

i Quid
INEDITA

Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni

a cura di Emanuele Ranci Ortigosa

i Quid n. 2

© 2008 *Prospettive Sociali e Sanitarie*

Direttore responsabile: Emanuele Ranci Ortigosa

ISTITUTO PER LA RICERCA SOCIALE

Via XX Settembre 24, 20123 Milano

Registrazione presso il Tribunale di Milano n. 83 del 5-3-1973.

www.PSS.irs-online.it

È vietata la riproduzione dei testi, anche parziale, senza autorizzazione.

Indice

<i>Presentazione</i>	VII
<i>Il percorso di lavoro</i>	IX
1. Diritti sociali e livelli essenziali: una sintesi Emanuele Ranci Ortigosa	1
Definizione e costruzione dei livelli essenziali	
2. Livelli essenziali: stato del dibattito e proposte di sviluppo Barbara Da Roit	13
3. Federalismo fiscale e finanziamento dei livelli essenziali Paolo Bosi	37
4. La posta in gioco Cristiano Gori	49
5. Descrizione del campo e declinazione dei livelli Franco Pesaresi	51
Prove di declinazione	
6. Quali livelli essenziali per i non autosufficienti Cristiano Gori	59
7. Quali livelli essenziali nelle politiche di contrasto alla povertà Emanuele Ranci Ortigosa	75
8. Quali livelli essenziali nei servizi alla prima infanzia Cristiano Gori	89
Analisi specifiche	
9. La normativa statale e regionale sui livelli essenziali Franco Pesaresi	105
10. La spesa pubblica per le prestazioni sociali Franco Pesaresi	135

Osservatorio sulla Legge 328/2000

Anci, Cgil-Cisl-Uil, Forum nazionale del Terzo settore, Legautonomie, Upi, hanno costituito l'Osservatorio nazionale sulla Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, come primo concreto passo dell'auspicata "alleanza per il welfare" tra istituzioni e parti sociali.

L'Osservatorio, che ha sede presso il Cnel, vuole essere uno strumento comune e stabile per mettere in atto tutte le iniziative utili all'attuazione degli obiettivi indicati dalla l. 328/00 e per superare le criticità riscontrate nella sua applicazione sul territorio.

L'Osservatorio si pone ancora l'obiettivo di rilanciare l'attenzione sulle politiche sociali, ribadendone la centralità nel dibattito politico della nuova legislatura, e di sottolineare la necessità della loro integrazione con le politiche sanitarie, educative, formative e del lavoro.

Una sfida impegnativa perché richiede capacità di: leggere i bisogni della società; organizzare la rete dei servizi e controllarne l'efficienza, l'efficacia e la qualità; promuovere e sostenere le iniziative della comunità locale; creare un sistema di formazione professionale rispondente a un qualificato livello di programmazione, progettazione ed erogazione dei servizi; realizzare l'integrazione delle politiche; gestire nel territorio in forma associata le risorse necessarie.

Per il funzionamento e la rappresentanza politica l'Osservatorio si articola su due livelli:

il primo, un Tavolo di indirizzo politico, cui sono affidate la strategia generale e la scelta delle priorità da affrontare, composto da:

Giuliano Barigazzi, componente Ufficio di presidenza e responsabile politiche sociali Upi;

Gigi Bonfanti, Segretario confederale Cisl;

Graziano Delrio, vicepresidente e responsabile Politiche sociali e welfare Anci nazionale;

On. Oriano Giovannelli, presidente Legautonomie;

Maria Guidotti, portavoce Forum nazionale del Terzo settore;

Vilma Mazzocco, portavoce Forum nazionale del Terzo settore;

Nirvana Nisi, Segretaria confederale Uil;

Morena Piccinini, Segretaria confederale Cgil.

Il secondo, un Tavolo tecnico di coordinamento, elaborazione e ricerca, composto da:

Lamberto Baccini, responsabile del Dipartimento servizi sociali Anci;

Stefano Daneri, responsabile Politiche sociali, assistenziali e del terzo settore Cgil;

Paolo Di Giacomo, Area welfare Legautonomie nazionale;

Alessandro Geria, responsabile Politiche sociali, assistenziali e del terzo settore Cisl;

Maria Guidotti, portavoce Forum nazionale del Terzo settore;

Vilma Mazzocco, portavoce Forum nazionale del Terzo settore;

Samantha Palombo, Ufficio studi e responsabile Area welfare Upi;

Rita Tomassini, responsabile Politiche sociali, assistenziali e del terzo settore Uil.



Presentazione

L'Osservatorio nazionale sulla Legge 328/2000, promosso da Anci, Cgil-Cisl-Uil, Legautonomie, Forum del Terzo settore, Upi, nasce con lo scopo di operare per l'applicazione della Legge quadro di riforma delle politiche sociali che in questi anni, nonostante importanti passi avanti compiuti dalle Regioni e a livello territoriale, è rimasta in gran parte inattuata.

L'Osservatorio si è costituito sulla base della convinzione che il processo riformatore tracciato dalla legge - i cui obiettivi di fondo mantengono inalterata la loro validità anche in presenza della riforma costituzionale del 2001, che ha assegnato alle Regioni competenza legislativa esclusiva in materia di politiche sociali - potrà essere compiuto solo facendo convergere in questa direzione il lavoro dei principali attori politici, sociali, istituzionali a cui la legge consegna un compito importante.

L'Osservatorio ha pertanto realizzato una convergenza tra soggetti di diversa natura, istituzionali e sociali, che ha preso corpo, nel corso degli anni, con prese di posizione congiunte sulle principali scelte da compiere per costruire un'efficace ed efficiente rete dei servizi, e sulle più importanti criticità da affrontare nel processo di applicazione della legge. Oggi questo percorso segna un'altra importante tappa con la presentazione pubblica della ricerca sui Livelli essenziali delle prestazioni sociali.

L'altro elemento qualificante di questa convergenza è rappresentato dalla necessità di inquadrare la riforma delle politiche sociali all'interno di un disegno complessivo del welfare, di cui in questi anni si è avvertita la mancanza.

La definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali rappresenta la scelta prioritaria da compiere in quanto garantisce diritti sociali delle persone e delle famiglie, in base al chiaro dettato costituzionale, e promuove un nuovo rapporto tra le istituzioni e tra queste e i cittadini.

I livelli essenziali sono stati oggetto di ampia riflessione, di carattere sia politico sia tecnico; l'Osservatorio, con la presentazione di questa ricerca, ha l'ambizione di fare una sintesi di quanto è stato elaborato negli ultimi anni e di indicare alcune soluzioni alle quali devono concorrere per la loro realizzazione i livelli istituzionali e le parti sociali.

I risultati della ricerca sono tali da supportare ampiamente l'azione politica dei soggetti che compongono l'Osservatorio e al contempo offrono elementi di discussione su cui ancora il dibattito è aperto. Per questo consideriamo importanti i contributi che si aggiungeranno a questa elaborazione nel corso del tempo.

La ricerca muove dalla convinzione che i livelli delle prestazioni sociali debbano essere esigibili da parte di tutta la popolazione che presenta un determinato bisogno e devono essere definiti per tutte le aree indicate dalla l. 328/00. L'approfondimento proposto sulla non autosufficienza, l'infanzia, la povertà, scaturisce sia dalla volontà di indicare, attraverso simulazioni, le possibili scelte operative, sia dalla convinzione che si tratta di tre aree su cui è più urgente intervenire.

Ciò che è stato fino a ora maturato e le sollecitazioni che vengono offerte dalla ricerca, forniscono materiale per iniziare un serio confronto con il Governo e le Regioni, che approdi finalmente, attivando una virtuosa sussidiarietà verticale e orizzontale, alla definizione dei livelli e al loro adeguato finanziamento.

Il percorso di lavoro

Nel giugno del 2007, l'Osservatorio nazionale sull'attuazione della l. 328/00 dava avvio al progetto di lavoro sui livelli essenziali di assistenza in campo sociale e sociosanitario, discusso e messo a punto nei mesi precedenti attraverso alcuni incontri del tavolo politico e del tavolo tecnico con Emanuele Ranci Ortigosa.

Il gruppo di esperti individuato per compiere il lavoro, coordinato da Emanuele Ranci Ortigosa e composto da Paolo Bosi, Barbara Da Roit, Cristiano Gori e Franco Pesaresi, il 10 luglio si è incontrato con il tavolo tecnico dell'Osservatorio per la discussione di tre elaborati:

- *I livelli essenziali: stato del dibattito e ipotesi di sviluppo.*
- *Analisi delle normative statali e regionali sui livelli essenziali delle prestazioni sociali.*
- *Le risorse economiche pubbliche per le prestazioni sociali.*

Il primo documento era stato elaborato da Barbara Da Roit in collaborazione con Emanuele Ranci Ortigosa, gli altri due da Franco Pesaresi. L'incontro verificava una larga adesione all'impostazione data dal gruppo di lavoro, con utili suggerimenti e accordi per il proseguimento.

