

OSS: OPERATORE SOCIO-SANITARIO

L'evoluzione dei servizi sociali e sanitari:
origine, sviluppo e futuro della professione

Lidia Devetak, Emanuela Naibo,
Maria Vanto

POLITICHE
E SERVIZI
SOCIALI

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

OSS: OPERATORE SOCIO-SANITARIO

L'evoluzione dei servizi sociali e sanitari:
origine, sviluppo e futuro della professione

Lidia Devetak, Emanuela Naibo,
Maria Vanto

POLITICHE
E SERVIZI
SOCIALI

FrancoAngeli

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione	pag.	9
 Parte I - Evoluzione dei sistemi sociali e sanitari e istituzione delle figura dell'Operatore Socio-Sanitario		
1. Cenni storici sull'evoluzione dei sistemi sanitari e sociali	»	13
1. Evoluzione storica dall'Unità d'Italia al ventennio fascista	»	18
2. La nascita della Repubblica e la Costituzione Italiana	»	21
3. Dal 1948 alle riforme degli anni Settanta	»	22
4. Evoluzione storica e normativa dell'assistenza di base nei servizi sanitari e sociali	»	27
2. Conoscenze legislative e organizzative dei servizi sociali e sanitari	»	31
Premessa	»	31
1. Le Leggi: cosa sono e chi le fa	»	32
2. Evoluzione legislativa nell'area socioassistenziale, sanitaria e sociosanitaria	»	36
3. I cambiamenti nel sistema sanitario dopo la legge n. 833/1978: i Decreti legislativi n. 502/1992, n. 517/1993 e n. 229/1999	»	38
4. La dimensione del sistema sanitario regionale: l'esempio del Friuli Venezia Giulia	»	41
5. I cambiamenti nel sistema dei servizi sociali dopo il D.P.R. n. 616/1977: riforma della Pubblica		

Amministrazione, l'autonomia dei Comuni, la legge n. 328 del 2000	pag.	47
6. I punti salienti della Legge n. 328/2000	»	51
7. La dimensione del sistema integrato dei servizi sociali in Friuli-Venezia Giulia: L.R. n. 6/2006	»	55
8. L'integrazione sociosanitaria	»	58
3. Il terzo settore	»	61
1. Perché è importante per l'Operatore Socio-Sanitario conoscere la realtà del Terzo Settore?	»	61
2. Cos'è il Terzo Settore?	»	62
3. Il processo di "riconoscimento" e di definizione del Terzo settore in Italia	»	63
4. Istituzione della figura dell'OSS	»	69
1. Le ragioni dell'istituzione della figura dell'OSS	»	69
2. Analisi dell'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001	»	73
Parte II - Professionalità e metodo di lavoro dell'Operatore Socio Sanitario		
5. La funzione di presenza dell'Operatore Socio-Sanitario nei diversi ambiti lavorativi	»	89
1. Mestiere o professione	»	89
2. Ambiti lavorativi dell'OSS	»	91
3. Modalità di presenza degli OSS	»	92
6. Requisiti per la professione	»	105
7. Improvvisazione o metodo? Una proposta operativa	»	117
1. Perché è importante lavorare con metodo	»	117
2. Le fasi del processo metodologico di aiuto	»	119
3. Orientamenti teorici	»	136

8. Professionalità ed etica	pag.	141
Premessa	»	141
1. Il sistema dei valori	»	142
2. Concetti base di orientamento psico-sociale	»	145

**Parte III – Le prospettive future:
casa come primo luogo di cura**

9. Casa e comunità come primo luogo di cura	»	151
1. Alcuni dati statistici	»	151
2. Il sistema della domiciliarità	»	155
3. Modelli operativi	»	165
4. Sperimentazioni di domiciliarità avanzata: l’esperienza di Trieste in Friuli-Venezia Giulia	»	172
10. Le prospettive future nell’assistenza territoriale: Piani e normative nazionali nello scenario europeo e potenziamento dei campi di intervento per gli OSS	»	179
1. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	»	179
2. Decreto interministeriale 22 ottobre 2021 “Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023”	»	185
3. Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”	»	188
4. Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 – DPCM 3/10/2022, pubblicato in GU n. 294 dd.17/12/2022	»	190
Conclusioni	»	195
Ringraziamenti	»	197
Le Autrici	»	199
Bibliografia essenziale	»	201

Introduzione

Le autrici di questo libro sono assistenti sociali accumulate dall'esperienza di insegnamento nei corsi regionali di formazione degli Operatori socio-sanitari OSS ed anche un'esperienza di lavoro sul campo con queste figure.

