

DIRITTI DELLA PERSONA E DOVERI DI SOLIDARIETA’.

Riflessioni sull’esperienza dei servizi sociali dei Comuni di Collegno e Grugliasco alla luce della legge di riforma dell’assistenza sociale.

Mauro Perino.

DIRITTI PROCLAMATI E DIRITTI ESIGIBILI.

Stato Sociale e diritti.

Lo Stato contemporaneo si caratterizza come *Stato di diritto* e come *Stato sociale*. Se lo Stato di diritto è pensato come garante delle libertà dei cittadini e tutore dell’ordine pubblico, lo Stato sociale ha il fine primario di creare, per tutti i cittadini, le condizioni materiali per l’esercizio dei diritti civili e politici; si ispira dunque ad un egualitarismo che si attua mediante un’ampia attività pubblica di carattere promozionale - assistenziale.

Gli obiettivi dello Stato sociale trovano ampia formulazione negli articoli 2 e 3 della nostra Costituzione:

*“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l’adempimento dei doveri inderogabili di **solidarietà** politica, economica e sociale.”*

*“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. E’ compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l’uguaglianza dei cittadini, impediscono il **pieno sviluppo della persona umana** e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese”.*

L’assunzione della finalità di promuovere lo sviluppo della persona comporta che l’attività dello Stato, si indirizzi in tutte le direzioni in cui si verificano situazioni di difficoltà dei cittadini e si concretizzi attraverso la realizzazione di politiche di sicurezza sociale finalizzate a garantire la rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale quale condizione necessaria per l’effettivo godimento dei diritti civili e politici.

L’ordinamento dello Stato sociale riconosce a tal fine situazioni giuridiche soggettive riconducibili alla categoria dei *diritti sociali*, anche detti *diritti di solidarietà*.

La nozione dei diritti sociali del cittadino è legata all’attività ed ai fini dello Stato sociale. La nostra Costituzione riconosce espressamente il diritto al lavoro (art.4), il diritto alla salute (art.32), il diritto allo studio (art.34), il diritto alla giusta retribuzione (art.36), il diritto all’assistenza (art.38).

L’art.31 riconosce inoltre un particolare diritto all’assistenza per la famiglia che deve esser agevolata nell’adempimento dei propri compiti anche mediante appositi istituti di protezione della maternità, dell’infanzia e della gioventù - inclusi i figli nati fuori del matrimonio di cui all’art.30 .

L’impianto costituzionale - che assegna alla Repubblica nel suo insieme il compito di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo

della persona umana - chiama ad operare per tali finalità sia lo *Stato-apparato* sia lo *Stato-comunità*.

Nel periodo che va dalla fine degli anni 70 sino ai primi anni 90 si sviluppa, dal punto di vista degli indirizzi normativi, un processo di transizione da un sistema di tutela dei *diritti sociali* fondato sullo *Stato-apparato* ad uno centrato sullo *Stato-comunità* attraverso la promozione delle “autonomie locali” e l’adeguamento dei principi e dei metodi della legislazione alle esigenze dell’autonomia e del decentramento (art. 5 Cost.).

Il DPR 616/77, in applicazione del dettato costituzionale (art. 117 e 118 Cost.), trasferisce le funzioni amministrative in materia di “*beneficienza pubblica*”, “*assistenza sanitaria ed ospedaliera*” ed “*assistenza scolastica*” alle Regioni “*come attinenti ai servizi sociali della popolazione di ciascuna regione*”. In particolare le funzioni amministrative relative all’organizzazione ed all’erogazione dei servizi di *assistenza e beneficienza vengono attribuite ai Comuni* (art. 25 del DPR 616/77) unitamente a quelle relative all’*assistenza sanitaria ed ospedaliera* salvo quelle espressamente riservate allo Stato, alle Regioni ed alle Province. Spetta alle Regioni determinare con legge, sentiti i comuni interessati, gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari e stabilire i criteri di programmazione e di organizzazione dei servizi sanitari degli enti locali territoriali, i tipi e le modalità delle prestazioni.

La “beneficienza pubblica” trova, con il DPR 616/77, una sua definizione: l’articolo 22 del decreto afferma che “*le funzioni amministrative relative alla materia beneficienza pubblica concernono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore di singoli o di gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando si tratti di forme di assistenza a categorie determinate, escluse soltanto le funzioni relative alle prestazioni economiche di natura previdenziale*”. L’articolo 23 fornisce ulteriori specificazioni individuando alcune attività, comprese tra le funzioni indicate nell’articolo 22, rivolte a ben precise “categorie” di cittadini: assistenza economica in favore delle *famiglie bisognose dei detenuti e delle vittime del delitto*; assistenza post penitenziaria (*ex detenuti*); interventi in favore di *minorenni soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie* minorili nell’ambito della competenza amministrativa e civile; interventi di protezione sociale di cui agli articoli 8 e seguenti della legge 75/58 (assistenza e rieducazione delle *donne uscenti dalle case di prostituzione*).

Una nozione di “*beneficienza pubblica nel quadro della sicurezza sociale*”, quella del DPR 616/77, che fa dunque coincidere con l’ambito locale - amministrato dai Comuni titolari delle funzioni assistenziali - un’ampia parte della politica (dello Stato) sociale volta alla tutela del diritto all’assistenza.

In ogni caso il trasferimento ai Comuni (ed alle Province per gli interventi ex ONMI) delle funzioni assistenziali precedentemente esercitate da una miriade di enti assistenziali dello *Stato-apparato* (ECA, ENAOLI, ENPMF ecc) –avviene nel rispetto di *quanto di buono* era (ed è) contenuto in alcune leggi (pre costituzionali) finalizzate alla tutela delle persone più deboli.

Restano infatti parzialmente in vigore, accanto al DPR 616/77, alcune leggi fondamentali di settore – decisamente *cogenti* nei confronti dei soggetti istituzionali preposti alla tutela dei *diritti di solidarietà* - quali: il regio decreto 6535 del 1889 che obbliga i comuni ad intervenire nei confronti dei minori, degli inabili al lavoro e degli

anziani che “per insanabili difetti fisici o intellettuali non possano procacciarsi il modo di sussistenza”; il regio decreto 773 del 1931 che dà facoltà all'autorità locale di pubblica sicurezza di proporre il ricovero in istituto di assistenza delle persone inabili al lavoro e prive di mezzi; il regio decreto 383 del 1934 che obbliga i comuni a sostenere le spese per il mantenimento degli inabili al lavoro e le province a farsi carico degli “infanti illegittimi, abbandonati o esposti all'abbandono” e dei “ciechi e sordomuti poveri e rieducabili”.