Un secondo incontro con il tavolo politico e il tavolo tecnico dell'Osservatorio è avvenuto il 30 ottobre. Ai materiali precedenti, rivisti e aggiornati, si aggiungevano altri elaborati:

- *Quali applicazioni per i livelli essenziali per i non autosufficienti?* di Cristiano Gori.
- *Prime note sul fabbisogno finanziario di una riforma della spesa per prestazioni di assistenza,* di Paolo Bosi.
- *Come costruire i Leps,* breve nota di Franco Pesaresi.
- *Quale applicazione dei livelli essenziali nei servizi alla prima infanzia?* di Cristiano Gori.
- *Quali applicazioni per i livelli essenziali nelle politiche di contrasto alla povertà?* di Emanuele Ranci Ortigosa.

Tale incontro confermava la sintonia tra i componenti dell'Osservatorio ed il gruppo di lavoro, e si concordava quindi la messa a punto dei testi conclusivi per il gennaio 2008, al fine di svolgere un'ultima verifica con il tavolo politico dell'Osservatorio, effettuata positivamente il 10 gennaio 2008.

In quell'occasione, veniva decisa la presentazione pubblica del lavoro per il mese di marzo 2008. La crisi del governo e l'indizione delle elezioni suggerivano di rinviare tale data a quando vi fosse un interlocutore governativo stabile, e quindi al mese di giugno.

GLI AUTORI

Emanuele Ranci Ortigosa è direttore scientifico dell'Irs, Istituto per la ricerca sociale, e direttore del quindicinale *Prospettive Sociali e Sanitarie*. Ha insegnato Politiche sociali alle Università di Siena e di Venezia.

Paolo Bosi è professore di Scienza delle finanze nella Facoltà di Economia di Modena e Reggio Emilia, e Presidente del Capp, Centro di analisi delle politiche pubbliche; è membro del Comitato scientifico di Prometeia e del Comitato scientifico di *Prospettive Sociali e Sanitarie*.

Barbara Da Roit è *assistant professor* presso l'Università di Utrecht; collabora con l'Istituto per la ricerca sociale.

Cristiano Gori è responsabile scientifico per le politiche di welfare all'Irs; *visiting scholar* della London School of Economics and Political Science; vicedirettore di *Prospettive Sociali e Sanitarie*; editorialista per *Il Sole 24 Ore*.

Franco Pesaresi è dirigente ai servizi sociali del Comune di Ancona; presidente dell'Associazione nazionale operatori sociali e sociosanitari; redattore di *Prospettive Sociali e Sanitarie*.

Diritti sociali e livelli essenziali: una sintesi

Emanuele Ranci Ortigosa

Coordinatore del progetto, Direttore scientifico Irs

1. QUALE CAMPO DI LIVELLI ESSENZIALI SI CONSIDERA

I livelli essenziali possono concernere campi di bisogni assai diversi, e anche risposte ad essi assai diverse. Noi ci occuperemo essenzialmente dei livelli essenziali rilevanti per le politiche sociali, e più specificamente per le politiche socio-assistenziali e sociosanitarie, per i quali sono state utilizzate varie denominazioni e relative sigle: Livelli essenziali di assistenza (Lea), Livelli essenziali delle prestazioni (Lep), Livelli essenziali assistenza sociale (Liveas), Livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps). La prima è stata utilizzata soprattutto in sanità, fra le altre pare preferibile utilizzare, anche sulla traccia di alcuni documenti ministeriali, il termine Leps.

Le “prestazioni” considerate comprendono le erogazioni monetarie, anche quelle attualmente gestite a livello nazionale, e i servizi.

Comprendono anche la componente sociale dei Lea sociosanitari, che vanno riconsiderati in un quadro coerente e paritario con i livelli essenziali di assistenza sociali.

2. PERCHÉ I LIVELLI ESSENZIALI

Vi sono condizioni sociali e relativi bisogni tanto pregiudizievole per le persone, le famiglie, la nostra convivenza sociale, da comportare la definizione di diritti sociali e/o di misure ad essi correlate volte ad assicurare al cittadino una tutela e una promozione rispetto ad essi.

Lo sviluppo delle politiche di welfare implica che vengano via via definiti:

- quali bisogni vengono considerati a tal fine rilevanti dalle amministrazioni pubbliche;
- chi ne sono i portatori;
- quali opportunità vengono loro offerte (servizi di vario genere, erogazioni monetarie, ecc.).

La Costituzione già afferma e tutela dei diritti sociali perfetti e incompressibili (per esempio, art. 38, c. 1: “Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all’assistenza sociale”). I livelli essenziali vanno oltre questa soglia.

La definizione dei livelli essenziali è uno strumento per l’esplicitazione e la chiarificazione di diritti e di “prestazioni” atte a garantirli. L’oggetto

possono essere diritti e prestazioni già oggi operanti, o che si introducono e si formalizzano appunto con tale definizione. Può anche consistere nella prima definizione di diritti e prestazioni che attiva un processo di implementazione e completamento che ci si impegna a perseguire e realizzare.

3. QUALI SONO I CARATTERI GENERALI DEI LIVELLI ESSENZIALI

I livelli essenziali:

- si collocano entro politiche e interventi sociali a carattere universalistico, rivolti cioè a tutta la popolazione che presenta quel bisogno e la necessità di quell'intervento, a prescindere dalle caratteristiche, storie, collocazioni personali e lavorative dei destinatari;
- possono però associare all'universalità anche la selettività, prevalentemente in base al livello di reddito, individuale o familiare, o anche su altri fattori di bisogno assunti come discriminanti; la selettività determina inclusione/esclusione o, al limite, in fase di implementazione dei livelli, priorità di accesso;
- devono essere "garantiti", come dice la Costituzione; le modalità di garanzia possono essere offerte dalla giustizia civile, dalla giustizia amministrativa, da forme di tutela interne alle amministrazioni pubbliche (uffici di pubblica tutela, difensori civici, ecc.), purché provvisti di adeguata autorevolezza, e da forme di tutela e negoziazione a opera di organizzazioni sociali.

4. QUALI LE POSSIBILI FINALITÀ E FUNZIONI DEI LIVELLI ESSENZIALI

I livelli essenziali possono perseguire una o più fra le seguenti finalità e svolgere le corrispondenti funzioni:

- costitutiva di diritti, per affermare diritti sociali soggettivi a interventi e prestazioni dovuti;
- distributiva, per garantire la presenza di certi servizi e prestazioni o di certe risorse su tutto il territorio;
- redistributiva, per assicurare uguali risposte a uguali bisogni attraverso una redistribuzione delle risorse tra aree di utenza, servizi, territori;
- promozionale e di sviluppo, per l'incremento e il miglioramento del sistema dei servizi, o di sue specifiche aree.

Il sistema dei livelli essenziali comporta l'acquisizione di una prospettiva strategica, che ne programma e ne assicura lo sviluppo nel tempo e individua anche le modalità e i criteri di monitoraggio e valutazione. Ciò comporta una gerarchizzazione fra le finalità prima indicate, con scelte di priorità. Priorità non significa esclusività, perché le diverse funzioni possono assumere opportune e anzi necessarie complementarità.

5. LA DEFINIZIONE GENERALE E LA REALIZZAZIONE GRADUALE DEI LIVELLI ESSENZIALI

I livelli essenziali riguardano l'insieme dei diritti sociali e coinvolgono quindi l'insieme degli interventi, dei servizi, delle risorse impegnate per attuarli.

Va quindi costruita un'impostazione e una metodologia generale, assunta per tutte le aree di declinazione, per evitare settorializzazioni e incoerenze.

La specificazione e l'attuazione possono invece essere articolate e graduali per le diverse aree di problemi e di servizi e perseguire con progressività gli obiettivi ottimali individuati.

6. CHI DEFINISCE E CHI REALIZZA I LIVELLI ESSENZIALI

Nel campo delle politiche socio-assistenziali, la riforma costituzionale del 2001 ha sancito la competenza esclusiva delle Regioni, ma ha affidato allo Stato la definizione di livelli essenziali delle prestazioni volte a garantire i diritti civili e sociali su tutto il territorio nazionale.

Cost. 117, c. 2, lett. m: "lo Stato ha legislazione esclusiva [sulla] determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale".

La determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, di cui alla Costituzione, è quindi prerogativa dello Stato, e va attuata con norma di legge. La loro concreta attuazione è compito delle Regioni e dei Comuni, nelle rispettive loro funzioni normative e amministrative.

La definizione dei livelli deve avvenire, come prevede la l. 328/00 e come esige il richiamato concorso delle funzioni e competenze, con modalità partecipative, in ambito istituzionale (Conferenza Stato-Regioni-autonomie locali) e sociale.

Nessuna norma impedisce a Regioni e Comuni di disciplinare e realizzare i loro livelli essenziali, che non avranno ovviamente la forza e gli effetti di quelli previsti dalla Costituzione, ma solo quelli propri degli atti normativi con cui vengono approvati.

7. LE FONTI NORMATIVE ORDINARIE SUI LIVELLI ESSENZIALI

La fonte principale è la l. 328/00, il cui contenuto è però da rileggere e reinterpretare alla luce degli articoli sopra richiamati della riforma costituzionale del 2001:

L. 328/00, art. 2, c. 2: "I soggetti di cui agli artt. 1 e 3 sono tenuti a realizzare il sistema integrato degli interventi e servizi che garantisce i livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 22, e a consentire l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle prestazioni economiche".