L'idea da cui questo lavoro prende le mosse è quella di evidenziare lo specifico contributo del Servizio sociale professionale nella preparazione degli OSS in Friuli-Venezia Giulia, regione di provenienza delle scriventi (Gorizia, Pordenone e Trieste). Si è partiti dal confronto delle diverse programmazioni didattiche per condividere un profilo dell'OSS e individuare contenuti utili all'insegnamento e alla professionalità dello stesso, relativamente le materie assegnate agli assistenti sociali dai protocolli regionali (legislazione, metodologia, orientamento).

Si è pensato di scrivere tutto ciò in un libro a tre mani per diverse ragioni. Per dare ordine e sistematizzare il materiale, elaborare concetti derivanti dal confronto e sottolineare gli aspetti relazionali, familiari, ambientali e sociali che non si trovano nei manuali in uso per gli OSS e che comunque innervano tutti i programmi, anche quelli sanitari. Un libro: perché tutte le questioni che riguardano la vita individuale e collettiva prima o poi finiscono in un libro che tenta di capire, ragionare, argomentare attorno a quelle questioni. L'OSS nel suo importante ruolo per le persone e per i servizi è tema di riguardo e attenzione per chi, come gli assistenti sociali, hanno interesse al benessere delle persone e alle risposte della collettività.

Progettare un libro a tre mani, a meno che non si sia scrittori professionisti, oltre al confronto di cui sopra, garantisce maggiormente la sua realizzazione non solo perché si suddivide il lavoro e la fatica, ma soprattutto perché si è costretti a rispettare gli impegni presi con i coautori: cronoprogramma, scadenze, incontri, revisioni, ecc. Di contrappeso si rileveranno i diversi stili delle autrici, volutamente si è deciso di non uniformarli, perché le differenze possono rendere più autentica l'esposizione e forse più piacevole la lettura. Infine, il desiderio di fissare in un libro quanto si è insegnato nei corsi OSS

per molti anni è, forse con un po' di narcisismo, un bisogno di lasciare traccia pensando di essere utili anche a quegli OSS che verranno e non si conosceranno direttamente.

Questo libro è rivolto agli OSS che hanno esperienza lavorativa e si ritroveranno in molte considerazioni; può essere uno strumento utile per coloro che affrontano concorsi, selezioni, colloqui di lavoro ed in questa direzione vanno letti i capitoli riguardanti la legislazione e la recente normativa. È soprattutto un testo per gli OSS in formazione che devono acquisire delle basi solide per affrontare un'utenza difficile e un'organizzazione lavorativa sempre più complessa.

Nella realtà i corsi OSS sono costituiti da 18 materie e alcuni tirocini, per un anno scolastico della durata di 1.000 ore, il rischio è di trasformare i frequentanti in contenitori passivi, nei quali travasare una miriade di nozioni utili al fine del conseguimento dell'attestato che garantirà un lavoro in tempi rapidi. Le conoscenze che rimangono impresse sono legate alla materia presentata da un insegnante empatico, che ha toccato la sensibilità, la curiosità, l'interesse di quel corsista coinvolgendolo e rendendolo attivo. Il massimo del risultato formativo è costituito dallo sviluppo di un pensiero critico e autoriflessivo, tutto il contrario dell'immagine del contenitore da riempire. Oltre che dagli insegnanti l'apprendimento è fornito anche dai libri, quelli confezionati per studiare, come questo testo, ma anche quelli atti a formare, divertire e sognare. I romanzi che aiutano a capire il funzionamento degli altri, nel libro ci sono alcune indicazioni.

Da un libro che vale ci si aspetta concetti difficili, citazioni dotte, riferimenti bibliografici ampi ed interdisciplinari, ma l'essenziale è semplice per sua natura, ciò che è importante lo si può dire con un linguaggio accessibile a tutti. I grandi pensatori lo sanno, le scriventi non sono certamente tra essi, ma hanno cercato di seguire le loro indicazioni, si scusano se non sempre ci sono riuscite.