Ma il DPR 616/77 (e la legge 833/78 di riforma sanitaria ad esso connessa), oltre a sancire la centralità dei comuni quali soggetti istituzionali dai quali *esigere* gli interventi di tutela sociale costituzionalmente garantiti, pone le basi per la progressiva creazione, negli anni '80 e '90, di servizi sociali (integrati con quelli sanitari) stabili e diffusi sul territorio.

Nascita e sviluppo dei servizi sociali locali.

Sin dall'inizio è apparso chiaro, a livello locale, che il perseguimento di così ampi obiettivi di promozione (della salute, culturale e educativa, sociale ed economica della popolazione) - implicando una costante incidenza sui diritti della persona - comportava una puntuale applicazione dei principi generali (e della relativa normativa) in tema di *diritti fondamentali del cittadino* e, fra gli altri, di quello all'effettiva partecipazione alle scelte in materia di politica dei servizi.

Nel lontano 1978 i Comuni di Collegno e Grugliasco costituiscono un primo consorzio: “*allo scopo di assicurare il riordino, lo sviluppo e la gestione dei servizi sanitari e socio – assistenziali nell'ambito di una organica politica di sicurezza sociale ai sensi delle Leggi Regionali n. 41/76 e 39/77*”. L'articolo 2 dello statuto ne definisce le funzioni: “**Il consorzio si propone, nell'ambito del territorio di sua competenza e con la partecipazione della popolazione, la tutela del diritto di ogni cittadino alla promozione, mantenimento e recupero dello stato di benessere fisico e psichico, nonché la promozione del benessere sociale e il recupero dell'equilibrio ecologico del territorio**”.

Si può davvero dire, alla luce del dibattito attuale sui sistemi di sicurezza sociale, che “il futuro ha un cuore antico” ed è difficile non provare la sensazione di aver compiuto un percorso circolare!

In ogni caso nell'area territoriale dei Comuni di Collegno e Grugliasco si sono compiute tutte le tappe di questo percorso. Dal tentativo del 1978 di gestire in modo integrato il primo esile complesso di servizi socio-sanitari si passa - in applicazione della Legge Regionale 20/82 - ad una gestione più strutturata e stabile degli stessi mediante l'Unità Socio-Sanitaria Locale.

L'USSL 24 – allora configurata come *strumento operativo* dei Comuni per la gestione associata ed integrata delle funzioni sociali e sanitarie – assume la gestione dei servizi socio-assistenziali, ai sensi dell'articolo 8 della LR 20/82, su delega dei comuni titolari delle funzioni, con deliberazione dell'Assemblea Generale n.24 del 29 ottobre 1982.

Dal gennaio 1983 viene costituito il servizio socio-assistenziale chiamato ad esercitare le funzioni previste dall'articolo 9 della L.R. 20/82 in un bacino territoriale, comprendente i due comuni, fortemente caratterizzato dalle problematiche sociali tipiche della prima cintura metropolitana.

Le idee guida che caratterizzano la scelta della gestione associata fra i Comuni ed integrata con i servizi sanitari si ispirano alla sintesi, alla globalità, all'unitarietà dei servizi e degli interventi da offrire alla cittadinanza. L'Unità socio-sanitaria nasceva allora, nella Regione Piemonte, proprio con lo scopo di rendere convergenti le scelte, le azioni e le risorse (sociali e sanitarie) su scala locale, per produrre il famoso “*benessere psico – fisico*” delle persone attraverso la gestione associata ed integrata dei servizi sociali e sanitari. Vi era, in quella fase, un “comune sentire” sulla necessità di integrare *almeno* le funzioni socio-sanitarie, pur nella consapevolezza che ciò rappresentava una *deroga* ad una impostazione più forte che teorizzava la costruzione delle *Unità locali di tutti i servizi*.

Nella prima fase del percorso si è creduto fortemente nella logica dello *strumento unico di gestione* in quanto adatto a favorire sinergie, economie e possibilità di miglioramento dei servizi socio-sanitari. Da subito, però, si è anche preso atto del limite rappresentato dalla separazione dei servizi socio-sanitari gestiti dall'USSL dal complesso delle attività culturali, ricreative, educative e di promozione dello sviluppo territoriale che rimanevano prerogativa dei comuni. In buona sostanza si è dovuta rimarcare la difficoltà a connettere ed a coordinare, a livello locale, le *politiche per i deboli con le politiche per tutti* o, per meglio dire, a far sì che nel formulare “le politiche per tutti” si considerassero nel giusto modo le esigenze dei più deboli.

In ogni caso la scelta della gestione associata ed integrata in capo all'USSL delle funzioni sociali e sanitarie da parte dei Comuni di Collegno e Grugliasco ha consentito di realizzare un ampliamento degli investimenti, sia sul piano delle risorse finanziarie che delle risorse umane e professionali. Si struttura e stabilizza un impianto operativo che permette di estendere progressivamente gli interventi sino a coprire in modo soddisfacente le fasce di disagio. Si affina, anno dopo anno, la metodologia d'intervento perseguendo l'obiettivo strategico del miglioramento della qualità e della quantità degli interventi erogati, razionalizzando l'uso delle risorse, anche attraverso economie di scala consentite dalle dimensioni ottimali del bacino operativo.

L'impianto gestionale che ha consentito la nascita e lo sviluppo di una rete di servizi sociali e sanitari articolato e diffuso in ambito locale - incardinato sul DPR 616/77, sulla L.833/78 e sulle Leggi Regionali attuative – viene radicalmente modificato, nei primi anni '90, dalla “*riforma della riforma sanitaria*” attuata con il DLgs. 502/92 e con il DLgs.517/93.