L. 322/00, art. 9, c. 1: "Allo Stato spetta [...] b) dei livelli essenziali e uniformi delle prestazioni".

L. 328/00, art. 22, c. 2: "Gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi [...] nei limiti delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali".

L'elencazione di interventi e misure e relativi destinatari dell'articolo in esame può essere così sintetizzata:

1. misure di contrasto alla povertà;
2. misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio;

9. I POSSIBILI CONTENUTI DEI LIVELLI ESSENZIALI E IL LORO RAPPORTO CON LE FINALITÀ PERSEGUIBILI

I campi di livelli essenziali individuati nello schema esposto nella tavola 1 possono essere riempiti e sostanzianti utilizzando diversi contenuti e conseguenti indicatori, che vengono raccolti nelle seguenti tipologie:

- *Diritti individuali a servizi e prestazioni e loro titolari.* Viene così definito “chi riceve che cosa”, in termini di certezza, equità, esigibilità (effetti costitutivi di diritti), facendo chiarezza sui criteri di inclusione ed esclusione.
- *Tipologie ed eventualmente grado di diffusione di servizi e prestazioni.* Si prescrive così la presenza di alcune tipologie di offerta in ogni realtà territoriale (ambito) od ogni dato numero di abitanti, con effetti di crescita dell’offerta nelle aree più deboli (effetti di sviluppo) e di riduzione delle differenze territoriali nell’offerta (effetti redistributivi).
- *Requisiti di qualità dei servizi e delle prestazioni.* Si persegue così una crescita della qualità dei servizi e del loro operare (tempestività, accessibilità, integrazione dei percorsi assistenziali, requisiti di qualità delle strutture, ecc.), che toccherà prevalentemente le realtà più deboli, con conseguente riduzione delle differenze (effetti di miglioramento e sviluppo della qualità e redistributivi).
- *Entità di risorse finanziarie, professionali, strutturali, strumentali impegnate.* Si prescrive così una certa entità base di spesa *pro capite* (o per popolazione *target*), per funzioni assistenziali e per aree di servizi e interventi. O, analogamente, una certa presenza di specifiche professionalità, o di certe strutture e strumentazioni (effetti distributivi e di sviluppo).

Le tipologie indicate tendono a conseguire degli effetti che sono rapportabili alle diverse finalità perseguibili. Non sono peraltro fra loro alternative, ma piuttosto complementari, e vanno usate contestualmente, facendo però chiarezza sull’ordine di priorità che fra esse si intende stabilire.

10. IL PERCORSO DI DEFINIZIONE

Gli interrogativi cui occorre rispondere per definire un livello essenziale sono:

- *Chi?* Quali portatori di quali bisogni sono i potenziali beneficiari? A che condizioni?
- *Cosa?* Quali contenuti e prestazioni sono considerati essenziali e con quale diffusione?
- *Come?* Quali requisiti devono avere?
- *Con quali risorse,* adeguate a realizzare effettivamente contenuti, distribuzione, requisiti dei servizi e delle prestazioni?
- *Con quale esigibilità?* Chi la garantisce?

11. LA COMPOSIZIONE DEL LIVELLO ESSENZIALE

La descrizione del livello essenziale deve comprendere le seguenti componenti:

- indicazione del diritto sociale considerato e della condizione di bisogno che esige tutela;

- individuazione chiara dei titolari del diritto soggettivo;
- oggetto (prestazione, servizio, insieme di servizi e prestazioni);
- quantità e qualità delle “prestazioni” da garantire;
- costi delle prestazioni a carico degli utenti;
- criteri e modalità di accesso;
- modalità per garantire l’esigibilità del diritto.
Vanno anche individuati ed esplicitati:
- i ruoli e le responsabilità dei diversi livelli di governo in merito alla sua attuazione;
- le risorse necessarie e chi le fornisce;
- da chi e come viene garantita l’esigibilità del diritto;
- chi e come monitora l’implementazione del livello essenziale e la realizzazione dei servizi e degli interventi.

12. I LIVELLI ESSENZIALI PER QUALE POLITICA SOCIALE: DIRITTI E STANDARD

Nel dibattito “scientifico” (analizzato da Da Roit nel capitolo 2) si è affermata l’esigenza di:

- individuare i livelli essenziali come diritti sociali esigibili (approccio costitutivo); si osserva invece che nei documenti di analisi e proposta degli attori istituzionali e sociali l’attenzione è frequentemente centrata sulle unità di offerta, oggetto di programmazione (approccio distributivo);
- interpretare il termine “prestazione” in senso multidimensionale, come complesso *mix* di prestazioni e interventi necessari a soddisfare un bisogno.

13. PERCHÉ INSISTERE SUI DIRITTI

Definire i diritti è tecnicamente più complesso che definire gli standard. Ma è importante farlo perché:

- la Costituzione fa esplicito riferimento a diritti da garantire su tutto il territorio nazionale;
- la finalità è quindi la definizione e l’attuazione di un diritto della persona, delle famiglie, di gruppi sociali, per dare risposta alla situazione di bisogno considerata; gli standard sono strumento per attuare effettivamente il diritto sociale affermato;
- nel campo del sociale, incontriamo generalmente interessi debolmente protetti, privi di esigibilità effettiva, anche a fronte di situazioni di bisogno assai gravi, lesive di esigenze fondamentali delle persone e delle famiglie, che richiedono tutela certa;
- porre i rapporti in termini di diritti, e non di discrezionalità, riqualifica la relazione fra ente e beneficiario, fra operatore e utente, la fa uscire da logiche beneficenziali o clientelari, per assumere carattere istituzionale e professionale;
- si aprono così spazi per azioni individuali o collettive per ottenere il rispetto di standard altrimenti spesso disattesi.

14. GLI OSTACOLI ALL'ATTUAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI

I principali ostacoli oggettivi (altri sono gli ostacoli politici) a perseguire, attraverso la definizione dei livelli essenziali, l'affermazione dei diritti sociali e lo sviluppo dei servizi e degli interventi territoriali sono:

- la disponibilità di risorse adeguate per il finanziamento dei sistemi regionali e locali di servizi e interventi;
- la complessa implementazione dei servizi e degli interventi sul territorio, soprattutto nelle aree dove si registrano le maggiori debolezze.

15. RISORSE FINANZIARIE

Cruciale per i livelli essenziali è la disponibilità di risorse finanziarie adeguate grazie al concorso di Stato, Regioni, enti locali e compartecipazione degli utenti.

Un documento delle Regioni affermava correttamente che l'attuale Fondo nazionale delle politiche sociali è nato dalla sommatoria di stanziamenti volti alla promozione di specifiche politiche sociali e che introdurre i livelli essenziali comporta altra logica e ben altri finanziamenti.

L'introduzione dei livelli richiede la riforma delle attuali erogazioni monetarie gestite centralmente, assicurando ovviamente ai beneficiari con specifici livelli essenziali non solo la continuità, ma anche la garanzia e la riqualificazione degli interventi. Le corrispondenti risorse dovranno confluire con altre risorse per assicurare appunto la realizzazione dei livelli.

Si pone anche un serio problema di iniziative redistributive, perchè l'entità dei bisogni e la consistenza e qualità dell'offerta sono molto diverse da Regione a Regione. Occorre trovare modalità che non escludano dagli stimoli al miglioramento proposti dai livelli e dall'assegnazione di risorse anche le Regioni oggi con servizi più sviluppati, per generalizzare il processo ed evitare le resistenze di chi si sentisse penalizzato o escluso.

16. QUALI POLITICHE PER INTRODURRE I LIVELLI ESSENZIALI

La finalità di garantire i diritti sociali su tutto il territorio nazionale va perseguita mediante politiche che:

- definiscono tali diritti e gli specifici titolari;
- individuano percorsi e strumenti per garantirli, su criteri di incremento delle opportunità, appropriatezza, adeguatezza, esigibilità (concezione pluridimensionale di "prestazione");
- definiscono modalità di implementazione e supporto, anche con premi/sanzioni;
- assicurano le risorse per realizzarli in tutto il Paese.

17. LA REALIZZAZIONE PROCESSUALE E GRADUALE È VALIDA ANCHE PER I DIRITTI

Si è detto (punto 5) che l'implementazione dei livelli essenziali può essere processuale e graduale. Va sottolineato che tale impostazione è valida non solo per i servizi e le prestazioni da assicurare, ma anche per i diritti

da determinare, contrastando chi assolutizza i diritti e ne determina così, di fatto, l'estromissione per incompatibilità con i vincoli di realtà. Inizialmente la definizione di diritti può essere talora restrittiva, ma con criteri di inclusione espliciti e omogenei. Purchè si programmi effettivamente la sua progressiva estensione fino al livello ritenuto essenziale, con la contestuale espansione delle risorse impegnate e lo sviluppo dell'offerta di servizi e prestazioni.