Il libro è organizzato in tre parti, la prima inizia con dei cenni storici e legislativi che costituiscono le radici delle professioni di aiuto in ambito socio-sanitario con particolare riferimento alla figura dell'OSS.

La seconda parte guarda al profilo, all'operatività e alla relazionalità dell'OSS nei diversi ambiti lavorativi, sottolineando l'importanza del metodo di lavoro e dei valori etici.

La terza parte riguarda il futuro, così come si sta profilando nella prima metà del 2023 nella sanità e nei servizi sociali, dopo la pandemia, la crisi economica-energetica-climatica e la guerra in Ucraina. Infine, appariva interessante illustrare una sperimentazione innovativa, nata dall'idea di alcuni operatori sociali e sanitari di Trieste, tra i quali degli OSS, volta a dare una nuova risposta a cittadini in difficoltà.

Parte I

Evoluzione dei sistemi sociali e sanitari e istituzione della figura dell'Operatore Socio-Sanitario

1. Cenni storici sull'evoluzione dei sistemi sanitari e sociali

Perché è importante per l'Operatore Socio-Sanitario conoscere l'evoluzione storica dell'assistenza sanitaria e sociale?

Acquisire alcune conoscenze rispetto ai cambiamenti storici dei sistemi pubblici di assistenza consente di comprendere meglio il contesto in cui ci si trova oggi ad operare e mette in grado di distinguere i vari modelli che le politiche sociali pubbliche hanno realizzato e realizzano nei settori di nostro interesse. Inoltre, la conoscenza di questi contenuti è importante in quanto cittadini che aiutano e sostengono altri cittadini che devono essere consapevoli di come e perché sono cambiati i sistemi pubblici di assistenza nel tempo, per avere maggiore consapevolezza del ruolo che si svolge a favore delle persone.

All'interno dei cambiamenti storici che prenderemo in esame troverà spazio anche l'evoluzione che ha portato alla definizione attuale della figura dell'Operatore Socio-Sanitario.

Naturalmente l'*excursus* storico che verrà presentato in questo testo non sarà esaustivo e approfondito ma prenderà in esame gli elementi fondamentali che permettano di comprendere le trasformazioni e i cambiamenti istituzionali, organizzativi e culturali già avvenuti, attuali e, perché no, le linee di tendenza future sia a livello nazionale che in quello regionale. Questa breve trattazione storica è propedeutica per contestualizzare meglio i contenuti che verranno presentati nel cap. 2 riguardo l'area legislativa, in quanto i sistemi pubblici, e privati, di assistenza sono regolati dalle leggi che sono espressione di periodi storici e quindi di un intreccio tra vari fattori. Le leggi che determinano il sistema di regole di funzionamento sociale non sono assolute, immutabili e indipendenti dallo spazio e dal tempo ma cambiano con il mutare delle situazioni economiche, politiche, sociali e culturali.

Cosa significa assistere? Che differenza c'è tra assistere nella propria sfera privata e cosa significa assistere come società, Stato? Cosa sono le politiche sociali? Cos'è il *welfare*? Cosa vuol dire bisogno? E rischio?

Partiamo da queste domande per conoscere alcuni concetti che ci accompagneranno in questo percorso e che sono suddivise nella Tabella n. 1 e nella Tabella n. 2.

Tabella 1 – Definizioni di alcuni concetti chiave relativi all’assistenza

Beneficenza: è un atto di tipo privato, volontario e caritatevole, si basa su motivazioni e spinte umanitarie individuali o di un gruppo.

Assistenza: il significato etimologico deriva dal latino *assistere* ‘stare vicino’, composto di *ad* ‘presso e *‘sistere’* fermarsi, stare’. Nel dizionario Treccani troviamo 3 significati:

1. *Essere presente allo svolgimento di un fatto.*
2. *Stare vicino a una persona per offrirle appoggio e aiuto, o per coadiuvarla e darle la propria collaborazione nella sua attività, o comunque per giovarle materialmente o moralmente; aiutare, soccorrere.*
3. *In senso più ampio, svolgere opera di assistenza (sociale, sanitaria, ecc.) a favore di persone singole o di categorie.*

L’assistenza mira a prevenire o a eliminare situazioni di bisogno connesse all’età, a stati di svantaggio fisico e psichico, a condizioni problematiche (...) che non trovano protezione nei normali ambiti di vita¹.