Anche sul versante dei Comuni si delineano possibilità di cambiamento. La legge di riforma dell'ordinamento delle autonomie locali 142/90 afferma, all'articolo 9, che “*Spettano al comune tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione ed il territorio comunale precipuamente nei settori organici dei servizi sociali*”. Nella legge si precisa inoltre (art.22) 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 di gestione dei “servizi pubblici locali” tipizzate nella legge 142/90 sono cinque: *in economia; in concessione a terzi; a mezzo di azienda speciale; a mezzo di istituzione*. Alle cinque forme gestionali si aggiungono le forme associative e di cooperazione previste nel capo VIII: *le convenzioni; le unioni di comuni; gli accordi di programma ed inoltre i consorzi* (art.24) 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'art.23 in quanto compatibili”.

Il consorzio si configura dunque, nel contempo, come strumento di gestione assimilato all'azienda speciale e come organo di cooperazione e collaborazione tra enti locali finalizzato allo svolgimento coordinato di servizi che interessano un'area più vasta di quella del singolo comune.

Ed è proprio a questo strumento gestionale che pensano i Comuni nella fase del riassetto del sistema sanitario dei primi anni '90. Dalla valutazione, complessivamente negativa, sulla possibilità di esercitare realmente il *diritto dovere* di esprimere il bisogno socio-sanitario della comunità locale nei confronti delle nascenti Aziende Sanitarie Regionali deriva la decisione, dei comuni, di non confermare la delega alla gestione delle attività socio-assistenziali.

Dal gennaio 1995 alle Unità Socio-Sanitarie istituite dalla legge 833/78 subentrano, in applicazione dei decreti legislativi 502/92 e 517/93, le Aziende Regionali USL individuate con la L.R 39/94.

L'USSL 24 di Collegno e Grugliasco viene inglobata nell'Azienda Regionale USL 5 unitamente alle UU.SS.SS.LL 25 di Rivoli; 34 di Orbassano; 35 di Giaveno e 36 di SUSA.

Le Amministrazioni Comunali decidono di provvedere alla riassunzione delle funzioni socio-assistenziali da gestire in modo associato attraverso la costituzione di un consorzio tra i due Comuni. Nel corso del 1995 - prima ancora dell'emanazione della Legge Regionale 62/95 di riordino dei servizi socio assistenziali - vengono attivate le procedure per la costituzione del C.I.S.A.P – “Consorzio Intercomunale dei Servizi Alla Persona”.

Il “Consorzio Intercomunale dei Servizi Alla Persona”.

Oltre alle valutazioni politiche hanno pesato, nella scelta del nuovo modello gestionale, altri elementi. In primo luogo il riconoscimento della *valenza specialistica* e della complessità dei servizi da gestire (presenza di diverse figure professionali, con forte autonomia, varietà ed articolazione delle prestazioni, elevato numero di dipendenti ecc). In secondo luogo l'analisi del bacino d'utenza interessato o potenziale. Il terzo elemento valutato è stata la convenienza economica (stante il dato istituzionale di partenza si è considerata la maggiore o minore facilità nel reperimento delle risorse, i costi d'impianto e di gestione ecc). Infine l'opzione per una metodologia di gestione di tipo aziendalistico (caratterizzata da una organizzazione in line e staff, gestione per budget e centri di costo, attenzione alla redditività delle prestazioni erogate o degli interventi prodotti).

La scelta di operare nel rispetto del “criterio delle tre E” (efficienza, efficacia, economicità) costituisce sicuramente un elemento di innovazione importante per il funzionamento degli organismi e dei servizi chiamati a gestire le attività sociali ed assistenziali nella fase di trasformazione del sistema di produzione e gestione dei *servizi sociali* che comincia a delinearsi con la legge 142/90.

La riconfigurazione organizzativa si colloca dunque nell'ambito della ridefinizione dell'impianto concettuale sul quale fondare le politiche sociali rivolte alla *comunità locale*.

I Comuni convergono di costituirsi in consorzio ai sensi dell'articolo 25 della L.142/90, “*al fine di perseguire una organica politica di sicurezza sociale e per rendere ai*

cittadini gli altri servizi atti a garantire la migliore, compatibile, qualità della vita”. Al nuovo organismo “è altresì possibile conferire, con formale provvedimento di entrambi i comuni e previa intesa con il consiglio di amministrazione, la gestione di **ulteriori attività nel campo sociale**, sulla base di specifici progetti che individuino e definiscano le risorse materiali ed umane necessarie”. Il consorzio deve pertanto provvedere “a progettare e programmare le attività di cui sopra per la loro gestione diretta ovvero mediante **convenzioni ed affidamenti a soggetti operanti nel campo dell’associazionismo e della cooperazione sociale**”.

Già dalla convenzione che precede lo Statuto si evidenziano almeno due elementi di novità:

- Il consorzio non deve limitarsi ad espletare le funzioni “socio – assistenziali” ma deve, nell’ambito delle politiche di sicurezza sociale attuate dai Comuni, rendere alla cittadinanza i servizi necessari a migliorare la *qualità della vita*. A tal fine i comuni si riservano la possibilità di *ampliare la sfera di competenza* del consorzio affidando ad esso la gestione di *ulteriori attività nel campo sociale*;
- Il consorzio non deve necessariamente gestire direttamente i servizi ma può *progettare e programmare modalità di erogazione dei servizi attraverso soggetti del “terzo settore”*.

La prima novità è rappresentata da una lettura del DPR616/77 che recupera il concetto - contenuto nell’articolo 3 della Costituzione - di *sviluppo della persona umana* da promuovere *rimuovendo gli ostacoli di ordine sociale* che si frappongono al raggiungimento di tale obiettivo strategico. Secondo la nuova impostazione voluta dai Comuni, l’assistenza sociale deve essere espletata a beneficio della comunità locale nel suo complesso ed a tal fine deve concretizzarsi nella fornitura di prestazioni e servizi, gratuiti o a pagamento, non solo “ai poveri”, ma a tutti i cittadini in condizioni di difficoltà personale o familiare.

Tutela dei diritti ed offerta di opportunità sono dunque gli elementi sui quali si è incentrata l’attenzione del Consorzio che è stato intenzionalmente definito “**dei servizi alla persona**” proprio al fine di rimarcarne *la duplice missione*: assicurare l’assistenza sociale agli *aventi diritto* (le fasce deboli) sviluppando, nel contempo, una rete di interventi e di servizi di assistenza rivolti *anche* al resto della cittadinanza.