18. PRESTAZIONI ECONOMICHE E SERVIZI

I livelli essenziali non devono avere per oggetto solo prestazioni economiche, anche se queste sono più agevoli da definire. Non è infatti assicurato che le erogazioni monetarie vadano a coprire il bisogno per cui sono erogate, e quanto siano adeguate e appropriate rispetto ad esso. I servizi previsti nei livelli coprono invece bisogni specifici, in termini più egualitari, e concorrono a meglio responsabilizzare la comunità anche sull'adeguatezza e l'appropriatezza dell'intervento.

Il *mix* fra erogazioni monetarie e servizi più appropriato ai casi specifici può essere definito e negoziato solo dai servizi professionali sul territorio.

Il territorio è il luogo privilegiato per l'attuazione dei livelli essenziali, dall'analisi del bisogno, alla definizione dei progetti, all'erogazione delle prestazioni nel *mix* prescelto, fino alla verifica e valutazione.

Il territorio è anche il luogo di coinvolgimento, attivazione e responsabilizzazione dei destinatari degli interventi (politiche sociali attive).

Sviluppare sul territorio, e in particolare a livello di ambito sociale e distretto sanitario, la *governance* e arricchire e integrare la rete istituzionale e sociale è condizione di effettività dei livelli essenziali sociali e sanitari.

19. INTERVENTI PRIORITARI

Non potendo sviluppare contemporaneamente tutti i livelli in tutte le aree delle politiche sociali, la ricerca, la comparazione internazionale, il dibattito politico e sociale sembrano orientati a individuare come attualmente prioritarie queste tematiche:

- un piano di servizi per il sostegno delle responsabilità familiari (servizi per la prima infanzia);
- un programma completo di assicurazione contro il rischio della non autosufficienza per gli anziani, fondato - accanto a trasferimenti monetari, che prendano le mosse da una riforma dell'indennità di accompagnamento - sull'offerta di una gamma adeguata di servizi;
- un programma di contrasto della povertà, analogo agli istituti di reddito minimo di inserimento attuato negli altri Paesi europei;
- il riordino o la riforma degli interventi di defiscalizzazione ed erogazione economica per il sostegno alle responsabilità familiari.

L'individuazione di tali misure e una stima dei loro costi è presentata nel capitolo 3 di Bosi e per le materie specifiche della non autosufficienza e

dei servizi per i minori nei capitoli 6 e 8 di Gori, e del contrasto alla povertà, nel capitolo 7 di Ranci Ortigosa.

20. QUALI PROSPETTIVE

In Italia i livelli essenziali sono stati introdotti in primo luogo in sanità, con la prevalente funzione di ridistribuire e contenere la spesa, e selezionare le prestazioni.

Attraverso la l. 328/00 e la riforma della Costituzione, vengono assunti anche nel sociale, nella prospettiva del tutto diversa di affermare anche in questo campo dei diritti esigibili.

La determinazione e la realizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni nel campo sociale rimane di grande importanza per la riforma del nostro welfare. A tale esigenza si frappongono però seri nodi da sciogliere e ostacoli da affrontare. Governo, Regioni, enti locali, organizzazioni sociali hanno molto da concertare e da sperimentare per superarli.

Allo svolgimento di questa partita, impegnativa sotto il profilo istituzionale, politico, tecnico, economico, si è cercato di dare un contributo con questa ricerca e i contenuti propositivi che ha generato.

Definizione e costruzione dei livelli essenziali

Livelli essenziali: stato del dibattito e proposte di sviluppo

Barbara Da Roit

Università di Utrecht, collaboratrice Irs

La definizione e attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali sembrano essere divenute le chiavi di volta dello sviluppo delle politiche dei servizi e degli interventi sociali in Italia.

Nonostante il dibattito risalga ormai ad alcuni anni fa, i livelli essenziali nell'ambito delle politiche sociali - diversamente definiti dalla legge quadro per i servizi e degli interventi sociali e dal mutato quadro istituzionale a seguito della riforma costituzionale del 2001 - non sono stati ancora identificati, lasciando aperti numerosi problemi relativi sia al riconoscimento dei diritti sociali, sia all'attuazione di riforme attese delle politiche sociali, generali e di specifici settori.

La necessità di trovare un significato condiviso per le parole è, in questo senso, preliminare alla definizione di una strategia per la definizione dei livelli essenziali e per la riforma delle politiche sociali nel loro complesso.

Il presente contributo, dopo avere presentato sinteticamente i principali passaggi che hanno visto l'introduzione dei livelli essenziali nel quadro delle politiche sociali in Italia (par. 1), ripercorre alcuni temi presenti nel dibattito sulla loro applicazione ed evidenzia alcuni nodi problematici aperti (par. 2). Di seguito sono analizzate analogie e differenze nell'applicazione dei livelli essenziali (o nozioni analoghe) in diversi contesti nazionali e in un'area di *policy* diversa in Italia, quella della tutela della salute (par. 3). Infine, sulla scorta delle considerazioni svolte, si propongono, a titolo esemplificativo, possibili modalità per l'identificazioni dei livelli essenziali in alcune aree di intervento, mettendo in evidenza le possibili alternative e gli elementi cruciali da sottoporre a decisione (par. 4).

1. LIVELLI ESSENZIALI DALLA LEGGE QUADRO ALLA RIFORMA COSTITUZIONALE

La legge quadro di riforma dell'assistenza del 2000 ha, per prima, introdotto un riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni sociali. Successivamente, la riforma costituzionale del 2001 ha modificato il quadro di riferimento, attribuendo ai livelli essenziali una posizione cruciale, in parte diversa rispetto a quella prefigurata dalla l. 328/00, nel quadro della ridefinizione delle competenze dei diversi livelli di governo delle politiche sociali.

1.1 I livelli essenziali e la legge di riforma dell'assistenza (328/00)

La differenziazione territoriale della cittadinanza sociale è un tradizionale nodo critico delle politiche sociali in Italia (cfr. Saraceno, 2005). All'origine dell'interesse per i livelli essenziali vi è la necessità di ridurre l'eterogeneità dell'offerta di servizi tra aree del Paese.

Nonostante questo rappresentasse uno degli obiettivi fondamentali della legge di riforma del 2000 (l. 328/00), vi è consenso nell'affermare che la legge quadro ha introdotto e definito i livelli essenziali delle prestazioni sociali in modo assai vago.

La legge fornisce alcune indicazioni in ordine a quali debbano considerarsi livelli essenziali delle prestazioni sociali, senza scendere in ulteriori dettagli. In realtà, la legge elenca un insieme di bisogni e di aree di intervento delle politiche sociali e, in particolare: misure di contrasto della povertà; misure economiche per le persone dipendenti; interventi, inserimenti familiari e comunitari a favore di minori in difficoltà; misure a sostegno delle responsabilità familiari; misure di sostegno alle donne in difficoltà; servizi per i disabili; servizi per gli anziani non autosufficienti; servizi per i tossicodipendenti; servizi di informazione e consulenza. Inoltre, la legge quadro identifica alcuni servizi come parte dei livelli essenziali che devono essere garantiti in ogni ambito territoriale: il segretariato sociale, il servizio sociale professionale, l'assistenza domiciliare, il servizio di pronto intervento sociale, strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti fragili, centri di accoglienza residenziali e diurni a carattere comunitario.¹

La 328, peraltro, colloca tra i diritti soggettivi unicamente le prestazioni monetarie assistenziali nazionali, mentre non attribuisce natura di diritti individuali esigibili ai servizi e agli interventi territoriali. Anzi, con questa netta distinzione, la legge evidenzia e mantiene la storica distinzione tra i diritti soggettivi esigibili relativi alle erogazioni monetarie e l'assenza di diritti relativamente ai servizi. Inoltre, nel disegno della legge quadro, la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni sociali è subordinata alla disponibilità di risorse economiche per le politiche sociali.

1.2 I livelli essenziali e la riforma del titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 3/01)

La riforma costituzionale del 2001, a meno di un anno di distanza dall'approvazione della legge quadro sull'assistenza, trasforma profondamente la ripartizione delle competenze legislative e amministrative tra Stato e Regioni, incidendo in modo significativo anche sull'attribuzione di competenze in materia di politiche sociali. In particolare, con la riforma di titolo V della Costituzione, le politiche sociali diventano competenza esclusiva delle Regioni. Allo Stato spetta unicamente, e in via esclusiva, la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (Cost., art. 117, c. 2, lett. m).

Le prestazioni volte a soddisfare i diritti sociali dei cittadini sono tra le funzioni attribuite agli enti territoriali (Cost., art. 199). “Sembrirebbe acquisito che il concetto dei livelli essenziali e uniformi abbia ormai acquisito valenza autonoma, solo parzialmente connessa a esigenze di natura finanziaria: esso si configura ormai come parametro di riferimento in materia di diritti sociali [...], il che sta a significare che questo è il nuovo nome dell’uguaglianza” (Bartoli, 2006: 91).

La determinazione dei livelli essenziali di assistenza è competenza esclusiva del legislatore statale, sottoponibile a giudizio di legittimità costituzionale. Una determinazione di livelli troppo “bassi” potrebbe, infatti, essere giudicata come lesiva del diritto costituzionale (Bartoli, 2006: 104-196).