I contenuti ed i significati del termine “assistenza” si sono evoluti storicamente e tra i più antichi vi sono: *carità, elemosina, beneficenza, opere di misericordia.*

Il termine “assistenza” entra nel linguaggio legislativo italiano con la trasformazione delle Congregazioni di carità in Enti Comunali di Assistenza (ECA)² e solo nel dopoguerra si fa strada quello di “**assistenza sociale**” ed ancora successivamente quello di “**servizi sociali**”³.

Assistenza Sociale: Insieme degli interventi rivolti a rimuovere – o quanto meno a contrastare – situazioni di bisogno attraverso prestazioni monetarie e servizi finanziati tramite la fiscalità generale dal sistema pubblico⁴.

¹ Ferrario P., *Politica dei servizi sociali. Strutture, trasformazioni, legislazione*, Carocci Faber, Roma, 2001.

² Legge 17 luglio 1890 n. 6972 “*Delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*”, passata alla storia con il nome di “Legge Crispi”.

³ Ferrario P., *op. cit.*

⁴ Rossi P., *L’organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*, Carocci Faber, Roma, 2020.

Trova il suo fondamento attuale nel comma 1 dell'art. 38 della Costituzione Italiana in cui è sancito il principio del diritto al mantenimento ed all'assistenza sociale per ogni cittadino "sprovvisto dei mezzi per vivere". L'assistenza sociale è stata completamente riformata con la Legge 8 novembre 2000, n. 328 *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

Servizi sociali: si intendono tutte le 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 (I.N.P.S.) e da quello sanitario (Sistema sanitario nazionale e regionale), nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia⁵. Tali servizi sono organizzati ed erogati dai Comuni singoli o associati in un Ambito territoriale definito che comprende uno o più Comuni⁶.

Servizio sociale professionale: si intende l'area di conoscenza scientificamente fondata, collocata all'interno delle scienze sociali, sulla quale si fonda la formazione e l'attività operativa dell'assistente sociale, professionista formato per questa competenza, al fine di rispondere ai compiti e alle funzioni affidati alla professione da leggi dello Stato. Quando si parla di Servizio Sociale professionale si fa riferimento quindi anche ad interventi di aiuto tecnico professionale di un professionista (assistente sociale) ordinato dallo Stato per l'assistenza sociale alla persona, alla famiglia, ai gruppi, alla comunità.

Bisogno: generalmente indica mancanza di qualche cosa, oppure in senso di necessità di qualcosa o come ristrettezza, povertà. Vi sono poi altri significati e definizioni più specifiche in ordine a bisogni fisiologici, psicologici, sociali, ecc. *"una carenza, una mancanza di qualcosa di importante e al tempo stesso un oggetto, un bene mancante necessario per sopperire o rimediare alla mancanza"*⁷.

Possiamo dire, ai nostri fini, che i bisogni sono la mancanza di risorse materiali o immateriali necessarie a un individuo, a un gruppo o alla collettività per un maggior benessere, o minor malessere, rispetto a quello attuale.

⁵ Cfr. art. 128 del Decreto legislativo n.n.112/1998 e art. 1 c. 2 legge n. 328/2000.

⁶ Cfr. art. 8 c. 3 legge n. 328/2000.

⁷ Ferrera M., *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna, 2006.

Teniamo presente che i *bisogni* variano in quanto dipendono da fattori economici, culturali, sociali, economici e individuali.

Rischio: (...) *si può definire come la possibilità che un soggetto, individuale o collettivo, più o meno consapevolmente e indipendentemente o meno dalla sua volontà, subisca un danno materiale, psichico, sociale. Tale danno è dovuto alla carenza di risorse, capacità, opportunità e può determinare disagio sociale*⁸.

Tabella 2 – Definizioni di tipologie di Welfare e Politiche sociali

Welfare: il termine, che significa letteralmente “benessere, salute, stare bene”, è nato in Gran Bretagna nell'immediato dopoguerra grazie all'opera di William Beveridge (piano Beveridge 1942) e segna il passaggio da delle politiche sociali che salvaguardavano solo coloro che avevano un lavoro e contribuivano alla fiscalità generale ad un principio universalista che estendeva la protezione a tutti i cittadini e non solo a determinate categorie. In seguito, questa espressione è stata mantenuta e si è arricchita e specificata in ulteriori definizioni e modelli.