Diritti esigibili per i (relativamente pochi) cittadini in condizioni di grave disagio **ed opportunità** per i cittadini (“tutti”) che, pur essendo in difficoltà personale o familiare, sono in grado di “mettere in campo” risorse proprie (variamente quantificabili).

L’originalità di tale missione è rappresentata proprio dal mandato ad operare *coniugando la tutela del diritto all’assistenza sociale con la promozione di opportunità volte a potenziare i diritti di cittadinanza* senza che la fruizione dei secondi da parte di *cittadini relativamente “abbienti”* venga a ledere l’esigibilità dei primi da parte dei *cittadini inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere*.

Al consorzio si richiede, in buona sostanza, di fornire risposta ad una duplice esigenza:

- evitare, a livello locale, la divaricazione pericolosa tra *diritti proclamati e diritti effettivamente esigibili*;

- rendere possibile la *realizzazione di una rete di opportunità* e servizi che, attraverso un uso razionale delle risorse disponibili, consenta di fornire assistenza, orientamento e sostegno allo scopo di affrontare le difficoltà che tutti i cittadini dell’ambito intercomunale incontrano nella propria vita.

La seconda novità contenuta nella convenzione tra i Comuni consorziati – che si concretizza nel mandato a progettare e programmare modalità di erogazione dei servizi attraverso soggetti del “terzo settore” - deriva dalla considerazione che la crescita dell’associazionismo, del volontariato e delle imprese sociali, la crescente sensibilità per lo sviluppo della comunità locale impongono un ripensamento degli obiettivi, delle funzioni e dei modelli organizzativi delle politiche sociali a livello del territorio consortile.

Al consorzio viene richiesto di assicurare le funzioni di programmazione di controllo e di verifica, valutando, di volta in volta rispetto alle specifiche necessità ed a fronte delle risorse disponibili, *cosa gestire e come gestire*, con specifica attenzione al rapporto con il privato sociale. Nasce da questa impostazione la *pratica di partnership* con gli attori locali - appartenenti all’associazionismo, al volontariato alla cooperazione – che caratterizza la prima fase di attività del consorzio e che si fonda sulla convinzione che, nel territorio, ci sono problemi che nessuno, da solo, è in grado di leggere a fondo e, conseguentemente, di risolvere efficacemente.

Sin dalla sua costituzione il consorzio ha cercato di stimolare i soggetti del terzo settore, e le cooperative sociali in particolare, a *pensare in termini di interesse pubblico*, di produzione di servizi collettivi ed a *pensarsi come risorse autonome della comunità locale* su cui l’ente pubblico può investire attraverso strategie di *riconoscimento della funzione pubblica di tutti gli attori*.

Nel primo triennio di attività il consorzio ha progressivamente sostituito la gestione diretta dei servizi con un sempre più diffuso sistema di convenzionamento (contracting out) con cooperative sociali.

In pratica il consorzio ha mantenuto il ruolo di *produttore* quasi esclusivamente nei servizi di assistenza sociale professionale diventando *acquirente* principale degli altri servizi. In base all’esperienza condotta è possibile affermare che nella gestione dei servizi da parte delle cooperative si realizza sicuramente una maggior flessibilità nell’utilizzo dei fattori produttivi. Tuttavia non viene ancora assicurata ai cittadini una articolazione significativa dell’offerta, in quanto essa è ancora predeterminata a monte, nonostante lo sviluppo positivo delle esperienze di partnership con le cooperative stesse.

Nella configurazione del sistema dei servizi si rilevano dunque due ordini di problemi:

- le imprese sociali non hanno ancora assunto appieno il ruolo che ad esse è richiesto dalla pratica della partnership e cioè l’assunzione di responsabilità dirette nel “disegno” della società locale, nell’individuazione di modelli e percorsi di sviluppo sociale, culturale economico e politico che permettano di riformulare i diritti di cittadinanza e di promuoverli a partire da nuove alleanze tra diversi attori;
- il cittadino, in qualità di utilizzatore finale dei servizi, non è ancora in condizione di entrare in gioco se non quando il consorzio procede a sondarne il grado di soddisfazione e gradimento.

L’offerta di servizi, infine, non copre che una quota minima della domanda potenziale e molti dei bisogni espressi vengono soddisfatti al di fuori dal sistema dei servizi, in genere attingendo a prestazioni fornite “in nero”.

A partire da queste considerazioni si è avviata, nel corso del 1999, una ulteriore riflessione sull’impostazione da dare al modello di sistema locale di servizi anche alla luce delle logiche *universalistiche* che ispirano il DLgs.112/98 di conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali.

Il processo di riforma della Stato sociale delineato nel decreto rafforza infatti (rispetto al DPR 616/77) il riconoscimento dei diritti sociali in capo al *cittadino in quanto persona umana* ed in funzione di ciò, ridisegna le funzioni dei comuni ed i compiti dei “servizi sociali”.

IL CAMBIO DI SCENARIO.

I nuovi servizi sociali.

Il Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n.112, al capo III, art. 128, definisce i “*servizi sociali*” come il complesso delle *attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.*

I compiti di erogazione dei servizi, delle prestazioni sociali, nonché i compiti di progettazione e di realizzazione della rete dei servizi sociali, sono attribuiti, nell’ambito delle funzioni conferite, ai comuni ai sensi dell’art. 131, comma 2, del citato decreto legislativo.