Inoltre, i giudici comuni, amministrativi e costituzionali presidiano i diritti sociali e il dovere del pubblico. “Il trasferimento a livello amministrativo delle funzioni di programmazione, in particolare, sottolineerà il ruolo dei giudici amministrativi, che potranno essere chiamati a sindacare le scelte di pianificazione locali e regionali in rapporto alla loro conformità e adeguatezza a quella nazionale” (Bartoli, 2006: 97).

La riforma costituzionale ha, infine, un impatto considerevole in materia di modalità di finanziamento delle politiche sociali. Come meglio illustrato da Pesaresi nel capitolo 10, il nuovo testo Costituzionale, nel delineare il rinnovato sistema di autonomia finanziaria delle Regioni, ha posto dei limiti al legislatore statale nella disciplina delle modalità di finanziamento delle funzioni spettanti in via esclusiva alle Regioni. Non sono più ammissibili finanziamenti vincolati, in materie e funzioni - come le politiche sociali - la cui disciplina è riservata alle Regioni. Alle Regioni e agli enti locali dovrebbero essere attribuite, senza vincoli di destinazione, le risorse necessarie ad adempiere ai loro obblighi e al raggiungimento dei livelli essenziali delle prestazioni.

Vi è chi sostiene, in questo quadro, che il Fondo nazionale per le Politiche sociali, attivato effettivamente con l’entrata in vigore della l. 328/00 in una logica di finanziamento a cascata delle politiche sociali, andrebbe abolito (Comino et al., 2005). Altri continuano a descrivere il Fnps come “lo strumento insostituibile per il finanziamento delle politiche sociali nella loro interezza” e per l’attuazione dei livelli essenziali (Cnel, 2006: 6).

Il nuovo testo costituzionale prevede tuttavia che lo Stato possa destinare risorse aggiuntive ed effettuare interventi specifici a favore di Regioni ed enti locali a scopo perequativo. Come sottolineato dallo stesso Pesaresi, vi è qui uno spazio per il mantenimento del fondo che dovrebbe assumere, tuttavia, una funzione almeno parzialmente diversa.

Concretamente, tuttavia, il discorso resta totalmente aperto.

2. LIVELLI ESSENZIALI: STATO DEL DIBATTITO E NODI IRRISOLTI

In mancanza della definizione di livelli essenziali, si è sviluppato un certo dibattito, sia “scientifico” sia “politico”, in materia. Di seguito ne sono proposte le principali coordinate. Inoltre, sono evidenziati alcuni nodi problematici che restano a oggi irrisolti.

2.1 Innovazione e problematicità dell'applicazione dei livelli essenziali

In materia di livelli essenziali, hanno suscitato un certo dibattito le previsioni della 328 e le trasformazioni introdotte dalla riforma costituzionale.

In primo luogo, si è sottolineato come la legge quadro fosse, per sua natura, in certa misura “superata” dalla riforma costituzionale, essendo divenute le politiche sociali di competenza esclusiva delle Regioni, fatta salva la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni. La l. 328/00, infatti, tende, coerentemente con la sua natura di legge quadro, a dichiarare principi e orientamenti per la definizione di politiche concrete, mentre quanto imposto dalla Costituzione riformata prevedrebbe, a carico del livello nazionale di governo, la “definizione dei livelli essenziali delle prestazioni e non più solo una programmazione degli stessi” (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2005: 3).

In queste osservazioni è insita una lettura ottimistica dell'assetto prodotto dalla riforma della Costituzione, che vede quest'ultima come un passo avanti fondamentale rispetto alla l. 328/00 verso l'affermazione di diritti soggettivi nell'ambito delle politiche sociali. Dopo la riforma del titolo V, infatti, la nozione di livelli essenziali acquista carattere costituzionale (Formez, 2004) e si rafforza il ruolo dei livelli essenziali per l'individuazione del nucleo della cittadinanza sociale garantita dallo Stato (Melloni, 2002). Alla luce del nuovo dettato costituzionale, la legge quadro sarebbe in certo senso “attaccabile”, sotto il profilo della definizione dei diritti, poiché “non riesce a garantire compiutamente il nucleo essenziale del diritto all'assistenza, anzi tramuta il diritto costituzionale in una priorità di accesso ai servizi nell'ambito della programmazione” (Bartoli, 2006). Si ricorda, infatti, che “a prescindere o meno dall'esaurimento delle risorse [...], i soggetti di cui all'art. 38, I Comma, Cost., hanno diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. Si tratta di una posizione soggettiva di diritto perfetto incompressibile e costituzionalmente garantito” (Bartoli, 2006: 96).² Secondo alcuni autori, la tutela garantita dalla Costituzione appare meno forte in altre situazioni che non ricadano nel diritto al mantenimento e all'assistenza: “l'esaurimento delle risorse potrebbe essere più difficilmente censurabile come causa di diniego dell'accesso ai servizi” (Bartoli, 2006: 97). In altri termini, l'intervento legislativo per la definizione di diritti sociali appare necessario perché il senso della norma costituzionale trovi applicazione (Onida, 2006).

Secondo altri osservatori, la riforma costituzionale ha rappresentato il ritirarsi dello stato dalle politiche sociali, a differenza di quanto avvenuto in altri settori della protezione sociale, quali la previdenza e la tutela della salute, dove lo Stato ha mantenuto competenze esclusive o concorrenti. Il livello nazionale di governo, infatti, “potrebbe trovare l'opposizione delle Regioni per motivi di ‘invasione di campo’ e di uso centralistico di risorse che, viceversa, dovrebbero essere lasciate alla gestione e decisioni locali”

(Saraceno, 2005: 10). Ciò potrebbe fortemente limitare l'efficacia dell'azione dello Stato nell'intento di garantire maggiore uniformità territoriale e uguali opportunità di accesso ai servizi e alle prestazioni sociali.

In effetti, la riforma costituzionale ha superato la logica che caratterizzava la l. 328/00, fondata sull'indirizzo statale in materia di politiche sociali e sulla programmazione "a cascata". Il dubbio talvolta sottolineato (Comino et al., 2005: 97) è relativo all'effettiva capacità dei livelli essenziali quale unico strumento per promuovere lo sviluppo dei servizi e degli interventi territoriali e l'affermazione dei diritti sociali.

Il nodo cruciale sembra essere divenuto in quale misura e attraverso quali strumenti è possibile trasformare la definizione dei livelli essenziali in una leva significativa per l'affermazione dei diritti sociali e per lo sviluppo dei servizi e degli interventi territoriali.

2.2 Livelli essenziali come diritti sociali: il nodo delle risorse

Che i livelli essenziali delle prestazioni sociali debbano configurarsi, almeno teoricamente, come diritti sociali, appare evidente dal disegno costituzionale. Il testo costituzionale, emendato con la riforma del 2001, indica esplicitamente i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 17, c. 2, lett. m). In che termini ciò possa tradursi in pratica è difficile dirlo. Esistono, infatti, ostacoli oggettivi importanti alla definizione e soprattutto all'implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni come diritti soggettivi dei cittadini.

Il primo, e spesso ricordato, problema è relativo alla dotazione di risorse per le politiche sociali, con particolare riferimento al finanziamento del sistema regionale e locale dei servizi e degli interventi. Si afferma generalmente, ma spesso senza specificarne ulteriormente le conseguenze, anche sul piano politico, che la definizione dei livelli essenziali deve andare di pari passo con la definizione delle risorse necessarie a garantirli (cfr., per esempio, Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, 2003: 28).

Ciò che è meno sottolineato è che la definizione di diritti soggettivi per l'accesso a determinati servizi e interventi si configurerebbe, in primo luogo, come un sovvertimento dell'attuale sistema di finanziamento (di pianificazione, programmazione e accesso ai servizi sociali). L'erogazione dei servizi e degli interventi sociali territoriali (anche nei contesti di maggiore sviluppo delle politiche sociali) avviene oggi sulla base di una logica dominata dalla programmazione e limitazione dell'offerta, attraverso la predeterminazione delle risorse disponibili per determinati interventi. A ciò corrisponde una limitata capacità di copertura del bisogno sociale (più che della domanda, che resta il più delle volte inespressa), anche nei contesti "migliori".³ In altri termini, il problema dello sviluppo delle politiche sociali in Italia, spesso tematizzato come un problema di variabilità territoriale (di spesa, di presenza di servizi, ecc.; cfr., per esempio, Malizia, 2004), emergerebbe anche e soprattutto come un problema di carenza di offerta e di risorse nel momento in cui la logica di accesso alle prestazioni dovesse fondarsi su diritti soggettivi.

In assenza di un adeguamento dell'ammontare delle risorse disponibili, il passaggio a una logica di sviluppo fondata sulla domanda, per quanto i criteri di accesso possano essere definiti in modo stringente, produrrebbe tensioni considerevoli. A ciò si collega il tema della revisione dei rapporti tra erogazioni monetarie centrali e spesa per i servizi, sui cui ritorneremo tra breve.