Welfare State: letteralmente significa “Stato del benessere” e comprende l'«*insieme di politiche pubbliche connesse al processo di modernizzazione; tramite le quali lo Stato fornisce ai propri cittadini protezione contro rischi e bisogni prestabiliti, sotto forma di assistenza, assicurazione o sicurezza sociale; introducendo, fra l'altro, specifici diritti sociali nonché specifici doveri di contribuzione finanziaria*»⁹. E' sinonimo di Stato Sociale. Esistono due modelli di Welfare State, uno “*universalistico*” e l'altro “*residuale*”.

Il modello di **Welfare State universalistico** ha le seguenti caratteristiche principali:

1. alto grado di protezione sociale garantita dallo Stato;
2. tutti i servizi sono gestiti dal sistema pubblico;
3. le risorse impiegate sono solamente di tipo pubblico e ricavate dalla fiscalità generale (tasse);
4. i diritti sono garantiti a tutti i cittadini.

⁸ Dal Pra Ponticelli M. (diretto da), *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma, 2005.

⁹ Ferrera M., *op. cit.*

Il **Welfare State residuale** è invece caratterizzato da:

- grado di protezione garantita dallo Stato in base alle caratteristiche di bisogno;
- tutti i servizi sono gestiti dal sistema pubblico;
- le risorse impiegate sono solamente pubbliche;
- estensione dei diritti in relazione ai bisogni e/o al reddito.

Welfare mix: è un modello che si è inserito in Italia a partire dagli anni '80-'90 ma che si era già diffuso in Europa. Si caratterizza per un ridimensionamento dell'erogazione diretta dei servizi da parte del sistema pubblico e per il contemporaneo coinvolgimento diretto, per l'erogazione di interventi e servizi, di organizzazioni sia afferenti al terzo settore – *non profit* – come ad es. associazioni, fondazioni e cooperative sociali che del privato *profit*.

Welfare community: Può essere considerato una forma di *welfare mix*. Generalmente si intende un modello di welfare partecipato e di sviluppo locale, costruito da più soggetti diversi in posizione paritaria (enti pubblici, terzo settore, altri soggetti collettivi presenti nel territorio, cittadini) che implementa le politiche sociali all'interno della comunità di riferimento e mira ad accrescere il benessere della collettività, non solo dei singoli individui. Come tratti distintivi principali di questo modello si sottolineano il ruolo svolto dall'ente pubblico (Stato, Enti Locali) che non è sovra ordinato agli altri soggetti e svolge un ruolo di promozione affinché i corpi sociali realizzino le loro finalità (*enabling state*)¹⁰ e il ruolo dei cittadini, i quali non sono concepiti come semplici clienti che scelgono, tra un'ampia offerta di servizi, quello che meglio risponde alla loro domanda ma diventano essi stessi, come collettività, target degli interventi. Su questo modello vi sono visioni diverse nel dibattito politico e culturale: c'è chi lo considera l'evoluzione positiva dello stato sociale contemporaneo e chi lo vede come un ritiro da parte dell'ente pubblico con la conseguente riduzione dell'ammontare di risorse pubbliche investite.

Politiche sociali: sono una parte delle politiche pubbliche, variano da Stato a Stato, cambiano a seconda del periodo storico e delle scelte politiche dei governi. In sintesi, possiamo dire che hanno come *primo e fondamentale obiettivo quello di definire le norme, gli standard di valu-*

¹⁰ Ascoli U., Ranci C. (a cura di), *Il welfare mix in Europa*, Carocci, Roma, 2003.

*tazione e le regole in merito alla distribuzione di alcune risorse e opportunità fra i cittadini*¹¹.

Le Politiche sociali si articolano in:

- politiche pensionistiche (in particolare per i rischi legati alla vecchiaia);
- politiche sanitarie (rischio malattia);
- politiche di assistenza sociale (rischio povertà, emarginazione, perdita autosufficienza);
- politiche del lavoro (rischio disoccupazione);
- politiche dell'istruzione;
- politiche della casa.