E’ evidente la portata del cambiamento che viene a delinearsi a livello della normativa generale:

- Ai “*servizi sociali*” - individuati come “sotto insieme” dei “*servizi alla persona e alla comunità*” – viene affidata *una diversa missione*. Devono operare per rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà della *persona umana in generale*;
- Coerentemente con quanto affermato nel punto precedente si chiede ai “*servizi sociali*” di predisporre ed erogare servizi, gratuiti ed a pagamento, e prestazioni economiche attraverso *servizi di rete progettati e realizzati dai comuni*.
- Ai Comuni e agli altri enti locali – non più individuati come gestori esclusivi - vengono attribuite le funzioni ed i compiti amministrativi concernenti i servizi sociali relativi ai minori (inclusi quelli a rischio di attività criminose); ai giovani (tutti); agli anziani (tutti); alla famiglia (in generale); ai portatori di handicap, ai non vedenti e gli audiolesi; ai tossicodipendenti e alcooldipendenti; agli invalidi civili. Sono inoltre trasferite alle Regioni, che provvedono al successivo conferimento agli enti locali, le funzioni ed i compiti relativi alla *promozione ed al coordinamento operativo dei soggetti* e delle strutture *che agiscono nell’ambito dei servizi sociali con particolare riguardo a cooperazione sociale, IPAB, volontariato*.

Come si è avuto modo di osservare, il consorzio ha, in qualche modo, previsto ed anticipato il nuovo scenario delineato dal DLgs.112/98 individuando però, sin dall'inizio, *il nodo critico rappresentato dalla difficoltà di coniugare, secondo giustizia, la tutela del diritto all'assistenza sociale per le fasce più deboli della popolazione con la promozione dei nuovi diritti di cittadinanza.*

Con l'auspicio che la legge di riforma dell'assistenza sociale avrebbe contribuito a definire in modo puntuale il rapporto tra diritti esigibili dai più deboli ed opportunità offerte alla cittadinanza si operato – avendo nozione del problema aperto - per il superamento della contraddizione vissuta, nel sistema attuale, dall'utilizzatore dei servizi che: “quando è utente può contare su una organizzazione che alle sue spalle media tra bisogni e risposte ma viene fortemente limitato nelle scelte; quando invece è compratore in proprio, il cittadino può scegliere come farsi servire ma quasi sempre deve rinunciare ai servizi di mediazione. Due situazioni speculari, entrambe insoddisfacenti, che bisogna correggere da un lato allargando il ventaglio delle scelte e dall'altro garantendo a tutti gli utenti – clienti i servizi di informazione, orientamento, mediazione e guida nel *mercato delle opportunità.*”(Piva, 1998).

Il consorzio ha avviato a partire dal 1999 la progettazione di una più articolata tipologia di servizi di assistenza alla persona. Accanto a servizi domiciliari, in genere interamente gratuiti, progettati dal consorzio (area della tutela) e a quelli interamente scelti e pagati dal cliente (area di mercato privato) si è cercato di sviluppare un'area intermedia (area di mercato amministrato) con servizi di assistenza alla persona - consigliati e promossi dal consorzio ed erogati da una rete di fornitori *accreditati* (appartenenti al privato sociale) - che il cittadino può scegliere ed acquistare con il sostegno di un “*buono di servizio*” erogato dal consorzio.

Dopo aver sviluppato nei primi anni di attività l'economia dell'offerta – con l'incoraggiante espansione del servizio di assistenza domiciliare - il consorzio ha successivamente agito sul fronte della domanda, concentrando i propri sforzi nella promozione e nello sviluppo di un'area di *mercato regolato* cercando, a tal fine, di rendere disponibili *pacchetti di risposte* che consentissero al cittadino di superare l'alternativa assistito/compratore ponendolo in posizione dialettica con il fornitore.

L'avvio del processo di cambiamento nel sistema di fornitura dei servizi ha comportato, sin dalle fasi iniziali, la definizione di un diverso modo di agire da parte dei tre principali soggetti che operano nel sistema stesso: il consorzio, i fornitori, i cittadini utenti/clienti.

Se le regole possono venire elaborate a monte e la “certificazione” dei fornitori risolta (almeno nella fase sperimentale) dal consorzio, è nel territorio che va governato il sistema: dal lato dell'offerta, ma anche dal lato della domanda sapendo che l'esercizio delle funzioni di incentivazione, orientamento e sostegno richiedono una conoscenza diretta e puntuale. Nel costruire il nuovo sistema bisogna quindi definire con precisione il ruolo dei servizi sociali consortili ai quali viene richiesto l'esercizio di specifiche funzioni sia nell'area della tutela che nell'area del mercato amministrato (valutare il bisogno e scegliere il “pacchetto di cura” per l'utente; accertare i mezzi economici di cui dispone; scegliere il fornitore a cui inviare il cittadino o fornirgli gli incentivi all'acquisto; amministrare il portafoglio complessivo di “pacchetti di servizi” per coprire equamente i bisogni espressi).

Inoltre non si può pensare che la qualità dei fornitori venga verificata esclusivamente nella fase di avvio della sperimentazione del nuovo sistema, ma è indispensabile che essa venga testata con controlli ravvicinati e continui. Da questo punto di vista va

incoraggiata e supportata l'acquisizione di un ruolo autonomo delle *associazioni di tutela dei diritti* dei cittadini in condizioni di disagio e di *quelle dei cittadini “consumatori”* dei servizi in senso lato.

Ma non è solo l'apparato consortile che deve rinnovarsi. Anche le cooperative sociali devono sviluppare capacità gestionali maggiori nel programmare “pacchetti” diversificati di servizi modulati sulle necessità delle persone; devono reggere un regime concorrenziale tendenzialmente aperto inventando nuovi tipi di servizi, migliorando l'efficacia dell'intervento; devono imparare a misurarsi nel quotidiano con la *soddisfazione del cliente* orientando a quest'ultimo l'organizzazione dell'impresa sociale.

Alle cooperative viene richiesto inoltre: di scegliere il segmento di mercato in cui collocarsi interpretando la domanda dei cittadini e del territorio; di decidere se specializzarsi o se cercare di coprire tutte le tipologie di bisogni; di stringere accordi per tessere servizi di rete che consentano risposte complessive senza rinunce alla specializzazione funzionale.

In sintesi va affermato con chiarezza che *la qualità* – elemento cardine del sistema di servizi sin qui prefigurato – *comporta investimenti e costi aggiuntivi sia sul fronte del pubblico che su quello del privato.*

Di contro va considerato che *lo sviluppo dei servizi* – possibilmente organizzato nell'ambito dei patti territoriali di area con la predisposizione di specifici piani sociali di zona – *può generare occupazione* e quindi miglioramento delle condizioni di vita complessive della comunità locale.