2.3 Livelli essenziali come diritti sociali: il contenuto delle prestazioni

Il secondo problema è relativo all'implementazione dei servizi e degli interventi nel territorio. La logica costituzionale si fonda sull'idea che, una volta definiti i livelli essenziali, siano le Regioni e gli enti locali a realizzare le misure di politica sociale, i servizi e gli interventi necessari a soddisfare tali livelli. Non è tuttavia realistico affidarsi a una simile attesa, conoscendo l'attuale differenziazione nella capacità di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi e degli interventi nel territorio, fra Regioni diverse e all'interno delle Regioni stesse. Il rischio, adottando un approccio che punta tutto e si esaurisce nella definizione formale di diritti soggettivi, è quello che essi non trovino, nella sostanza, applicazione, non solo in relazione alla scarsità di risorse, ma anche alla diversa capacità organizzativa e gestionale. Il problema è particolarmente acuto in alcune Regioni e aree territoriali che presentano oggi una spesa per le politiche sociali e una copertura rispetto al bisogno stimato inferiore alla media. Si tratta, tuttavia, di un nodo critico anche nelle Regioni e nei contesti territoriali "avanzati". Come è facile immaginare, la sola amministrazione dell'accesso ai servizi e interventi in un quadro più universalistico, regolato e trasparente richiederebbe, per il crescente numero di utenti e per la necessità di standardizzazione di alcune procedure, una trasformazione significativa dell'organizzazione dei servizi nel territorio, nelle fasi di valutazione dei bisogni e delle domande, di accesso ai servizi, di monitoraggio.

Emerge dunque chiaramente la necessità che i livelli essenziali, oltre a sancire diritti, prestino attenzione a sostenere la crescita del sistema dei servizi, la definizione di protocolli di intervento condivisi, la loro efficacia organizzativa nel territorio, ecc.

Uno dei nodi fondamentali, consegnati alle politiche sociali dalla riforma costituzionale, è il permanere nelle mani del livello nazionale dei livelli essenziali come unico strumento di governo, orientamento, controllo dello sviluppo dell'affermazione dei diritti sociali. Per questo è necessario che la loro definizione tenga conto di tutti gli elementi necessari perché essa abbia efficacia e possa effettivamente produrre risultati significativi in termini di cittadinanza, esigibilità dei diritti e uguaglianza.

Si è sottolineato come i livelli essenziali possano essere intesi e declinati secondo logiche e modalità diverse: diritti soggettivi; tipi di prestazioni; qualità dei servizi esistenti (Gori, 2003). Non solo si tratta di opzioni alternative, ma che possono sostenersi a vicenda. L'approccio degli "indicatori di offerta" può cioè coesistere con quello dei "diritti esigibili" (Capp, Cer,

Servizi Nuovi, 2003). Si è, inoltre, proposto di definire i livelli essenziali in senso “multidimensionale” (Formez, 2004: 48; Comino et al., 2005: 105; Leone, 2006; Leone, Iurleo, 2004), individuandone cioè diverse dimensioni, un insieme di elementi che concorrono a dare contenuto ai diritti. Questa idea, intesa in modo appropriato, può favorire il superamento di alcuni elementi di criticità presenti nell’attuazione dei livelli essenziali: si tratta cioè di definire i livelli essenziali, anziché come un semplice elenco di prestazioni, come prestazioni qualificate da specifici elementi che vi danno sostanza.

Ad esempio, Comini e colleghi (2005: 107) propongono che ciascun livello essenziale sia individuato secondo sei dimensioni, che dovrebbero essere tutte contestualmente definite in fase di definizione dei livelli essenziali:

- macro-area di intervento;
- prestazione;
- descrizione sintetica;
- destinatari (soggetti cui lo Stato riconosce il diritto alle prestazioni);
- indicatori (di prestazione o di capacità di offerta);
- valore obiettivo (valore che gli indicatori devono assumere per la conformità della prestazione al livello definito).

In questo quadro, si può convenire sull’ipotesi che, per dare sostanza all’individuazione di un diritto soggettivo - una volta definito un livello essenziale delle prestazioni come diritto sociale - si può immaginare che il “livello” sia anche articolato in termini di unità di offerta, che devono essere garantite; livelli di copertura che devono essere raggiunti rispetto a una popolazione obiettivo, standard di offerta e di qualità.

Alle dimensioni sopra riprese, appare necessario aggiungerne almeno quattro, che contribuirebbero a dare sostanza a un diritto e alla sua esigibilità:

- una definizione molto precisa delle caratteristiche dei titolari dei diritti, che comprenda una modalità uniforme per la determinazione dei criteri di accesso alle prestazioni;
- il costo delle prestazioni erogate a carico degli utenti (o meglio i criteri da applicare e la misura dei *co-payment*);
- gli strumenti considerati essenziali per favorire l’accesso ai servizi (informazione, consulenza, assistenza);
- gli strumenti per garantire l’esigibilità (ricorsi, sanzioni a carico degli enti responsabili, ecc.).

Se la definizione dei livelli essenziali come diritti soggettivi richiede la contestuale determinazione di elementi che li qualificano anche in termini di contenuti e capacità di risposta ai bisogni identificati, occorre qui tenere in considerazione due possibili critiche o limiti di questo approccio.

Il primo problema è sollevato dai critici degli approcci “prestazionisti”. Si sostiene, cioè, che una concezione dei livelli essenziali eccessivamente centrata sulle prestazioni da erogare e sull’individuo rischia di indebolire i servizi e le prestazioni orientate alla prevenzione, alla promozione e allo sviluppo (Leone, 2006: 11). Si può peraltro ipotizzare la definizione di livelli essenziali a carattere preventivo.

Il secondo limite importante è di carattere istituzionale: è possibile, infatti, che un attivismo del livello nazionale sia percepito dalle Regioni, che hanno competenza esclusiva in materia, come un'ingerenza nella loro competenza istituzionale. La Conferenza delle Regioni ha definito tale limite affermando che "l'intervento legislativo statale in materia di determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale deve individuare 'prestazioni' e non sistemi organizzativi, che rappresentano il mezzo con cui operare per raggiungere il fine della garanzia della prestazione" (Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, 2003: 28).

La soluzione concreta che si raggiungerà - che tutti definiscono come necessariamente concertata tra soggetti coinvolti - potrà variare da un estremo, che vede la totale astensione dello Stato dalla definizione di chiari contenuti delle prestazioni inserite nei livelli essenziali, all'altro estremo, che comporta definizione molto precisa dei contenuti dei livelli, lasciando alle Regioni la definizione delle modalità organizzative e di regolazione del sistema dei servizi e degli interventi nel quadro di un insieme di garanzie sostanziali.

2.4 Livelli essenziali come diritti sociali: la posizione degli stakeholder

L'interesse per la definizione dei livelli essenziali è di specifico interesse sia di soggetti istituzionali (Regioni ed enti locali, oltre naturalmente allo Stato) sia di organizzazioni di rappresentanza dei cittadini e dei lavoratori, delle organizzazioni del terzo settore in senso ampio (dei rappresentanti di interessi di gruppi di cittadini e dei rappresentanti dei soggetti erogatori di servizi e prestazioni per conto delle amministrazioni pubbliche nello specifico). Quali sono le posizioni espresse nel dibattito sui livelli essenziali e quali sono le proposte avanzate?

Come visto, lo stato dell'arte nel dibattito "scientifico" vede quali elementi acquisiti la necessità (a) di individuare i livelli essenziali come diritti sociali e (b) di declinare tali livelli in modo multidimensionale.

Ciò che si può osservare dalla lettura dei documenti di analisi e proposta delle parti sociali e degli *stakeholder* è la tendenza a sottolineare il secondo elemento a scapito del primo.

Alcuni documenti elaborano delle matrici contenenti diverse dimensioni relative ai livelli essenziali delle prestazioni che riprendono una logica multidimensionale nella definizione dei livelli essenziali. Ad esempio, un documento dell'Anci (2003) costruisce un insieme di "livelli essenziali" a partire da dimensioni quali l'area di intervento, la tipologia di offerta, indicatori (presenza del livello nell'ambito territoriale, risorse finanziarie). Il documento della Conferenza delle Regioni (2003: 30-31) articola i livelli in contesto di erogazione, aree di intervento e livelli, destinatari, azioni, prestazioni, indicatori correlati alle risorse. Analogamente, una proposta del Forum del Terzo settore (2003) articola i livelli essenziali di assistenza in elementi relativi a macro-livelli di assistenza, prestazioni analitiche, prestazioni esistenti relative al livello definito, elementi qualitativi ed elementi quantitativi.

Obiettivo di questi lavori è dare contenuto a unità di offerta, in termini qualitativi, e in parte quantitativi (copertura), quali oggetti della programmazione (nazionale) regionale e territoriale. Le matrici non sono invece orientate a definire, attraverso la loro declinazione di dettaglio, diritti sociali. In un certo senso, il punto di riferimento privilegiato di questi documenti sembra continuare a essere la l. 328/00, piuttosto che l'esito della riforma costituzionale. La logica prevalente sembra essere quella della programmazione di obiettivi di politica sociale nazionale, piuttosto che della definizione di diritti sociali attraverso livelli essenziali di assistenza definiti dal livello statale, che le Regioni e gli enti locali devono garantire. La l. 328/00 - la stessa che escludeva i servizi e gli interventi sociali dall'ambito di applicazione dei diritti soggettivi - è presa a riferimento nella maggior parte dei documenti.

