più di un Comune con popolazione fra i 5.000 e i 10.000 abitanti. (...) Entro dieci anni dalla costituzione dell'Unione deve procedersi alla fusione, a norma dell'articolo 11. Qualora non si pervenga alla fusione, l'Unione è sciolta».

L'Unione nasce dunque per superare, attraverso un percorso graduale, l'annoso problema del ridotto dimensionamento dei Comuni che determina la difficoltà o addirittura l'impossibilità all'esercizio delle funzioni di competenza. Evidentemente il fatto

che l'istituto preludesse ad una fusione, e quindi dovesse concludersi con il definitivo superamento dei Comuni più piccoli, non ne ha favorito la diffusione. Tant'è che – con l'approvazione del decreto legislativo 267/2000 – le Unioni di Comuni vengono ridefinite e, ai sensi dell'articolo 32, diventano *«Enti locali costruiti da due o più Comuni di norma contermini, allo scopo di esercitare congiuntamente una pluralità di funzioni di loro competenza. L'atto costitutivo e lo statuto dell'Unione sono approvati dai Consigli dei Comuni partecipanti con le procedure e la maggioranza richieste per le modifiche statutarie. Lo statuto individua gli organi dell'Unione e le modalità per la loro costituzione e individua altresì le funzioni svolte dall'Unione e le corrispondenti risorse. Lo statuto deve comunque prevedere il Presidente dell'Unione scelto tra i Sindaci dei Comuni interessati e deve prevedere che altri organi siano formati da componenti delle Giunte e dei Consigli dei Comuni associati, garantendo la rappresentanza delle minoranze. L'Unione ha potestà regolamentare per la disciplina della propria organizzazione, per lo svolgimento delle funzioni ad essa affidate e per i rapporti anche finanziari con i Comuni. Alle Unioni si applicano, in quanto compatibili, i principi previsti per l'ordinamento dei Comuni. Si applicano, in particolare, le norme in materia di composizione degli organi dei Comuni; il numero dei componenti degli organi non può comunque eccedere i limiti previsti per i Comuni di dimensioni pari alla popolazione complessiva dell'ente. Alle Unioni competono gli introiti derivanti dalle tasse, dalle tariffe e dai contributi sui servizi ad esse affidati»*.

Riflessioni conclusive

A ben vedere – a quarant'anni dalle mai realizzate Unità locali di tutti i servizi – il legislatore si dibatte con gli stessi problemi. L'esercizio delle funzioni attribuite ai Comuni e la erogazione dei servizi ad esse connessi, richiedono una dimensione demografica – tra i 50 e i 100.000 abitanti, a seconda della dispersione o concentrazione della popolazione, nonché delle previsioni di incremento e di decremento della stessa – che le amministrazioni locali possono raggiungere solamente unificandosi.

Le gestioni associate attraverso la delega alle Aziende sanitarie si sostanziano – alla luce dell'attuale quadro normativo nazionale e della Regione Piemonte – nell'adesione ad un modello di centralismo regionale (impennato sulla figura dei direttori generali, assoggettati al solo controllo della Giunta che li nomina) che comporta la rinuncia, da parte dei Comuni, ad esercitare la piena titolarità sugli interventi socio-assistenziali e, soprattutto, sulle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (al finanziamento

delle quali si provvede anche attraverso l'utilizzo del Fondo nazionale per le non autosufficienze).

La pur (per molti versi) positiva esperienza dei Consorzi evidenzia, in ogni caso, il problema del ridotto dimensionamento organizzativo – aggravato dalle vigenti norme restrittive in materia di personale – che non consente di ricercare le “economie di scala” che potrebbero essere realizzate attraverso la gestione di una molteplicità di funzioni comunali. Inoltre, come si è detto, la separazione tra chi amministra il socio-assistenziale ed il socio-sanitario e chi amministra gli altri servizi alla persona e alla comunità non favorisce certamente la partecipazione degli utenti, dei quali si finisce per non tenere adeguatamente conto nella definizione delle politiche locali.

Per tali ragioni occorre cogliere l'occasione, rappresentata dal vincolo di dare attuazione ad un ennesimo riordino degli assetti del comparto assistenziale, per promuovere la realizzazione di una amministrazione diretta delle “funzioni fondamentali ed obbligatorie”, complessivamente intese, da parte dei Comuni che hanno un dimensionamento adeguato a svolgerle. E per dare avvio – con riferimento ai Comuni di più ridotte dimensioni o che intendano, comunque, aderire a tale forma associativa – alla costituzione di Unioni che, a partire dall'assunzione delle funzioni attualmente esercitate dai Consorzi, estendano progressivamente la propria attività assumendo *«una pluralità di funzioni»* di competenza comunale. Naturalmente, nella definizione degli ambiti territoriali, occorrerà ricercare la coincidenza con i distretti sanitari (con i quali andranno promossi, come si è detto, più proficui rapporti istituzionali).

Non sarà l'Unità locale di tutti i servizi – visto che sulla sanità i Comuni non hanno, di fatto, alcuna voce in capitolo – e nemmeno una “rifondazione” del Comune (che rimane, comunque, necessaria), ma almeno si potrà continuare a sperare di superare, prima o poi, *«l'approccio settoriale e il governo a compartimenti stagni che impediscono lo svilupparsi di un discorso di un intervento organico, che veda tutte le prestazioni nelle loro strette connessioni e complementarità, evitando sovrapposizioni e vuoti, ma tutto orientando e funzionalizzando a un obiettivo di sostegno allo sviluppo della persona e alla sua socializzazione, con la rimozione degli impedimenti individuali, familiari e sociali che vi si frappongono, e con l'offerta di tutta una gamma di opportunità e stimoli che tenda a ridurre almeno i fattori di squilibrio, discriminazione, emarginazione»* (14).

(14) Cfr. “Ridefinizione del concetto di unità locale alla luce delle leggi e proposte di legge e delle esperienze in atto”, *Prospettive assistenziali*, n. 27, 1974.