Occorre che il nuovo sistema venga implementato in una *congiuntura espansiva* dei servizi, investendo risorse per il loro sviluppo.

L'accreditamento deve dunque esser parte di una politica di sostegno della domanda finale “mediante incentivi agli individui, alle famiglie, alla collettività perché aumenti la propensione a ‘consumare’ servizi sociali ed educativi. All'interno di questo orizzonte cioè dentro una politica attiva di incentivazione dei consumi sociali, i sistemi di qualità orientati al cittadino assumono un significato pregnante e molto concreto.” (Piva 1998).

Sistema integrato di interventi e servizi sociali e diritti di cittadinanza.

A completare il quadro normativo del settore provvede la recente riforma dell'assistenza sociale: “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”.

L'articolo 1, primo comma, della legge afferma che “*La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali* (così come definiti dal DLgs.112/98); *promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2,3 e 38 della Costituzione*”.

Al terzo comma dell'articolo si afferma che la *programmazione e l'organizzazione del sistema compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato secondo principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità,*

copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.

Al quarto comma si prevede che *gli enti locali riconoscano ed agevolino il ruolo del “terzo settore” nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato*. Il concetto viene ulteriormente rafforzato nel comma successivo ove si afferma che *tali soggetti provvedono alla gestione ed all'offerta dei servizi unitamente ai soggetti pubblici* e si precisa che *il sistema integrato ha, tra gli scopi, anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità della solidarietà organizzata*.

Infine l'aspetto dei diritti. Secondo l'articolo 2, primo comma, **hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali e delle leggi regionali, i cittadini dell'Unione europea e loro familiari nonché gli stranieri individuati ai sensi della legge 286/98**. Ai profughi, agli stranieri ed agli apolidi sono garantite le misure di prima assistenza.

Il secondo comma dell'articolo rimarca *il carattere di universalità del sistema integrato che gli enti locali, le regioni e lo Stato sono tenuti a realizzare garantendo i livelli essenziali di prestazioni* e consentendo l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle prestazioni economiche di cui all'articolo 24 della legge; delle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 153/69; degli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 335/95.

Appare evidente il superamento di ogni “categoria di aventi diritto” ove si afferma (al comma 3) che **“I soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali”**.

Il nuovo scenario rivoluziona l'impostazione tradizionale e consolidata dei servizi di assistenza sociale: ***l'avente diritto è il cittadino in quanto tale; gli interventi ed i servizi sociali hanno pertanto carattere di universalità - fatta salva la garanzia di accesso prioritario per i soggetti sociali più deboli - sino al limite rappresentato dalle risorse finanziarie e patrimoniali disponibili; il sistema dei servizi è programmato, organizzato e gestito dagli enti locali con i soggetti del “terzo settore” che assumono una funzione di rilievo nella promozione della solidarietà sociale nell'ambito della comunità locale.***

Come di solito accade, sono le leggi a seguire i cambiamenti sociali che le determinano. A livello dell'ambito intercomunale appariva da tempo chiaro che *gli interventi assistenziali rivolti alle persone in condizioni di disagio possono essere efficacemente assicurati solo operando in connessione con i servizi rivolti alla generalità dei cittadini*. In particolare si è resa via via più evidente l'esigenza di settori di popolazione non necessariamente in condizioni di indigenza (nuclei di anziani ma anche nuclei, soprattutto monoparentali, con minori) di disporre di servizi atti a supportare la famiglia nell'assolvimento delle *funzioni di cura* ad essa delegate. In parallelo si è evidenziata l'opportunità di sviluppo formativo ed occupazionale rappresentata dall'espansione regolata di servizi di assistenza alla persona svincolati dal “mercato nero” del lavoro.

Si è pertanto operato per realizzare un sistema di risposte alle esigenze espresse dalla comunità locale fondato su principi di equità: fornendo ad ognuno gli interventi necessari ma richiedendo, ai beneficiari, di contribuire al costo dei servizi secondo parametri di reddito (calcolati applicando l'ISEE).

Il nodo critico rappresentato **dalla difficoltà a coniugare i diritti esigibili con le risorse disponibili** non viene però affrontato in modo efficace dalla legge di riforma dell'assistenza. Dire che tutti hanno diritto alle prestazioni – prioritariamente fornite ai più deboli – fino al limite delle risorse disponibili significa “mettere in conto” che con il ridursi delle risorse si riduce l'esigibilità dei diritti proclamati.

E' evidente che ciò non significa, necessariamente, una lesione dei diritti dei più deboli ma è altrettanto evidente che viene posto un limite “variabile” ai proclamati diritti “di tutti”.

Nell'esperienza del consorzio si è cercato, più prudentemente, di coniugare il **diritto all'assistenza** (che per essere realmente esigibile deve esser assicurato con finanziamenti certi e quindi “vincolati”) con “la *promozione di un sistema locale di opportunità* e servizi sociali alle persone e alle famiglie” da sviluppare (queste ultime) nei limiti rappresentati dalle “*risorse finanziarie e patrimoniali disponibili*”.

Il cambio di scenario legislativo, con le sue luci e le sue ombre, richiede dunque al consorzio di rimarcare, con intenzionalità *politica*, l'aspetto programmatico della “*Tutela del diritto all'assistenza sociale*” al fine di garantire, la centralità dei soggetti più deboli nel sistema locale dei servizi sociali.

Per proseguire il processo avviato - nel rispetto della nuova normativa ed in coerenza con le linee strategiche sin qui adottate dal consorzio – è di conseguenza necessario operare su due aspetti :

1. In primo luogo è opportuno che siano formalmente previsti, da parte dei Comuni associati, *interventi assistenziali garantiti* per:
 - I *minori* in tutto o in parte privi delle indispensabili cure familiari, siano essi nati nel o fuori del matrimonio;
 - I *disabili* intellettivi totalmente o gravemente privi di autonomia e senza alcun valido sostegno familiare;
 - I *soggetti colpiti da altri handicap*, anche plurimi, che necessitano di aiuti specifici per poter acquistare la massima autonomia possibile nel rispetto del diritto all'autodeterminazione;
 - Gli *anziani* che non sono in grado di provvedere alle proprie esigenze di vita;
 - Le *gestanti e madri* in grave difficoltà personale alle quali va altresì fornita la necessaria consulenza psico sociale per il loro reinserimento e per il responsabile riconoscimento o non riconoscimento dei loro nati;
 - Le *persone che vogliono uscire dalla schiavitù della prostituzione*;
 - I *soggetti senza fissa dimora*;
 - Gli *altri individui che necessitano di prestazioni specifiche* se si vuole evitare la loro emarginazione.

Al fine di assicurare l'assistenza sociale a tali soggetti è indispensabile che nei documenti di programmazione pluriennale del Consorzio vengano

espressamente indicate le *risorse finanziarie e patrimoniali a tal fine vincolate*.

2. In secondo luogo è opportuno - nell'ambito della definizione dei programmi di promozione dei servizi a carattere di “universalità” - che si proceda alla determinazione dei criteri sulla base dei quali verranno individuati i servizi considerati *di potenziale competenza* del C.I.S.A.P trovando un'intesa, con i Comuni, sulla *filosofia* che presiede al conferimento di funzioni *nel sociale allargato* al consorzio. Come si è visto in base all'art. l'art.2, comma 6, dello Statuto è infatti possibile trasferire al consorzio la gestione di ulteriori attività nel campo sociale, con *formale provvedimento di entrambi i Comuni e previa intesa con il Consiglio di Amministrazione, sulla base di specifici progetti che individuino e definiscano le risorse materiali ed umane necessarie*.

La risoluzione del nodo critico rappresentato dalla definizione del quadro potenziale delle competenze è infatti importante allo scopo di predisporre i necessari *strumenti per supportare il cambiamento* culturale, formativo ed organizzativo che la nuova fase richiede. Non è infatti sufficiente affermare che il consorzio può operare a tutto campo nei servizi alla persona, senza procedere ad una preventiva definizione degli stessi. In una struttura che agisce *a beneficio di persone utilizzando persone*, il fattore umano è risorsa fondamentale e, come tale, va valorizzato ed aiutato a comprendere le ragioni del cambiamento. Il consorzio è inoltre una struttura con una forte valenza specialistica fondata su una cultura – quella assistenziale - che individua quale missione, prioritaria se non esclusiva, degli Enti gestori delle funzioni socio – assistenziali quella della “*Tutela del diritto all'assistenza sociale*”. Questa filosofia d'origine prevede certamente che si operi in un contesto di servizi sociali diffusi orientati alla popolazione nel suo complesso - finalizzati alla promozione della salute, culturale e educativa, sociale ed economica della popolazione (gestiti però da A.S.L. e Comuni) – ma richiede contestualmente che si concentrino gli sforzi della struttura consortile sulla tutela delle persone in condizioni di maggior debolezza sociale.

In merito ai “servizi alle persone e alle famiglie” la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali mentre all'articolo 3, comma 2, afferma il carattere universalistico del sistema, all'articolo 22, comma 1, precisa che lo stesso “*si realizza mediante **politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale**, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, **impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte**”*. Il comma citato fornisce alcuni chiarimenti e suggerisce alcune linee d'azione:

- il contesto operativo è quello rappresentato da “*politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale*” e, su tale contesto generale di “*servizi alla persona e alla comunità*” (Titolo IV del DLgs.112/98), non può che agire, per le sue competenze, il Comune nel suo complesso in considerazione del fatto che essi riguardano *la sfera del vivere quotidiano* di tutti i cittadini: tutela della salute; servizi sociali; istruzione scolastica; formazione professionale; beni e attività culturali; spettacolo; sport;

- per impedire “*sovrapposizioni di competenze*” è necessario che le stesse vengano definite con precisione e che si ricerchino efficaci modalità di connessione e coordinamento, degli interventi volti al miglioramento della qualità della vita della comunità locale, nell’ambito delle politiche sociali comunali;
- per impedire la “*settorializzazione delle risposte*” è opportuno che si preveda, anche alla luce della legge quadro di riforma, che al consorzio siano affidati i soli “servizi sociali” di cui al capo II del DLgs.112/98. In caso contrario si correrebbe il rischio di settorializzare le risposte enucleando all’interno dei “servizi alla persona e alla comunità” *aree riservate al disagio* con relativa lesione del *diritto alla normalità*. E’ capitato spesso, ad esempio, che la necessità di assicurare la fruibilità dei mezzi pubblici di trasporto ad un disabile venisse ricondotta tout court ad un problema assistenziale, *di intervento sull’handicap*, dimenticando che, in tal modo, non veniva assicurato un diritto all’assistenza ma veniva leso un diritto di cittadinanza.

Ma, in primo luogo, si tratta di definire *quali sono i “servizi sociali”*. La legge di riforma dell’assistenza sociale ribadisce, all’articolo 1, comma 2, che per “interventi e servizi sociali” si intendono tutte le attività previste dall’articolo 128 del DLgs: 112/98 ovvero “*le attività destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà*”. E’ dunque sulla **sfera del disagio** (pur intesa in senso ampio) che il consorzio deve esser chiamato ad operare con i propri servizi alla persona ed alle famiglie e non sul complesso dei servizi (anch’essi necessariamente rivolti alla persona ed alle famiglie) che il comune fornisce alla comunità locale nel suo insieme.

Il consorzio ha operato, nel quinquennio di attività, per l’assunzione di quei servizi comunali che avevano *diretta connessione* con la propria *vocazione ad operare sulle condizioni di disagio* (tutele, ticket indigenti, buoni pasto per anziani ed indigenti, prestiti d’onore ecc.) sviluppando, nei confronti degli altri servizi comunali (casa, lavoro, istruzione, tempo libero ecc.), una *strategia delle connessioni* volta a renderli più “*funzionali*” alla *tutela del proprio “target” di assistiti*. La legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, assumendo quale obiettivo degli interventi il superamento della condizione **di bisogno e di difficoltà**, conferma l’opportunità di procedere - in sede di individuazione dei servizi da affidare alla struttura consortile - con i criteri sino ad oggi adottati.

WELFARE DELLE RESPONSABILITA’ E COMUNITA’ SOLIDALE.

Etica della responsabilità.

Mons. Filippo Franceschi, nel 1988, scriveva “Non giudico lo stato assistenziale, meno ancora misconosco i suoi meriti, e, comunque gli aspetti positivi. Mi chiedo, però come si possano educare i cittadini ad una coscienza civile ed etica che conosca insieme ai diritti anche i doveri e, soprattutto, cittadini che siano disposti a garantire i primi, i diritti cioè, nel rispetto e nell’adempimento dei secondi, i doveri” (Introduzione a Coscienza etica ed istituzioni pubbliche, Ave, Roma 1988).

Allo Stato sociale è richiesto di agire come regolatore dei diritti e della loro fruibilità per tutti. Il nuovo quadro normativo, come si è visto, fa coincidere con l'ambito locale, amministrato dai comuni, un'ampia parte della politica (dello Stato) sociale volta alla tutela di tali diritti. E' dunque il comune, in prima istanza, che viene chiamato a regolamentare, nell'ambito della comunità locale, il rapporto tra diritti e doveri. A tal fine è indispensabile che la comunità trovi una sua identità forte, sia coesa e solidale e tutti i suoi membri concorrano a produrre le risorse necessarie ad assicurare, a livello locale, la necessaria giustizia sociale. Lo sviluppo di un'etica della responsabilità è condizione necessaria perché *i diritti siano esigibili per tutti ma ognuno fruisca di ciò che è disponibile tenendo conto dei suoi reali bisogni e delle sue personali risorse*. In buona sostanza: non si inventano i bisogni né si nascondono le risorse proprie per appropriarsi di quelle pubbliche.

La legge di riforma delinea un "Welfare di comunità" plurale, con poteri e responsabilità condivise. La comunità ha in genere molte risorse che non vengono raccolte e valorizzate, ma a volte addirittura avvilita da interventi che tendono ad accrescere la dipendenza dai servizi. Bisogna favorire la crescita della comunità locale aiutandola a riconoscere e selezionare le proprie necessità e bisogni, stimolando la partecipazione e facendo crescere le risorse locali e la "responsabilizzazione dei cittadini nella programmazione e verifica dei servizi". Bisogna rivitalizzare ed incoraggiare la responsabilità delle persone singole o aggregate affinché queste si possano esprimere autonomamente, nella convinzione che quello che accade è responsabilità di tutti.

L'applicazione della legge di riforma richiede *un sistema di governo allargato*, nel quale accanto alla promozione ed alla regolazione pubblica convive la co-progettazione che coinvolge soggetti pubblici (istituzionali e non), soggetti privati e soggetti sociali con un esercizio di responsabilità comuni. La qualità dei servizi alle persone e alle famiglie non può infatti compiutamente realizzarsi se non si coniugano *i saperi professionali con i saperi sociali* promuovendo una "cittadinanza attiva".

Sistema territorio e servizi alla persona.

Nella comunità locale si esprimono una pluralità di bisogni ed una pluralità di risorse umane, progettuali e finanziarie. E' necessaria la creazione di reti che favoriscano l'azione coordinata e regolata di una pluralità di attori, di sistemi in grado di far interagire le risorse locali e regionali di tipo economico, sociale e culturale con le opportunità offerte in sede nazionale ed europea.

Fare sistema, partnership, rete negli ambiti territoriali non è però, di per sé, garanzia di sviluppo regolato e sostenibile, di coesione sociale e promozione delle opportunità. E' necessaria una regolazione, da parte dei comuni, attraverso l'adozione di una metodologia di *concertazione locale* che consenta di negoziare e di attivare un sistema di regole e convenienze per tutti i soggetti in gioco, puntando alla realizzazione di ogni possibile sinergia.

Il compito richiesto alle Amministrazioni è di produrre, a livello locale, legami e relazioni che promuovano processi di identificazione e contrastino la dissoluzione delle appartenenze tradizionali. Politiche di comunità, dunque, che attraverso la partecipazione favoriscano il "sentirsi parte di un insieme", di una società civile con *regole comuni, da tutti rispettate e condivise*, atte a consentire una vita quotidiana controllabile e gestibile. Nelle relazioni di comunità è infatti la fiducia l'elemento cardine per costruire reti di umanità che consentano il passaggio *dalle solidarietà corte alle solidarietà lunghe*. La fiducia è il bene relazionale che pone il sociale e le sue risposte

alla portata delle persone e costituisce un orizzonte di senso per percorsi di vita significativi (Sergio Dugone “Dallo stato assistenziale alla comunità solidale” in Politiche sociali n.6/99).

Al Comune in quanto governo locale spetta il compito di indicare *la mission* alla comunità locale promuovendo azioni globali di sviluppo dell’impegno civile allargando a nuove forme di partecipazione i tradizionali processi di consultazione, informazione e gestione. Ciò richiede la capacità di produrre progetti di miglioramento della “qualità del vivere quotidiano” sui temi della forma della città e di uso del territorio; della difesa civile dai rischi e dal degrado; dei servizi formativi ed educativi; della sicurezza di vita.

Ai Comuni è richiesto, in sintesi, di trasformare le politiche di settore in politiche di comunità ed al consorzio, *ente strumentale specializzato*, di operare all’interno di tale orizzonte promuovendo e realizzando servizi sociali di comunità, community care, lavoro di rete, progetti contro il disagio e l’esclusione.

Una operatività, quella della struttura consortile, che deve evitare il rischio derivante dall’*aziendalizzazione della risposta sociale* – che pone al centro l’organizzazione e non i destinatari; che standardizza le risposte invece di personalizzarle, che fa perdere la cultura dell’accoglienza e dell’ascolto – e fondarsi su alcuni principi fondamentali:

- i servizi di assistenza sociale hanno al centro le persone, e fra queste in primo luogo quelle con maggiori difficoltà;
- la risposta ai bisogni è “personale”;
- l’intervento sociale è rispettoso e dialogante, cerca le risorse da mobilitare e non i “mali” da curare;
- la funzione pubblica nei servizi alle persone in difficoltà si concretizza nella promozione, nel controllo, nella garanzia della risposta, salva ogni forma di autogestione da parte della società;
- il coinvolgimento della comunità locale è garanzia della non estraneità ambientale della risposta;
- non si possono affidare al mercato e quindi alla logica “del più forte” le categorie deboli.