In qualche caso, l'equazione livello essenziale=diritto è esplicitamente negata: "Senza affermare un'equazione immediatamente operativa tra definizione dei Liveas e diritto esigibile del cittadino, è certo che l'aver introdotto nel nostro ordinamento il concetto stesso di livello essenziale presuppone la volontà dello Stato di voler raggiungere un'omogenea condizione di accesso alla rete dei servizi, pur nell'autonoma valutazione delle priorità sociali cui ogni ambito territoriale deve aggiungere" (Forum del Terzo settore, 2003: 2).

O ancora, in assenza di qualsiasi riferimento al tema dei diritti sociali, si fa riferimento a processi di programmazione dello sviluppo dei sistemi di offerta: "La legge quadro 328/00 costituisce il riferimento fondamentale della proposta Anci per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale [...]. I Comuni [...] rivendicano pari livello di responsabilità e ruolo nella programmazione nazionale dei servizi sociali e sociosanitari" (Anci, 2003: 7).

Analogamente, un documento di Cgil-Cisl-Uil (2003), che pure richiama la novità introdotta dalla riforma costituzionale e il compito attribuito alla legislazione nazionale di "definire e garantire per tutti i cittadini l'universalità e l'esigibilità delle prestazioni sociali" (p. 1), sembra poi interpretare l'applicazione dei livelli essenziali come il raggiungimento di standard di offerta (quantitativi e qualitativi) su tutto il territorio nazionale: "I diritti sociali sono inesigibili quando non esiste o è lacunosa la rete dei presidi e dei servizi, quando la loro qualità è insoddisfacente. Garantire livelli omogenei di presidi e servizi è ciò che è richiesto per assicurare le prestazioni necessarie a promuovere l'autonomia della persona. Questo, del resto, è quello che manca o che è presente in quantità o qualità disuguali nel Paese; questo è quello che può e deve essere programmato e realizzato con le risorse a disposizione" (Cgil-Cisl-Uil, 2003: 2).

"Il raggiungimento dei livelli essenziali degli interventi e della rete dei presidi e dei servizi può avvenire in un triennio di programmazione concertata e coordinata tra i diversi livelli istituzionali [...]. La definizione dei livelli essenziali pertanto deve comprendere:

- l'individuazione delle tipologie assistenziali [...];
- la definizione di standard quantitativi e qualitativi per ogni servizio e presidio [...];
- una definizione puntuale delle categorie dei beneficiari [...]"
(Cgil-Cisl-Uil, 2003: 4-5).

Più cauto, ma altrettanto vago, è l'approccio seguito dalla Conferenza delle Regioni. Dopo avere sottolineato che la riforma costituzionale impone una revisione del quadro di riferimento introdotto dalla l. 328/00 e che oggetto dei livelli essenziali è la definizione di "diritti civili e sociali", il "concetto di livello essenziale" è declinato come "il diritto da parte del cittadino di essere destinatario delle azioni [che vedono concorrere sul piano finanziario i Comuni, le Regioni e lo Stato] e che in via prioritaria sono dirette ai soggetti fragili (art. 2, c. 3, l. 328/00)" (Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, 2003: 29). I cittadini non sono titolari di diritti, ma del "diritto a essere destinatari di interventi", sulla base di un ordine di priorità (evidentemente connesso alla disponibilità di risorse) che riprende la logica dell'"universalismo selettivo" che caratterizza la l. 328/00.

Si osserva in questi documenti la totale assenza della declinazione del tema dei diritti sociali in termini di livelli essenziali, sia quando i diritti sono, teoricamente, messi al centro del discorso, sia quando ne sono implicitamente o esplicitamente esclusi. Ne consegue, ad esempio, che i destinatari dei servizi e delle prestazioni non assumono il carattere di "titolari di diritti", ma piuttosto di elementi che qualificano le unità di offerta.

Parzialmente diverso è il tenore del documento del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (2005): pur qualificando i livelli essenziali come diritti, distingue tra diritti immediatamente esigibili e diritti a esigibilità sostenibile (differita nel tempo), in relazione alle risorse disponibili e programmate.

Come è stato sottolineato (Ranci Ortigosa et al., 2003), l'approccio ai livelli essenziali prevalentemente seguito dagli addetti ai lavori è di tipo "redistributivo", attento cioè al riequilibrio di risorse tra aree territoriali, tra aree di intervento, tra tipi di intervento. Molto meno significativo è il peso dell'approccio "costitutivo", ovvero connesso alla definizione di diritti di accesso (o accesso prioritario) a determinate prestazioni.

In ciò si osserva una resistenza significativa al cambiamento della logica di funzionamento delle politiche sociali, che non può non incidere sul loro sviluppo. Si può facilmente sostenere che la cautela con cui il tema dei diritti è approcciato è legata a una valutazione realistica in ordine alle risorse disponibili e alla conseguente necessità di procedere con gradualità. Tuttavia, una modalità di implementazione dei livelli essenziali di tipo "processuale e graduale" - sempre ripresa dai documenti politici e peraltro condivisibile dati i vincoli esistenti in termini di risorse e di capacità amministrativa e organizzativa territoriale -, non dovrebbe escludere *in toto* il tema dei diritti. È infatti pensabile una definizione di diritti che si estende gradualmente in relazione alle risorse disponibili e al riequilibrio territoriale dell'offerta. Il

punto nodale diverrebbe, in questo caso, la definizione inizialmente molto restrittiva di diritti sociali, suscettibili di essere progressivamente ampliati. Certo è che questa operazione richiederebbe lo sforzo di esplicitare (e uniformare) i criteri di inclusione e di esclusione dalle prestazioni e dai servizi sociali, che sono generalmente lasciati vuoti alla programmazione vuota alla discrezionalità di intervento locale.

2.5 Vecchi e nuovi diritti sociali: il problema del rapporto tra erogazioni monetarie e servizi

Un problema cruciale - spesso sottovalutato o sottaciuto - nel dibattito sui livelli essenziali di assistenza è quello relativo al rapporto tra nuovi livelli (e/o nuovi diritti) e diritti sociali esistenti.

I soli diritti sociali attualmente presenti fanno riferimento alla legislazione nazionale, che prevede l'erogazione di alcuni trasferimenti monetari in presenza di particolari condizioni di bisogno. Sono almeno due i problemi sollevati dalla loro esistenza e dal dibattito sull'introduzione dei livelli essenziali in senso più generale:

- 1) il rapporto tra legislazione sociale nazionale e nuovo assetto istituzionale;
- 2) il peso economico delle erogazioni monetarie centrali e il rapporto con i nuovi livelli essenziali da definire.

Per quanto riguarda il primo punto, i diritti attualmente esistenti fanno riferimento a norme statali che, intervenendo direttamente nelle politiche sociali, stabiliscono il contenuto delle prestazioni e le forme della loro amministrazione. Tale competenza legislativa - sul piano logico - dovrebbe essere venuta meno con la riforma Costituzionale. Che cosa sarà di queste forme di tutela? E soprattutto che cosa accadrà se, ad esempio, lo Stato decide di intervenire per modificare la sua legislazione sociale? Non si tratterebbe di un'ingerenza delle competenze regionali? E in tal caso, è plausibile un trasferimento di competenze in questa materia alle Regioni senza ridurre la portata dei diritti soggettivi attualmente disponibili?

Un documento della Conferenza dei presidenti delle Regioni e Province autonome (2003: 29) afferma che vanno inclusi nei livelli essenziali sociali anche le erogazioni monetarie statali, senza però specificare in quale relazione con i "nuovi" livelli essenziali.

Analogamente, una proposta di articolazione dei Livelli essenziali, avanzata da un gruppo di lavoro del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali nel 2004,⁴ sostiene la necessità di includere automaticamente nei livelli essenziali delle prestazioni "tutte quelle prestazioni che sono oggi considerate diritti soggettivi perfetti", ovvero le erogazioni monetarie nazionali a suo tempo collocate dalla l. 328/00 tra le prestazioni cui corrispondono diritti per i quali deve essere garantita l'esigibilità (assegni sociali, di invalidità civile, indennità di accompagnamento, ecc.). Il legislatore, secondo il documento, avrebbe la possibilità di intervenire per la razionalizzazione di tali misure, senza intaccarne le basi, in quanto facenti parte del "nucleo essenziale dei diritti sociali costituzionalmente protetti". I (nuovi) livelli essenziali delle

prestazioni andrebbero, poi, definiti *ex novo*, in relazione ai diritti che si intendono riconoscere ai cittadini “attraverso una progressività programmata in un arco temporale medio” (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2004: 5-6). Questa posizione sembra non tenere conto di due aspetti: in primo luogo, non sembra considerare sufficientemente la problematicità dell'intervento statale in materia di legislazione sociale e, soprattutto, il fatto che i diritti costituzionalmente protetti possono essere, nella pratica, declinati in modi diversi e possono essere modificati nel tempo.