1. Evoluzione storica dall'Unità d'Italia al ventennio fascista

Il nostro percorso inizia con la nascita del “Regno d'Italia” (17 marzo 1861). Diversamente da altri paesi europei, come l'Inghilterra e la Germania, nel nuovo Stato italiano l'intervento pubblico assistenziale per la popolazione era quasi nullo e trascorsero alcuni decenni perché si avviasse un processo di trasformazione della beneficenza, da atto di natura privata a intervento del sistema pubblico.

Il contesto socioassistenziale e sanitario dell'epoca era costituito dalla presenza di circa trenta mila istituzioni, denominate “Opere Pie”, come ad esempio ospedali, orfanotrofi, collegi ed istituti di ricovero e di elemosina, che, nella maggior parte dei casi, erano gestiti dalla Chiesa. Esistevano anche organizzazioni filantropiche laiche, istituti di natura privata che rivolgevano le loro attività al prossimo “povero e bisognoso”¹². Anche l'assistenza sanitaria aveva le caratteristiche di un'attività caritatevole per lo più sostenuta, sotto l'aspetto finanziario, da lasciti e opere di beneficenza. Molte delle attività benefiche esigevano che il povero, l'assistito fosse anche “meritevole” di aiuto o che fosse “rieducabile”, come se la povertà o il non potersi curare fosse una incapacità personale o un atto “deviante”.

¹¹ Ferrera M., *op. cit.*

¹² Dopo l'unità di Italia e prima della legge del 1890 vennero censite le Opere pie presenti in Italia, dopo una legge a loro dedicata nel 1862 e poi tramite una Commissione Reale di inchiesta che concluse i suoi lavori nel 1889.

Il primo intervento legislativo organico dello Stato monarchico italiano in campo assistenziale si realizzò il 17 luglio 1890 con la legge n. 6972 “*Delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*”, passata alla storia con il nome di “Legge Crispi”. Le Opere pie furono riconosciute come enti di giurisdizione pubblica (Istituzioni pubbliche di beneficenza – IPB) che avevano compiti:

- di prestare assistenza ai poveri, tanto in stato di sanità quanto di malattia;
- di procurarne l’educazione, l’istruzione, l’avviamento a qualunque professione, arte o mestiere, od in qualsiasi altro modo il miglioramento morale ed economico (art. 1).

I loro interventi furono rivolti a particolari categorie di persone con determinati requisiti o in situazione di bisogno come ad esempio: “*assistenza ai poveri, tanto in stato di sanità quanto di malattia*”, “*tutela degli orfani e dei minorenni abbandonati, dei ciechi e dei sordomuti poveri*”.

La legge stabilì inoltre che in ogni Comune fosse presente una Congregazione di carità, i cui membri erano eletti dal consiglio comunale e che aveva il compito di amministrare le IPB.

Lo Stato, tramite il Ministero dell’Interno e le sue organizzazioni periferiche (Prefetture), ebbe nei confronti delle IPB una funzione di controllo e vigilanza e sempre allo stesso Ministero fu affidata la gestione della salute pubblica. All’epoca, infatti, la salute non era considerata un diritto o un bene da tutelare: i Comuni e le Congregazioni di carità intervenivano solo in caso di comprovata indigenza. In ogni Comune era presente il medico condotto che doveva garantire l’assistenza sanitaria e chirurgica e prestare cure gratuite ai poveri.

La salute collettiva era vista, soprattutto, come un problema di ordine pubblico e lo Stato interveniva per fronteggiare il pericolo di epidemie, per difendere i sani dai malati. L’isolamento dei malati contagiosi venne affidato ai Comuni, mentre furono affidate alle Province le competenze riguardo ai malati psichici, fino ad allora ricoverati in istituti religiosi. Con una legge specifica del 1904 furono regolamentati i grandi ospedali psichiatrici provinciali con le regole per l’internamento e i ricoveri coatti, consolidando una pratica di custodia che sarà modificata solamente nel 1978 con l’approvazione della legge n. 180, la cosiddetta “legge Basaglia”.

Lo stato sociale durante il fascismo continuò a portare avanti un modello di assistenza basato su categorie di persone o di bisogno, erogate da grandi enti statali, alcuni già esistenti in precedenza e poi rinominati, tra i quali si ricordano: