

RELAZIONE DELL'ONOREVOLE FOSCHI

PAGINA BIANCA

Come è stato già detto nella introduzione al presente volume, lo scioglimento anticipato del Parlamento non ha consentito di condurre a termine l'indagine conoscitiva. Nell'ultima seduta della Commissione il Presidente Corona prospettò tuttavia l'opportunità che fosse almeno dato conto, in una relazione, dello stato dei lavori e dei risultati acquisiti nella prima, seppure incompleta, fase delle audizioni. La Commissione aderì alle considerazioni del Presidente ed il relatore onorevole Foschi si fece carico di presentare una relazione in merito.

Ovviamente la presente relazione non ha potuto costituire oggetto di esame da parte dei membri della Commissione.

PAGINA BIANCA

1. - MOTIVAZIONI E OBIETTIVI DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

In attuazione di un ordine del giorno votato dalla Commissione interni della Camera il 17 ottobre 1968 formulammo alla stessa Commissione interni una proposta di indagine conoscitiva sull'assistenza pubblica e privata. Ciò, nella consapevolezza che il problema dell'assistenza nel nostro Paese andasse radicalmente affrontato e risolto nello spirito di quanto già severamente affermato dal Programma di sviluppo economico per il quinquennio 1966-1970 nel quale veniva esplicitamente sottolineato l'orientamento di provvedere alle necessarie modifiche della legislazione e organizzazione assistenziale; al riordinamento dell'assistenza di primo intervento; al coordinamento tra assistenza privata e assistenza pubblica.

Più in particolare, la proposta traeva origine dalla constatazione che, nonostante la definizione di precisi obiettivi e la determinazione di criteri di fondo che dovevano ispirare l'azione riformatrice, ben poco si era fatto nel corso dei tre anni e mezzo di attuazione del Piano, mentre andavano pericolosamente evidenziandosi ed amplificandosi le ormai croniche carenze ed insufficienze del sistema.

Nell'intento di realizzare una svolta decisiva e di determinare un organico intervento legislativo - concretando gli sforzi che dalle varie parti politiche si andavano esprimendo in proposito - sostenemmo l'esigenza di procedere nel tempo breve ad una indagine conoscitiva capace di mettere in luce i vari aspetti del problema. In particolare, una volta ottenuto il consenso della Presidenza della Camera, il Presidente della Commissione onorevole Corona affidò al relatore il compito di predisporre uno schema, che prevedeva di condurre l'indagine su:

l'ordinamento del settore sul piano della normativa vigente e su quello delle strutture e delle funzioni degli enti in esso operanti;

i diversi tipi di assistenza erogati, i destinatari di essa, le modalità di erogazione,

rapportati ad un censimento per quanto possibile accurato dei bisogni e della loro dinamica;

la spesa per l'erogazione dell'assistenza e i costi di gestione, le fonti di finanziamento.

Nel proporre l'iniziativa indicammo altresì le modalità attraverso le quali un'indagine di questo tipo avrebbe potuto svolgersi e che vennero successivamente fatte proprie dalla Commissione. Esse furono così precisate:

una prima fase rivolta essenzialmente alla acquisizione di dati sia attraverso le competenti fonti ufficiali ministeriali, sia attraverso l'audizione di esperti del settore, di funzionari ministeriali preposti, di rappresentanti delle associazioni familiari e delle singole categorie interessate;

una seconda fase nel corso della quale, sulla base dei dati raccolti si sarebbe scelto un campione dei diversi istituti e si sarebbero compiute ricognizioni sul luogo;

una terza fase, nel corso della quale i dati raccolti sarebbero stati ordinati ed elaborati ai fini di concrete iniziative legislative ed in particolare ai fini di proporre una legge-quadro per il riordinamento del settore nella quale fosse tenuto in specifico rilievo il problema della creazione di un unico organismo di vertice.

L'inaspettata fine della V legislatura non ha consentito di portare a termine l'intero arco dei lavori, anche se i contatti avuti e la massa dei dati raccolti ci autorizza a ritenere conclusa la prima delle tre fasi previste. Al di là infatti delle personalità sentite direttamente dalla Commissione nel periodo che va dal 16 febbraio al 5 maggio 1971 (direttore generale dell'Assistenza pubblica, presidente dell'Associazione nazionale enti di assistenza, direttore generale dell'Amministrazione per le attività assistenziali italiane ed internazionali; assessore alla previdenza e alla sanità della Regione Trentino-Alto Adige, assessore alla programmazione, lavoro e artigianato della Regione Friuli-Venezia Giulia, assessore all'assistenza, problemi sociali e lavoro del comune di Bologna) è stato acquisito tutto

un vasto materiale di documentazione e di studi (risposte di rappresentanti di enti assistenziali ad un apposito questionario della Commissione, testi di proposte di legge-quadro, pareri delle Regioni a statuto ordinario sui decreti delegati, analoghi pareri della apposita Commissione interparlamentare per le questioni regionali, documenti conclusivi di convegni di studio di movimenti politici, testi particolarmente importanti elaborati da sedi di studio e di programmazione) che può supplire - almeno in questa fase - alla mancata audizione di esperti, dei rappresentanti delle Associazioni familiari e delle singole categorie interessate.

Oltre alla documentazione che fa parte dei lavori della Commissione, si ricordano:

le discussioni sugli ultimi bilanci dello Stato, per la parte concernente l'assistenza e la sicurezza sociale in genere;

le proposte di legge parlamentari in materia di legge quadro sull'assistenza;

la documentazione relativa al decreto delegato sulla beneficenza pubblica (pareri delle singole Regioni e documento degli assessori regionali nell'incontro di Venezia del 7 settembre 1971, parere della commissione parlamentare per le questioni regionali);

il predocumento della Commissione costituita nel gennaio 1970 dal Ministero della sanità per i collegamenti dei servizi sociali di base con i servizi sanitari (pubblicato da *Prospettive assistenziali*, n. 10, 1970);

i documenti prodotti da vari organismi negli ultimi anni: ACLI, CIF, UNEBA, ANEA, ISTISS, EISS, CENSIS, oltre a quelli dei partiti ed alle riviste specializzate;

gli atti dei convegni realizzati nelle varie regioni: quello di Torino (3 luglio 1971), di Varese (11-12 settembre 1971), di Milano (5-6 febbraio 1972), ecc.;

la documentazione prodotta dalla Fondazione Zancan nei suoi vari seminari di Malosco (e pubblicata nell'apposita collana editoriale).

Gli elementi raccolti sono d'altra parte tali da far ritenere meno dolente il mancato passaggio alla seconda fase dei lavori, mentre già di per sé costituiscono un materiale conoscitivo sufficientemente ricco per passare alle conseguenti iniziative legislative. A ciò si aggiunga che nel corso dell'indagine una delegazione della Commissione interni si è recata dal 28 ottobre al 6 novembre 1971 in Svezia, Finlandia e Norvegia per acquisire elementi di conoscenza intorno alla organizzazione generale dell'assistenza

ed in particolare alle forme di assistenza agli anziani, ai minori, alle persone in stato di bisogno e ai sistemi educativo-assistenziali per minori disadattati, in atto in quei paesi. La delegazione ha avuto l'opportunità di visitare le opere realizzate in questo campo (istituti, case di riposo per anziani, scuole speciali, centri di riabilitazione, ecc.); essa ha avuto anche numerosi incontri con le autorità politiche e amministrative dei paesi visitati.

2. - SINTESI DEI LAVORI DELLA COMMISSIONE

Quanto sopra sinteticamente premesso sugli obiettivi e sulle motivazioni di fondo dell'indagine, forniremo ora di seguito, alcune essenziali note informative sui principali risultati acquisiti nel corso delle audizioni, anche per confortare il giudizio - al di là di alcune prese di posizione o qualunquistiche o ancorate a posizioni di potere - della esistenza di una notevole e sostanziale convergenza di fondo su precise linee di riforma. In questa prima parte ci limiteremo a registrare giudizi, valutazioni, dati di fatto, così come sono stati raccolti, riservandoci nei capitoli successivi di enucleare alcuni problemi di fondo che interessano il settore considerato e di precisare i cardini e gli elementi di una riforma o comunque di un nuovo modo di essere e di agire dell'assistenza.

A. - *Diagnosi degli aspetti normativi, strutturali e funzionali dell'assistenza.*

In misura più o meno diversa e con diversa accentuazione di giudizio sono stati generalmente riconosciuti i preoccupanti e non più permissibili aspetti negativi del « sistema ».

La politica sociale e la relativa legislazione si sono sviluppate in modo frammentario, senza che i singoli provvedimenti corrispondessero a prefissati indirizzi fondamentali, ad una vera programmazione operativa.

L'attribuzione a soggetti diversi di attività assistenziali diverse è causa ed effetto delle categorizzazioni e quindi della disuguaglianza delle prestazioni. Ovunque i servizi sono incompleti e non coprono tutto l'arco del bisogno che deve essere trattato in modo unitario attraverso interventi preventivi e contemporaneamente curativi e riabilitativi mentre non di rado una pluralità di enti si inte-

ressa delle stesse persone, trascurando completamente altre.

Ulteriori aspetti negativi si rinvencono ancora nel fatto che le prestazioni sono incapaci di far fronte ai bisogni connessi alle situazioni particolari delle aree metropolitane, delle zone di esodo e di spopolamento, delle aree di sviluppo economico. Il fenomeno denunciato sul piano nazionale ed acquisito come elemento costitutivo di base del primo Piano quinquennale, della frammentarietà e della occasionalità della legislazione assistenziale, costituisce in sostanza l'elemento fondamentale da rilevare in sede diagnostica. Il numero eccessivo e la non coordinata dislocazione degli enti; la scarsità e la sperequata distribuzione dei mezzi finanziari; la inefficienza organizzativa, hanno prodotto come risultato lo spreco di una ingente quantità di risorse, senza conseguire alcun obiettivo di miglioramento sostanziale delle diverse situazioni di indigenza.

Per quanto riguarda la distribuzione degli istituti assistenziali (pubblici e privati) sul territorio, questa, mostra - come sottolineava il Rapporto monografico sulla spesa pubblica in campo speciale predisposto dal CENSIS per il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro - una maggiore concentrazione nelle regioni settentrionali e centrali rispetto a quelle meridionali, anche se tale prevalenza sembra il frutto di tendenze contrastanti.

Per esempio, gli orfanotrofi sono presenti molto più massicciamente nelle regioni del Sud e in alcune del Centro, rispetto a quelle settentrionali, mentre gli istituti per vecchi indigenti, per altri ricoverati e con più categorie di ricoverati, sembrano svolgere prevalentemente la loro attività nelle regioni del Nord; i brefotrofi, infine, sembrano concentrare la loro attività nelle regioni centrali.

Tale constatazione, al di là delle indicazioni che fornisce circa la dislocazione dei servizi assistenziali, sembra alquanto indicativa del diverso modo di intendere l'assistenza nelle varie realtà territoriali del paese. Infatti: i servizi assistenziali del Nord si concentrano soprattutto nel recupero degli anziani; nelle regioni centrali sembrano concentrarsi istituti di differenti funzioni, i quali, più che servire direttamente alle popolazioni del territorio di loro localizzazione, costituiscono punti di riferimento per tutto il paese; nel Sud vengono invece garantiti solo alcuni servizi di minore rilievo sociale, mentre per altri servizi si ha ragione di cre-

dere che le popolazioni del Sud utilizzino gli istituti del Centro e del Nord.

Pertanto, da un lato il differente tipo di sviluppo ha prodotto un diverso bisogno di servizi assistenziali nelle varie circoscrizioni territoriali, dall'altro alcuni servizi sono localizzati piuttosto nelle regioni centro-settentrionali che nelle regioni meridionali.

B. — Incidenza delle spese di gestione rispetto al complesso degli stanziamenti destinati allo scopo.

Nonostante l'avviso contrario di qualcuno e pur accettando - come da altri sostenuto - che i servizi « personalizzati » come debbono essere quelli sociali richiedano un numero elevato di personale qualificato e, pertanto, le spese relative non possano ridursi al di sotto di un certo livello, è opinione concorde che ciascuno dei numerosissimi enti che operano nel settore ha una propria struttura ed una propria organizzazione burocratica, che finiscono con l'assorbire la maggior parte dei fondi lasciando gli scarsi residui agli scopi d'istituto.

La stessa opinione viene peraltro autorevolmente confermata nella citata monografia del CENSIS, nella quale, in sintesi, vengono dati i seguenti giudizi a proposito della spesa assistenziale:

date le caratteristiche di estrema frammentazione degli interventi posti in essere e data la moltitudine dei destinatari appare particolarmente ardua una sua disaggregazione;

anche nel settore dell'assistenza pubblica l'aumento di spesa non è andato ad estensione o miglioramento del servizio ma è servito a riservare una maggiore quota di spese al funzionamento delle strutture di intervento; in questo settore, anche se a livelli più modesti rispetto ad altri settori, la enorme quantità degli operatori e la sostanziale immobilità della qualità dell'intervento coprono in sostanza, abbastanza spesso, la conservazione pura e semplice delle strutture operative così come si sono andate consolidando nelle pieghe più o meno larghe del sistema;

nel settore assistenziale, mentre le prestazioni tendono spesso a diminuire di volume, il personale addetto ai servizi continua a dilatarsi fino a rendere non del tutto insensata in qualche caso l'affermazione che alcuni istituti sopravvivono per « assistere » i propri impiegati.

C. — *I criteri di ammissione di diagnosi, di trattamento e di dimissione del soggetto.*

È anche questo un aspetto che presenta notevoli lacune, incongruenze e limiti nonostante il parere diverso del Ministero dell'interno.

È piuttosto generalizzato infatti il giudizio circa la limitatezza dell'attrezzatura tecnica, il condizionamento dell'ammissione ad un titolo « giuridico » di assistibilità; la sua subordinazione all'età, alla disponibilità di posti, al pagamento di una retta, alle possibilità di prestazioni offerte dalle istituzioni esistenti. Da tutto ciò: l'interruzione del trattamento del minorato psichico all'atto della dimissione dall'istituto medico pedagogico per mancanza di risorse che completino l'arco assistenziale; lo scarico da un istituto all'altro di soggetti difficili che gravano eccessivamente sui bilanci degli enti; la diversità di metodi terapeutici ed assistenziali fra un istituto e l'altro; la scandalosa differenziazione da cui ancora è regolata l'assistenza agli illegittimi e ai legittimi; le sensibili diversità tra ECA ed ECA circa il reperimento dei casi, circa i criteri di diagnosi e di accertamento che variano tra una procedura puramente burocratica, di ufficio a quella affidata a personale qualificato; la diversità degli *standards* minimi di reddito mensili riconosciuti validi per ottenere le prestazioni assistenziali, la diversità degli assegni mensili corrisposti, eccetera.

D. — *Congruità delle diverse forme di assistenza in atto, alla evoluzione dei bisogni familiari e sociali.*

È opinione concorde che le attuali forme di intervento assistenziale, la stessa organizzazione assistenziale in atto, non rispondono più alla nuova realtà socio-economica che ci circonda.

Non vi è dubbio, infatti, che tra la nuova realtà dei bisogni familiari e sociali e le varie forme di intervento assistenziale, nella maggior parte dei casi, esiste una drammatica frattura. Sono noti a questo proposito i livelli assolutamente inadeguati di prestazioni; la irrisorietà degli interventi economici, il troppo generalizzato ricorso alla prestazione di ricovero. Ciò che maggiormente preoccupa d'altra parte, è un certo tipo di concezione assistenziale secondo la quale i servizi e le attività assistenziali concorrono a difendere il tessuto sociale da elementi passivi e parassitari: valutazione, questa, eviden-

temente contraria allo spirito della Costituzione che vuole le attività assistenziali e i servizi sociali, ispirati soprattutto a finalità di prevenzione e volti a favorire l'integrazione sociale, lo sviluppo dell'individuo, della famiglia e della comunità.

E. — *Giudizio sulla « preferenza » o meno della gestione dell'assistenza esercitata direttamente dagli enti pubblici ovvero da parte di terzi con finanziamento pubblico.*

Anche su questo argomento sono analogamente emersi orientamenti pressoché univoci, pur se leggermente differenziati quanto al peso da dare ai due tipi di intervento.

L'orientamento prevalente è che un efficiente sistema di sicurezza sociale non può essere modernamente concepito se non come programmato dallo Stato. L'eguaglianza giuridica dei cittadini esige infatti che l'assistenza venga erogata con l'osservanza delle garanzie, imparzialità e omogeneità di intervento; ciò senza escludere che lo Stato possa servirsi di prestazioni degli istituti privati, con un corrispettivo pagamento di detti servizi, fatto sempre salvo il diritto dello Stato di accertare l'idoneità, l'efficienza dei servizi e di controllarne la rispondenza alle finalità sociali dei servizi stessi.

Diversa l'opinione espressa dal rappresentante del Ministero dell'interno secondo il quale — alla luce anche dei concetti generali esposti nell'articolo 38 della Costituzione dal quale discenderebbe il necessario pluralismo del sistema assistenziale — non sembra possibile formulare un giudizio di « preferenza » a vantaggio dell'uno o dell'altro dei due campi di azione, il pubblico e il privato. Ciò, considerato anche la maggiore economicità delle strutture private rispetto a quelle pubbliche, nelle quali ultime i maggiori oneri organizzativi determinano spese molto più rilevanti. A giudizio del Ministero non dovrebbe pertanto parlarsi tanto di « preferenza » quanto piuttosto di « coesistenza opportunamente coordinata a livello locale « concorrenti entrambi alla finalità generale della protezione sociale delle classi meno abbienti ».

F. — *L'azione degli enti assistenziali per l'inserimento degli assistiti nella vita sociale.*

Premesso che l'inserimento degli assistiti nella vita sociale del Paese non si può risolvere solo in chiave assistenziale, trattandosi

di una questione che coinvolge lo stesso funzionamento del sistema sociale, le sue contraddizioni, i suoi meccanismi di esclusione e il suo atteggiamento verso gli esclusi e i non integrati, è certo che il sistema assistenziale non contribuisce in alcun modo a modificarne la situazione. Il problema dell'inserimento sociale si proietta di conseguenza in termini tali da richiedere soluzioni decisamente diverse da quelle sinora messe in atto. Ciò comporta, tra l'altro:

il superamento degli attuali limiti dell'assistenza economica che, al momento, può alleviare al massimo determinate forme di miseria senza sostanzialmente liberare i non abbienti dalla emarginazione sociale;

la eliminazione delle isole di segregazione attraverso strutture e servizi che rispettino il legame familiare, il contatto con la società e le persone normali, lo stesso ambiente geografico di origine;

la riabilitazione per i soggetti colpiti da *handicaps* psicofisici che richiede, oltre a qualificate - ed attualmente poco diffuse - metodologie e tecniche di prevalente ordine sanitario, anche una adeguata disponibilità di attrezzature e di operatori specializzati. Appare superfluo rilevare che la via maestra per realizzare tale inserimento è quella del mantenimento del soggetto nel normale ambiente familiare, utilizzando, se del caso, gli istituti dell'affidamento e dell'adozione e creando una serie di supporti, di servizi, in grado di ristabilire in qualche modo il circuito sociale tra la maggioranza della popolazione e gli emarginati.

G. — *Valutazione del grado di idoneità e di efficacia degli attuali controlli dell'autorità di vigilanza.*

Molti e pertinenti i giudizi espressi su questo argomento, tutti concordi nel ritenere gli attuali controlli poco efficaci, complessi, burocratici, molteplici. Più che rafforzarli - è stato giustamente osservato - occorre modificare quelli esistenti, affinché la legislazione venga adeguata alle necessità sorgenti dalla rapida trasformazione tecnica, economica e sociale e dalla maggiore estensione e complessità dei compiti affidati agli enti pubblici.

Un serio sistema di controllo moderno, che abbracci tutti gli aspetti dei servizi e possa garantire gli interessi degli utenti e delle comunità, dovrebbe permettere di ac-

certare, in forma quanto mai rapida e snella, la regolarità della gestione amministrativa e, in pari tempo, di valutare, sul piano tecnico, la efficienza e la funzionalità dei servizi. Questa forma di controllo tecnico dovrebbe fondarsi su *standards* generalizzati ed essere intesa, soprattutto come aiuto qualificato e costante al personale addetto al servizio, al fine di migliorarne le prestazioni ed adeguarle alle esigenze.

H. — *Ruolo dello Stato e delle Regioni nel settore assistenziale e organizzazione dei servizi a livello locale.*

Dalle dichiarazioni degli intervenuti e da tutta la pubblicistica e la letteratura assistenziale emerge chiaramente che lo sviluppo e la trasformazione del sistema assistenziale appare strettamente collegato ad un sostanziale rinnovamento istituzionale basato sulla costituzione di un unico vertice politico-amministrativo a livello centrale (affiancato - utilizzando positive esperienze fatte da altri settori della vita del Paese - da un organismo tecnico in rapporto diretto con le autonomie locali); su un sostanziale, pieno ed efficace decentramento regionale; su una radicale e decisa assunzione di responsabilità operative da parte degli enti locali; sulla creazione dell'unità locale quale strumento tecnico-operativo che assicuri il superamento della concezione settorialistica dei servizi; su una concreta e costante possibilità di risposta alla spinta partecipativa che si è manifestata con particolare vigore nel recente periodo.

Su queste linee di fondo sulle quali, con sfumature più o meno diverse, esiste comunque un orientamento comune, i singoli intervenuti hanno proposto una definizione delle competenze dello Stato, delle Regioni, degli Enti locali, delle unità locali, competenze che non si ritiene necessario sintetizzare in questa sede in quanto sostanzialmente simili a quelle già elaborate da sedi di studio e praticamente a tutti note.

La esigenza di garantire a tutti i cittadini italiani, dovunque risiedano, la risposta ai loro bisogni essenziali in fatto di servizi sociali, sospinge comunque ad adottare una organizzazione che risulti flessibile sia in riferimento alla personalizzazione dell'intervento, sia alle peculiari caratteristiche socio-culturali di ogni zona. E per questo che il ruolo di indirizzo dello Stato e delle Regioni, la costituzione delle unità locali, dei servizi

sociali da parte dei comuni e dei loro consorzi, la predisposizione di *standards* sociali più diffusi, costituiscono una moderna concretizzazione di tali orientamenti.

* * *

Oltre che ad esprimere il proprio punto di vista sugli argomenti più sopra citati, gli intervenuti sono stati pregati di fornire, altresì, suggerimenti per una riforma che conduca in periodo lungo ad un sistema di sicurezza sociale ed a proposte specifiche per provvedimenti legislativi e amministrativi nel periodo breve. Gli stessi sono stati invitati ad esprimersi sul modo in cui debbono essere formulate le previsioni e gli obiettivi di settore nell'ambito della programmazione.

Tali suggerimenti, che tutti hanno cortesemente fornito, hanno sostanzialmente finito per ricalcare i giudizi e le valutazioni precedentemente espressi, tanto che non si ritiene indispensabile farne una ulteriore sintesi in questa sede.

3. - VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE ASSISTENZIALE ITALIANA

È sulla base di una valutazione critica degli elementi così raccolti e di quelli copiosi che sono reperibili nella letteratura specializzata e nella pubblicistica del settore, che mi pare si possa così sintetizzare la problematica dell'attuale assetto assistenziale del nostro Paese.

A. — *Inadeguatezza « storica » della normativa e dell'organizzazione assistenziale.*

Per questa prima constatazione basta far riferimento ad un dato obiettivo, quale è quello dell'anzianità della legislazione che sta alla base dell'attuale sistema assistenziale italiano — più che ottuagenaria — sulla quale si sono incrostati successivi provvedimenti legislativi ad essa omogenei.

Il Paese, da parte sua, ha subito tante e tali trasformazioni sul piano sociologico, economico, politico da risultare impensabile la rispondenza della legge del « novanta » ad una realtà civile profondamente diversa.

La domanda di « intervento socio-assistenziale » — pur essendo sempre riferita a vitali e costanti esigenze dell'uomo e della famiglia sul piano della « sicurezza » e dello « sviluppo sociale » — si atteggia in modo

molto diverso dal passato ed è in costante, rapida, evoluzione, essendo diversi l'organizzazione della vita sociale, i modelli di riferimento, le risorse cui oggi si può fare ricorso. Mentre la stessa visione politica del settore assistenziale si è andata largamente modificando ed adeguando alla realtà sociale, l'organizzazione è restata sostanzialmente immutata.

Ne deriva che un serio intervento legislativo che riavvicini la « domanda » del Paese all'« offerta » del sistema assistenziale deve proporsi, senza mezze misure, una sostanziale innovazione e non un semplice assestamento e neminalistici ammodernamenti (come forse sarebbe stato possibile se in questo secolo di unità nazionale il legislatore si fosse via via posto il problema dell'adeguamento).

B. — *Molteplicità farragginosa degli organismi operanti nel settore assistenziale.*

Se si può disquisire sulla perfezione dell'indicazione di « quarantamila » come tetto dell'entità di organismi che in Italia si interessano di assistenza, prospettata nei primi documenti della programmazione nazionale, anche nella nostra indagine è emerso che essi sono una cifra rilevante, che tale cifra non è nota (tanto è vero che le stesse fonti autorevoli del Ministero dell'interno ne hanno offerta una precisazione diversa negli ultimi tempi), che la loro azione è incontrollabile e incoordinabile.

L'ipotesi infatti che un possibile « coordinamento » (sia a livello nazionale che a livello locale) sia possibile, va decisamente combattuta, anche se nel recente passato essa può essere piaciuta, perché avrebbe permesso di non toccare gran che il sistema attuale.

L'ignoranza dell'esistente, la presunzione che esso debba essere intoccabile, non rendono le attuali « opere » assistenziali certamente una risorsa sulla quale fondare una pianificazione locale e regionale dell'intervento socio-assistenziale. Ciò è dimostrato dal solo impegno per le indagini che si è sinora verificato anche nelle regioni più sviluppate: infatti la programmazione è un impegno ben più ampio e che richiede una volontà politica motivata.

Il rapporto con il « territorio » e soprattutto con la « popolazione » (utente o potenzialmente utente) è un elemento che sfugge all'attuale filosofia dell'assetto istituzionale assistenziale, se non come tentativo *in extremis* di salvarsi. Invece, è a « livello locale » — nel-

la rispondenza delle aspettative ed alle esigenze locali — che una parte (quella « vitale » e disinteressata) dell'attuale assetto, pubblico o privato, può dimostrarsi valida. In ciò rispondendo efficacemente alla nuova logica: non la legislazione rigida, ma la « domanda » specifica.

Un ribaltamento di concezione è anche qui necessario: occorre costruire il « sistema locale » della politica sociale, responsabile delle sue scelte programmatiche; è un salto di qualità anche per la vita politica, democratica. Col senno di poi, a coloro cui sarebbe risultato preferibile, occorre dire che se fosse stata perseguita nel tempo una razionalizzazione del sistema esistente (ad esempio, con il superamento delle più banali distinzioni giuridiche o con un serio coordinamento a livello nazionale e locale) forse si sarebbe evitato un trauma del genere.

C. — *Superficialità dell'attuale assetto per « categorie ».*

Quanto questo « peccato d'origine » della categorizzazione sia insito nella cultura dell'attuale assetto lo si evidenzia nelle difficoltà di coglierne tutte le implicanze e le pieghe negative, anche nei più moderni tentativi innovatori.

Si pensi al rilievo che ha ora la nuova politica per gli anziani, fondata sul superamento del sistema di ricovero assistenziale, ospedaliero e sanitario per eliminare i problemi di isolamento e di rigetto della « terza età », ma sempre basata sulla stessa logica di specifiche esigenze della « categoria » che dà luogo ai servizi sociali, ricreativi, sanitari, « geriatrici ». Forme sempre di isolamento, quali possono manifestarsi persino in moderni *clubs* per anziani, centri geriatrici, istituti geriatrici, soggiorni di vacanza per anziani, servizi di assistenza domiciliare per anziani. Sarebbe invece prioritaria la presenza di un efficiente sistema di servizi « aperti » per tutta la comunità locale, ivi inclusi gli anziani, gli handicappati e gli altri « esclusi ».

Tutti gli intervenuti all'indagine hanno evidenziato la banalità e gli sprechi dell'attuale assetto a « compartimenti stagno », punto nevralgico delle attuali disfunzioni, per cui non vale la pena di soffermarvisi ulteriormente, ma di trarne tutte le conseguenze. Il pericolo evidente, qualora non sia avvenuta una presa di coscienza « culturale » del settorialismo, è la ripartizione di tale fenomeno nell'organizzazione anche regionale e locale del nuovo assetto.

D. — *« Discrezionalità » nel rapporto con l'utente dell'assistenza.*

Dall'assetto culturale e politico precedente all'attuale sistema democratico, trae origine la discrezionalità come elargizione di un bene (assistenza) non dovuto al povero. Deformando la concezione cristiana del settore, molto viene lasciato all'« impulso », al « caso » pietoso, alla « sollecitazione », piuttosto che alla giustizia, in cui venga riconosciuta innanzitutto la « dignità » umana.

Il discorso implica certo un approfondimento ed una analisi nei singoli casi, ma è evidente — almeno per coloro tra noi che si richiamano al cristianesimo — che va superato il superficiale richiamo alla « beneficenza ». Chi vuol beneficiare (dopo aver pagato le tasse, che la sua appartenenza alla comunità civile gli impongono), lo può fare liberamente e la Costituzione glielo riconosce anche come « cittadino », ma con questo non si intorbidì il problema ben preciso della « giustizia sociale », delle leggi nazionali per la « sicurezza sociale » (vedi minimi salariali, pensioni retributive e sociali, assegni di disoccupazione, norme contro l'inquinamento, gratuità delle prestazioni sanitarie, eccetera) e dell'assetto sociale dei servizi sanitari, sociali ed educativi, gestiti dalla comunità.

In questo senso la « politica sociale » (che investe, come ormai è evidente, campi ben più ampi di quello assistenziale e sanitario) è un diritto nello « sviluppo » del Paese, da non barattarsi a fronte di una presunta autonomia « politica economica » e dei suoi livelli di reddito: e ciò anche a vantaggio di un serio sviluppo « bilanciato ».

L'inserimento di una effettiva dimensione sociale dei problemi relativi allo sviluppo dei servizi sociali e sanitari nella pianificazione nazionale, regionale, locale, sono un modo reale per superare la « marginalità » del settore assistenziale sinora verificatasi e per superare la discrezionalità di centri di decisione incontrollati democraticamente.

Una legislazione nazionale e regionale tenta all'evolversi dei bisogni sociali ed una organizzazione locale della politica sociale, dovrebbero essere strumenti per superare la burocratizzazione dell'intervento sociale, la sua rigidità, inefficienza e scarsissima rispondenza alle esigenze del cittadino.

E. — « *Centralizzazione* » dell'attuale assetto.

Contrapponendosi anche ad una ricca esperienza di vivacità locale di iniziative assistenziali, l'attuale sistema è stato fondato ed è stato via via rafforzato nella direzione esclusiva della centralizzazione. La generale paura dell'apparato burocratico ministeriale di « perdere potere » si è verificata anche nel campo assistenziale.

Anche quando, per esigenze organizzative, si è dovuto decentrare, lo si è fatto rafforzando le strutture periferiche dei Ministeri o degli Enti nazionali, mai delegando « potere » agli enti locali, i quali anche negli anni più recenti si sono visti sempre più emarginare.

La stessa affermazione — che oggi si riprende in certe sedi — che la struttura centrale nazionale garantirebbe omogeneità di trattamento per le zone depresse, è disattesa dai fatti. L'indagine parlamentare sulla miseria sottolineava vent'anni fa che c'era un rapporto inverso tra livello dei bisogni e livello delle prestazioni, per cui le regioni più sviluppate socio-economicamente risultavano ben più attrezzate di servizi e ricche di risorse finanziarie di quanto non lo fossero le altre. La situazione non è certo mutata.

La lontananza dalle specifiche realtà e l'inevitabile fredda burocratizzazione hanno reso l'attuale sistema del tutto inutilizzabile nel quadro di una riforma: lo si è visto recentissimamente nella vicenda dei decreti delegati e nel costante atteggiamento di contrastare « efficacemente » ogni tentativo di riportare un po' di potere a livello locale. Se ne trae anche l'indicazione operativa di una assoluta inopportunità di « delega » da parte del Parlamento in sede normativa.

Questa abitudine a procedere con schemi rigidi, univoci, che non lasciano spazio all'iniziativa locale, è talmente radicata nella cultura della classe politica e amministrativa che c'è il pericolo, oltretutto, di ritrovarla presente anche nell'impegno regionale, legislativo ed organizzativo.

F. — *Inadeguatezza « tecnica » delle attuali strutture.*

Salvo ampie eccezioni, che si trovano tuttavia comprese dalla generale situazione, il livello — riconosciuto nelle stesse audizioni della Commissione — del personale e dei quadri amministrativi è del tutto insufficiente dal punto di vista tecnico. La rigidità e la burocratizzazione del settore hanno favorito la capacità amministrativa di ordinaria amministrazione,

non certo lo studio dei problemi e lo sviluppo delle capacità tecniche. Lo stesso atteggiamento mitico con cui si fa riferimento al « servizio sociale » e la presunzione che l'inserimento in organico di qualche assistente sociale possa rinnovare le strutture assistenziali, dimostrano la superficialità delle acquisizioni, basate in gran parte su letture affrettate e sul « sentito dire », non certo sul ripensamento critico.

La tesi inoltre della « polivalenza » del personale della pubblica amministrazione non può certo aver favorito un arricchimento di esperienze ed una maturazione critica professionale.

Essendo nota l'importanza che nel settore dell'intervento sociale e sanitario hanno la presenza e la capacità degli « operatori » ancor più delle attrezzature, risulta evidente il grave *handicap* che frena all'origine ogni ipotesi di rinnovamento del settore. L'indifferenza con cui Governo e Parlamento hanno sinora guardato ai problemi della formazione moderna del personale paramedico e socio-assistenziale sono una ulteriore riprova della marginalità sinora riconosciuta allo sviluppo sociale.

È questo invece un punto essenziale sul quale concentrare prioritariamente ogni sforzo organizzativo e concettuale, con la creazione di serie ed attrezzate sedi di formazione di queste categorie di operatori sociali e sanitari.

Se si pensa inoltre che la realizzazione di una politica locale dei servizi porrà il problema della creazione di quadri tecnici a tale livello e che nel ruolo promozionale delle Regioni va prevista un'azione di assistenza tecnica alle strutture subregionali, si coglie l'importanza di avere in poco tempo a disposizione non solo operatori sociali e sanitari, ma quadri tecnici locali e regionali capaci di « reggere » il nuovo assetto che dovrebbe scaturire dalla legge-quadro. Il recupero di ogni risorsa professionale già presente nell'attuale sistema è certamente opportuno, come è evidente, mentre si dovrà puntare anche su un'azione di riqualificazione almeno del personale che si dimostri interessato e disponibile al « nuovo ».

G. — *Imprecisione sull'ammontare delle spese assistenziali.*

Come conclusivo elemento critico dell'attuale assetto — e per certi versi logica conseguenza di quanto sinora richiamato — è la verificata impossibilità, come ha ricordato il

senatore Signorello, di precisare l'ammontare di quanto attualmente si spende per l'assistenza. Il decreto delegato sulla « beneficenza pubblica » nel riferirsi esclusivamente al bilancio del Ministero dell'interno e nell'escludere il settore degli enti nazionali assistenziali, ha risottolineato la drammaticità e lo sperpero di questa situazione.

Una recentissima indagine del CENSIS consente di rilevare che la spesa assistenziale pubblica sarebbe salita da 202,5 miliardi nel 1955 a 894,1 nel 1970, comprendendo in ciò solo la parte relativa alle voci specifiche per l'assistenza stanziata sul bilancio dello Stato, degli Enti assistenziali obbligatori (ONPI-ENAOLI-ANMIL-ENAGM), dei comuni, delle province, dei patronati scolastici (ventotto miliardi) e della sola quota INPS per la pensione sociale agli ultrasessantacinquenni poveri, istituita nel 1969. Per chi sostiene che non vi sono mezzi, c'è una base di partenza abbastanza significativa. Più interessante è osservare che, fatti pari a cento gli indici di spesa del 1955, la spesa pubblica globale è salita a 515,4 nel 1970, mentre la spesa per il settore della assistenza sociale è salito solo a 441,5.

Ciò induce a ritenere che di fatto il settore assistenziale è andato a rimorchio degli altri settori più dinamici. Tale incremento sembra pertanto, da un lato, il frutto del tentativo, parzialmente riuscito, di tenere il passo con gli altri settori, in funzione di una logica tale da garantire almeno l'autoconservazione delle strutture d'intervento, dall'altro la risposta ad una domanda generica di aumento delle prestazioni, vuoi per le esigenze di adeguamento a un tenore generale di vita più elevato, vuoi per una certa influenza delle spinte espansive di settori vicini a quello assistenziale, come il previdenziale o il sanitario.

Riguardo a comuni, province ed ECA la staticità della ripartizione percentuale per funzioni della spesa, rende grandemente improbabile l'ipotesi di una trasformazione della logica espansiva della stessa.

Per quanto attiene agli istituti assistenziali, le cui entrate derivano in parte da trasferimenti in loro favore effettuati da enti pubblici, in parte da contributi dei privati, non si ha motivo di ritenere che si sia avuta una espansione rilevante della spesa. Un tentativo di valutazione qualitativa ricorrendo allo *standard* « numero di assistiti per addetto » lascerebbe supporre, fra il 1960 e il 1967, un livello migliore delle prestazioni; l'indice è passato da 4,5 a 4 assistiti per addetto, in virtù sia di un certo aumento del personale (da 82.158 a

91.521 unità nel periodo) sia di una diminuzione del numero degli assistiti (374.116 e 369.291 rispettivamente nel 1960 e nel 1967).

Sembra peraltro trattarsi di una supposizione un po' ardita, date le molteplici vicende che hanno in questi anni coinvolto gli istituti assistenziali e assodato lo scarso livello di qualificazione del personale disponibile. Nel quadro complessivo dell'evoluzione storica della spesa assistenziale, il 1970 sembra far registrare una svolta, con un forte incremento sull'anno precedente, superiore, per la prima volta, a quello segnato dalla spesa pubblica in complesso. Esso appare per altro dovuto esclusivamente all'estensione dei beneficiari della cosiddetta « pensione sociale » introdotta dalla legge 30 aprile 1969, n. 153 a favore degli ultrasessantacinquenni privi di reddito: il relativo importo ha segnato nel 1970 un aumento del 147,6 per cento.

Del resto, la misura ha più che altro un carattere di razionalizzazione di una linea assistenziale espressa in termini di assistenza economica generica; allo stato attuale essa si giustappone alla logica assistenziale senza modificarla nel fondo. In certo qual modo essa riflette la corrente d'opinione che si rifà al « minimo vitale garantito » ma ne dà una applicazione che lascia alquanto a desiderare.

Nella fase iniziale della riforma, è auspicabile comunque che il Parlamento avochi a sé, magari delegandola alle competenti Commissioni dei due rami, la funzione di inventariare le attuali risorse finanziarie e patrimoniali del sistema assistenziale, da iscrivere in un « fondo » da ripartire poi tra le Regioni.

4. - ORIENTAMENTI PER IL SUPERAMENTO DELL'ATTUALE SITUAZIONE

Mi sembra che, da quanto ho cercato di sintetizzare criticamente, l'analisi dell'attuale situazione e delle più evidenti disfunzioni offra precise indicazioni sui « punti fermi » che dovrebbero reggere il nuovo ordinamento assistenziale. Si tratta spesso di assumere degli orientamenti *sostanzialmente* diversi da quelli che attualmente sono usati, ma tutti sono stati concordi nel ritenere che così le cose non possono proseguire e che di conseguenza occorre avere il coraggio di porre mano ad una effettiva riforma. Altrimenti è sicuro un ulteriore e rapido deterioramento della situazione, il che è ancor più grave in un momento di percezione diffusa del problema e di elaborazione culturale molto più avanzata che in passato.

A - *Superamento dell'isolamento del settore assistenziale.*

Per un'assistenza che voglia effettivamente essere « preventiva » si pone l'esigenza di uscire dall'isolamento e dalla marginalità, cogliendo gli essenziali inter-rapporti con i vari settori della politica sociale, le cui disfunzioni sono in gran parte causa di « domanda assistenziale »: politica del lavoro, politica della casa, politica della salute, politica della scuola, politica del territorio.

Questo superamento dell'isolamento lo si può realizzare, almeno:

favorendo l'accorpamento di funzioni riferite alla politica sociale in un unico Ministero ed in un unico Assessorato;

sviluppando una seria politica programmata, realmente « integrata » nelle diverse componenti, per riferimento agli obiettivi unitari ed ai più rilevanti problemi recepiti.

Ciò è tanto più necessario se si vuole realmente superare il « criterio della povertà » nella politica assistenziale e se si ritiene pertanto di favorire lo sviluppo di tutta la comunità.

B. — *Due linee di intervento per una moderna politica nel settore.*

Pare ormai chiaro che due modi concomitanti e, spesso *interrelati* di iniziative, debbono essere assunti come propri dell'intervento pubblico nel settore assistenziale, nel quadro del tante volte citato « sistema di sicurezza sociale »:

le prestazioni di protezione sociale, generalizzate ed in un certo senso automatiche, decise con leggi (preferibilmente nazionali quando si tratti di bisogni diffusi, per evitare discriminazioni) ed il cui accesso - o revoca - viene deciso da « comitati » locali, con possibilità di ricorso a livello regionale: si pensi, per fare due esempi molto diversi, alle « pensioni sociali » per tutte le categorie che ne abbiano la necessità, ed alla « adozione » e « affidamento familiare » per le situazioni in cui sia assente o carente la protezione familiare;

i *servizi pubblici*, attinenti alle esigenze sociali, sanitarie, educative, ricreative, della popolazione che vive in una data zona, rispondenti a *standards* definiti a livello nazionale e regionale, gestiti localmente dai comuni e da loro consorzi.

Mentre il primo ordine di provvidenze tende a porre tutti i cittadini nella condizione del « minimo vitale » (o economico o affetti-

vo), i secondi debbono costituire le indispensabili « infrastrutture » per la crescita sociale dei cittadini e delle famiglie. Con ciò si vuole garantire anche a coloro che si trovano in situazione di difficoltà (transitoria o permanente) una dignitosa autonomia e la libertà di scelta fra le possibili prestazioni. L'accento posto sui « servizi aperti » - che favoriscono la permanenza dei cittadini, minori e adulti in difficoltà, nel loro ambiente familiare e comunitario - è una chiara indicazione per una deistituzionalizzazione, contrapposta alle attuali preferenze del sistema assistenziale.

Il rapporto di ambedue i tipi di intervento - per quanto riguarda il loro *funzionamento* - con il normale prelievo fiscale va evidenziato in una prospettiva a medio termine.

C. — *La dimensione locale della politica assistenziale.*

Come ipotizzato anche nei documenti della programmazione nazionale e della elaborazione culturale degli ultimi anni, la gestione della politica sociale va riportata a quel livello locale in cui, oltretutto, si colloca storicamente nell'antica tradizione del nostro paese. Ciò per ovviare ai riconosciuti limiti della centralizzazione, del settorialismo, della burocratizzazione, della frantumazione decisionale, propri dell'attuale sistema e per favorire una reale e concreta partecipazione dei cittadini alla gestione del « bene comune » in un campo che li tocca così da vicino ed in modo evidente: l'impegno diretto nella gestione e nel controllo da parte della comunità dovrebbe tendere a ridurre tutte le manifestazioni di discrezionalità, pur possibili anche localmente (nelle forme del clientelismo presenti anche nel passato) ma certamente più controllabili direttamente in una comunità civile matura.

Mentre la Regione ha un ruolo attivo di legislazione, programmazione, studio, formazione degli operatori e dei quadri, assistenza tecnica agli enti locali minori, va, a mio giudizio, evidenziato nel Comune l'interlocutore necessario - perché di diretta espressione democratica e popolare - per la gestione della politica dei servizi sociali, sanitari e scolastici. Il discorso culturale e politico, sembra sufficientemente maturato per i primi due settori di servizi, ma si sta sempre più prendendo coscienza che anche i servizi formativi non possono più a lungo restare isolati e dipendenti esclusivamente da un potere centrale, ministeriale e dai suoi diretti organi periferici.

L'estrema eterogeneità delle situazioni comunali in Italia, per quanto riguarda la loro consistenza demografica, impegnerà poi in sede di programmazione e di legislazione regionale – tenendo conto delle specifiche realtà di ogni Regione – ad individuare soluzioni che garantiscano la reale possibilità di gestire non solo singoli servizi, ma una « politica locale programmata » ed un serio livello di partecipazione democratica e di efficienza tecnica. Voglio riferirmi cioè – sulla linea di quella ipotesi innovativa che è stata il concetto di « unità locale » sia per la riforma sanitaria che per quella assistenziale – all'istituto del consorzio obbligatorio nel caso dei piccoli comuni, così da costituire un livello comprensoriale efficiente e, al decentramento politico-amministrativo nel caso dei grandi comuni.

Questa « zonizzazione » del territorio regionale non è però un fatto puramente tecnico, bensì una scelta politica di ristrutturazione politico-amministrativa a livello subregionale, in vista del perseguimento degli obiettivi di sviluppo enunciati nei piani regionali, e non può non essere dunque un impegno globale, valido non solo per i vari settori di servizi (sanitari, sociali, assistenziali, ricreativi), ma anche per lo sviluppo economico ed urbanistico. Gli *inter-rapporti* tra questi vari aspetti, una volta negati o misconosciuti, si sono dimostrati, nella realtà di zone in trasformazione e sviluppo, di evidente consistenza.

D. – *Superamento della contrapposizione tra « pubblico » e « privato ».*

Sembra a me che – riconducendo a livello locale, in unitarietà di visione, la politica dei servizi – il dilemma « pubblico-privato », che anche nelle audizioni è riaffiorato talvolta quasi come problema prioritario dell'assistenza, vada ridimensionato: infatti lo si continua a porre ancora nei termini propri del sistema assistenziale che vogliamo superare e come riflesso di condizioni storiche (ivi inclusa la contrapposizione frontale tra Stato e Chiesa) che sono radicalmente mutate.

Anche se ci potranno essere soluzioni transitorie – dettate *localmente* da criteri di opportunità e dalla libera volontà popolare – è certo che nel medio termine si arriverà ad una situazione in cui i servizi pubblici saranno tutti programmati e controllati dalla comunità, come espressione delle proprie esigenze e dell'organizzazione locale dello sviluppo, senza che ciò debba impedire che accanto a forme di gestione diretta, ve ne siano altre, di auto-gestione da parte degli utenti o di am-

bienti e gruppi specializzati. Eliminati infatti i grandi apparati di gestione centralizzata dell'assistenza, avverrà fatalmente – almeno me lo auguro – un ridimensionamento del problema. Oltretutto ci sono due riflessioni da fare:

usando il termine « assistenza privata » con riferimento non alla struttura del passato ma alla realtà presente, ci riferiamo caso mai ad espressioni « volontaristiche » di disponibilità ad operare a favore degli altri: le forze volontarie trovano infatti nei servizi locali un ottimo terreno di mobilitazione, non ponendo certamente il problema della contrapposizione « pubblico-privato » cui siamo di solito abituati a pensare;

nell'affermare che l'assistenza privata è « libera », la Costituzione intende garantire, come in altri campi, la libertà dei cittadini di disporre delle proprie risorse finanziarie e umane per assistere e beneficiare coloro che si trovano in difficoltà; il sistema di sicurezza sociale ed i servizi sociali si reggono invece su di un'altra logica, che è quella del diritto-dovere della comunità di organizzarsi per lo sviluppo sociale: a questa logica è auspicabile che partecipino in forma pluralistica tutti quanti la accettano.

In sostanza non è tanto su una valutazione qualitativa dell'efficienza dei servizi gestiti da enti pubblici o privati che il problema va posto – come è emerso anche nelle audizioni – quanto in una nuova visione del ruolo degli enti locali, in cui i cittadini si sentano più tutelati nelle loro esigenze. L'impegno pubblico viene ad avere caratteristiche molto diverse, come ho sin qui richiamato, da quelle che ha sinora avuto.

In proposito non si può ignorare il problema sul quale il Ministro incaricato per l'attuazione dell'ordinamento regionale richiedeva nella relazione introduttiva allo schema di decreto delegato il contributo della Commissione interparlamentare: quello relativo alla competenza regionale in materia di beneficenza privata, per la quale lo schema « non prevede alcuna norma... poiché trattasi di questione notevolmente complessa al cui superamento può pervenirsi con il costruttivo contributo sia delle Regioni che della Commissione interparlamentare ».

Con questa formula si era di fatto cercato di superare provvisoriamente il forte contrasto tra Ministero dell'interno e gli uffici del Ministro incaricato per l'attuazione dell'ordinamento regionale. A tale scopo si può rilevare che una risposta implicita era già contenuta nella nota introduttiva al bilancio

dell'interno 1970, nel senso della inscindibilità della materia.

Fermo restando che l'assistenza privata è libera, la natura del soggetto (pubblico o privato) non può avere rilievo ai fini della ripartizione costituzionale delle competenze tra Stato e Regioni; ha rilievo invece ai fini della determinazione in concreto delle competenze regionali, che - nei confronti degli enti privati - saranno soltanto quelle oggi attribuite agli organi statali (cioè essenzialmente di vigilanza); quando poi l'ente privato svolge un servizio pubblico in convenzione e attraverso forme varie di contribuzione dello Stato, è chiaro il carattere di servizio pubblico e la impossibilità di sottrarre le relative competenze alle Regioni.

Va notato del resto che la legislazione vigente conferma tale interpretazione. Ad esempio il decreto luogotenenziale n. 173 del 1945 relativo ai comitati provinciali di assistenza e beneficenza pubblica, attribuisce loro anche competenze nei confronti delle istituzioni private (sotto questo profilo tra l'altro la distinzione delle materie non consentirebbe il trasferimento dei comitati provinciali previsto dallo schema ministeriale).

È appena necessario aggiungere che il richiesto « contributo » delle Regioni al controverso problema, era stato espresso unanimemente nel senso sopra esposto.

Anche a volersi limitare a queste brevi considerazioni, che furono unanimemente approvate dalla Commissione interparlamentare per le questioni regionali, risulta chiaro il limite e l'insufficienza degli schemi di decreto che si susseguirono in ben tre versioni successive dal 2 dicembre 1971 in poi, fino all'ultimo testo pubblicato sulla *Gazzetta ufficiale* 2 febbraio 1972.

Questo ultimo testo rappresenta di fatto un passo indietro perfino nei confronti dell'iniziale schema dell'agosto 1971.

Il problema dei comitati di soccorso e delle istituzioni private di beneficenza è stato risolto riaffermando la competenza statale, ma aggiungendo che la materia dovrà essere disciplinata con successivo provvedimento da emanare entro il 6 giugno 1972.

Va subito detto che questa formulazione non ha alcun significato dal punto di vista legislativo, poiché non è vincolante né per la data né per la volontà del Governo che sarà in carica il 6 di giugno.

Vi sono troppi esempi per comprendere perché questo formale compromesso sia stato accolto.

Nella sostanza invece, questa formulazione risulta molto grave, perché intanto sancisce una diversità di oggetto e una dicotomia di materie tra assistenza pubblica e assistenza privata, mentre tutti i documenti più recenti hanno teorizzato la necessità di superare definitivamente la polemica pubblico-privato in una concezione dei servizi per i cittadini, nella quale non conta il carattere della gestione quanto invece la finalità comune da raggiungere attraverso una programmazione cui partecipino anche i privati, sottoponendosi per altro al legittimo controllo pubblico.

Mentre qualcuno sospetta e fa sospettare che tale concezione finisca per essere in qualche modo di tipo statalista, occorre finalmente gridare forte che questa è l'unica e possibile forma per garantire e realizzare il pluralismo delle iniziative, non solo per quanto attiene all'assistenza sociale, ma anche per l'istruzione professionale, la scuola, ecc.

Sento il dovere altrettanto decisamente di smentire che la formulazione del decreto possa aver trovato giustificazione in una sorta di difesa degli interessi del mondo cattolico nel settore dell'assistenza privata.

Al contrario, è proprio dal mondo cattolico che sono venuti i più qualificati contributi culturali per la concezione unitaria dei servizi sociali e per il superamento del dibattito tra pubblico e privato.

I più avveduti ambienti cattolici, sotto questo profilo, hanno da tempo avvertito che una diversa attribuzione di competenza tra Stato e Regione, riservando all'uno l'assistenza privata e all'altro l'assistenza pubblica, lungi dal tutelare gli interessi dei privati, finirebbe per giustificare una eventuale volontà di emarginazione dell'assistenza gestita da privati, da parte delle Regioni.

Ciò perché è inevitabile che si giunga ad una programmazione territoriale dei servizi su piano regionale e perché quindi il pluralismo delle iniziative - tutte - deve trovare possibilità di partecipazione e di coordinamento a livello regionale.

Ma c'è di peggio, poiché non ci si è accorti che sono stati usati criteri diversi per materie affini, cosicché ad esempio tutto il settore della iniziativa privata attinente alla materia sanitaria, non solo quello delle case di cura ma anche quello degli istituti medico-pedagogici o assistenziali ecc. è stato trasferito alle Regioni direttamente o per delega, cosicché per tutta l'ampia zona di confine tra i due settori, nascono due tipi di diversa regolamentazione, che daranno risultati certamente negativi.

E. — *La legge-quadro come « punto di partenza » per il rinnovamento.*

Il decreto delegato, per i grossi limiti con cui è stato impostato (riferimento ad un solo Ministero, riduzione dell'oggetto ad una circoscritta interpretazione della « beneficenza pubblica ») e per la contrapposizione alle Regioni nascenti, con cui è stato gestito specie nelle ultime battute della sua approvazione, è risultato uno strumento insignificante sulla strada della riforma, se non per aver, nonostante tutto, cominciato a rendere concreto il ruolo operativo delle Regioni.

Nel dibattito che si è avuto per il decreto delegato, sia coloro che volevano procrastinare l'attribuzione di più ampi poteri alle Regioni e la modificazione della situazione esistente, sia coloro che contrastavano questo indirizzo, si sono richiamati all'urgenza di promulgare una legge-quadro per l'assistenza.

È un retaggio che lasciamo alla prossima legislatura, nella convinzione che si tratti di un'azione prioritaria. Senza di una legge-quadro infatti, anche per effetto dei limiti e della fumosità del decreto delegato, non potrebbe aprirsi una permanente conflittualità tra Stato e Regioni, per cui la Corte Costituzionale verrebbe spesso chiamata in causa per dirimere controversie sostanziali.

In sintesi, anche in base alle sollecitazioni emerse nelle audizioni, mi pare che le sostanziali innovazioni della legge-quadro per l'assistenza, dal punto di vista istituzionale ed organizzativo, dovrebbero essere le seguenti:

concentrazione in un'unica sede ministeriale delle competenze nel settore, assicurando in tale sede la disponibilità di adeguate strutture tecniche;

esercizio di un ruolo di indirizzo a livello nazionale, esercitabile essenzialmente in sede di programmazione;

creazione di un fondo nazionale per l'assistenza, in cui far confluire *tutti* gli attuali stanziamenti a ciò destinati, distribuito alle Regioni con criteri predeterminati;

soppressione degli enti nazionali assistenziali, e superamento degli ECA;

attribuzione alle Regioni di potestà legislativa, nel quadro della programmazione nazionale, per una politica dei servizi;

gestione organica dei servizi da parte dei comuni (o dei quartieri o di consorzi di comuni), nel quadro delle direttive regionali;

formazione del personale dei servizi sociali (congiuntamente a quello paramedico), in accordo con le università.

Certamente esistono remore ad innovazioni di questo tipo, altrimenti non si vede perché la riforma assistenziale non sarebbe stata fatta in questi vent'anni ed in particolare in questa V legislatura, ma credo che esse siano prevalentemente di ordine culturale (connesse alla mancata considerazione delle reali esigenze odierne e delle prospettive anche tecniche che sono maturate negli ultimi tempi e che sono largamente sperimentate in altri paesi).

Mi sembra che in vari progetti « globali » di riforma, presentati negli ultimi tempi superando la settorialità ed il campanilismo delle proposte formulate in passato, ci si sia orientati nella direzione indicata più sopra. Anche da questa indagine, pur con i suoi limiti e la sua incompletezza, sono emersi elementi ed indicazioni volte a superare le ultime resistenze e a varare al più presto una vera riforma assistenziale e dei servizi sociali, di cui il Paese ha bisogno.

FOSCHI, *Relatore.*