Le altre proposte relative ai possibili percorsi di definizione dei livelli essenziali, generalmente di carattere più metodologico che di contenuto, tendono a tralasciare il tema dei diritti soggettivi già in essere e a concentrarsi sulle prestazioni per le quali non sono previsti, a oggi, diritti di cittadinanza, in particolare i servizi sociali e il sostegno economico, a chi non rientra nelle categorie di cittadini attualmente coperte. Eppure, in questo aspetto risiede un nodo cruciale per la definizione dei livelli essenziali che riporta al secondo punto sottolineato. Le erogazioni monetarie centrali assorbono la stragrande maggioranza delle risorse attualmente disponibili per le politiche sociali. È ragionevole pensare alla determinazione di diritti soggettivi relativi all'accesso ai servizi e alle prestazioni sociali territoriali senza prendere in considerazione le risorse attualmente destinate ai trasferimenti monetari nazionali? Nel caso i due sistemi - quello delle erogazioni monetarie e quello dei servizi e delle prestazioni territoriali - restino separati, si presenta la difficoltà di introdurre nuovi diritti in assenza di un aumento considerevole delle risorse per i servizi e le prestazioni territoriali. Nel caso i due sistemi trovino una modalità per l'integrazione, si pone il problema del passaggio da un sistema di diritti sociali a un altro, con i suoi limiti e la sua fattibilità.

Data la limitatezza delle risorse attualmente (e per il futuro presumibilmente) disponibili per interventi e servizi sociali, al di là delle erogazioni monetarie centrali, e dato - mediamente - il basso livello di copertura dei servizi rispetto alle popolazioni di riferimento, appare inverosimile la definizione di livelli essenziali delle prestazioni che garantiscano diritti soggettivi o, almeno, estendano in modo significativo i livelli di copertura dei servizi e degli interventi sociali, senza una riconsiderazione e integrazione delle risorse attualmente destinate alle erogazioni monetarie nazionali.

“Se l'attuale normativa sui trasferimenti monetari viene infatti assunta come tale nei Lep, il sistema vigente ne può risultare ingessato e sostanzialmente irrimediabile. Tanto più dato che così si vincolano i nove decimi delle risorse di spesa pubblica a quei trasferimenti monetari ancora gestiti centralmente, che concorrono a caratterizzare il nostro welfare come assistenzialistico, centralistico e burocratico” (Ranci Ortigosa, 2005: 1).

Ad esempio, è difficile pensare a un (nuovo) livello essenziale delle prestazioni che garantisca sostegno alle persone anziane non autosufficienti, senza una revisione della disciplina dell'indennità di accompagnamento, che rappresenta oggi, nel bene e nel male, la fonte più importante di sostegno

per questa popolazione e assorbe una quantità di risorse non comparabile con quelle destinate dagli enti locali ai servizi (Da Roit, 2006).

Analoga osservazione vale per la possibile introduzione di un livello essenziale di assistenza che garantisca sostegno alle persone in difficoltà economica. La responsabilità attribuita a Regioni ed enti locali di garantire misure di sostegno a questo tipo di popolazione necessiterebbe di forme di integrazione o coordinamento con le misure categoriali esistenti di carattere nazionale (per esempio, assegno sociale, trattamenti agli invalidi civili, ecc.).

In sintesi, da un lato non è chiaro quali siano i limiti entro cui è possibile realizzare una revisione delle misure esistenti senza che questo si configuri come una riduzione delle tutele e dei diritti soggettivi a oggi disponibili. Dall'altro, è del tutto irrisolto il tema del coordinamento tra misure nazionali e regionali/locali e quali siano le modalità con cui esso possa essere messo in atto senza né invadere le competenze regionali, né ridurre l'intervento diretto statale che garantisce - da solo - diritti soggettivi allo stato attuale.

2.6 La natura dei servizi sociali e la definizione dei livelli essenziali

Vi è una generale tendenza a considerare il bisogno sociale come un'area "vasta e, in parte, difficilmente uniformabile", poiché al bisogno sociale possono essere date risposte differenti "con opzioni talvolta radicalmente diverse, che non sono passibili di un processo uniformante" (Formez, 2004: 7). Si è, così, sostenuto che in ambito sociale le prestazioni sono di difficile identificazione, poiché non solo mancano di standardizzazione sul piano scientifico, ma sono per loro natura difficilmente standardizzabili, in quanto "legate a bisogni specifici dei destinatari e alla loro situazione personale". Ne conseguirebbe "la necessità di attenersi a criteri di flessibilità, di gradualità e di progressività nella determinazione dei livelli essenziali" nell'ambito delle politiche sociali (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2005: 3).

Senza negare la complessità della definizione a priori (e poi della concreta rilevazione) dei bisogni e della determinazione degli interventi, si può anche avanzare un'ipotesi parzialmente diversa o complementare a quella appena riportata. Potrebbero contribuire alla difficoltà nella definizione di livelli essenziali la scarsa standardizzazione e la frammentazione del sistema di offerta dei servizi e degli interventi, nonché il basso di livello di strutturazione delle politiche sociali, in particolare nel nostro Paese.

In questo senso, la definizione di livelli essenziali di assistenza in ambito sociale si scontra, non solo e non tanto, con problemi "tecnici" di definizione delle risposte appropriate a determinati bisogni (che sono comunque, qui come in altri settori, frutto di scelte parziali e discutibili e di semplificazione del bisogno). Piuttosto il problema dell'indeterminatezza (e non tanto dell'indeterminabilità delle risposte) trova dei limiti oggettivi nella forte influenza dell'offerta disponibile sulla determinazione dei piani assistenziali in ciascun contesto e sulla scarsa diffusione di protocolli di intervento definiti, data la scarsa strutturazione del settore.

Inoltre, si potrebbe sostenere che una prestazione (standardizzabile) consiste proprio nella valutazione dei bisogni assistenziali e nella definizione di un pacchetto di interventi adeguati al caso, sulla base di criteri professionali e condivisi.

È possibile assumere, come scrive Ranci Ortigosa (2007), “un concetto di prestazione che, senza negarne l’applicazione e l’interpretazione come prestazione singola, si estenda a una concezione multidimensionale, come complesso integrato di interventi e di servizi, con un’offerta che può essere diretta, indiretta, monetizzata”.

3. LE APPLICAZIONI E I CONTESTI

Come è stato affrontato e risolto il problema dei diritti sociali in altri contesti e in altre aree di *policy*?

Le risposte variano molto in relazione sia al sistema istituzionale che caratterizza ciascun Paese, sia alla strutturazione che si è storicamente determinata in specifiche aree di *policy*.

In questo paragrafo faremo riferimento a diversi assetti istituzionali, in Italia e all’estero, per illustrare, da un lato, gli ambiti e le modalità possibili di applicazione dei livelli essenziali e, dall’altro, per mettere in luce le peculiarità del caso delle politiche sociali in Italia in vista dell’attuazione dei livelli essenziali.

In linea di principio, ha senso parlare di livelli essenziali delle prestazioni in presenza al tempo stesso di:

- elevata autonomia territoriale nella programmazione e nell’erogazione dei servizi e degli interventi sociali;
- intervento dello Stato per garantire un nucleo minimo e uniforme di tutele a tutti i cittadini, a prescindere dal loro luogo di residenza, lavoro, ecc.

Poiché, in generale, nell’ambito della politica dei servizi sociali le autonomie locali godono di maggiore autonomia rispetto ad altre aree di *policy*, anche al di fuori dell’Italia, possiamo osservare come il problema della garanzia dei diritti sia stato affrontato e risolto in altri contesti.

3.1 Diritti nazionali e servizi locali: un esempio dai Paesi scandinavi

I Paesi scandinavi sono notoriamente i sistemi che garantiscono il più ampio accesso ai servizi sociali, fortemente radicati nelle autonomie locali. Vediamo, a titolo esemplificativo, come è strutturato il sistema norvegese e come si colloca rispetto al problema dei livelli essenziali.

Una serie articolata di benefici sociali (in modo particolare le erogazioni monetarie) sono decise, definite, finanziate e amministrare direttamente dallo Stato (anche nelle sue articolazioni decentrate). La situazione è diversa per quanto riguarda l’assistenza sociale e i servizi sociali.

L’offerta di servizi sociali in Norvegia è regolata da norme nazionali. Leggi nazionali attribuiscono agli enti territoriali (in misura limitata alle Regioni e principalmente ai Comuni) la responsabilità dei servizi sociali. È degli enti locali la responsabilità della loro implementazione. La legisla-

zione nazionale prevede, ad esempio, un atto per la tutela della salute, uno per l'assistenza sociale e i servizi sociali, uno per la cura dei bambini. Alcune di queste leggi regolano in modo minuzioso quali servizi sociali devono essere offerti, lasciando spazio molto limitato alla discrezionalità locale. Altre lasciano ampio spazio discrezionale ai governi locali nel decidere il contenuto e la modalità di erogazione dei servizi.

Il finanziamento delle autonomie locali avviene soprattutto attraverso trasferimenti statali, in parte finalizzati e con vincolo di destinazione. Esiste poi una quota di imposizione locale, entro limiti stabiliti dal livello nazionale. Poiché quasi ovunque il livello è stabilito al massimo consentito per legge, la variabilità territoriale nell'imposizione fiscale è limitata (Overbye et al., 2006: 22).

Accanto a una tendenza verso il decentramento delle competenze, soprattutto a favore del livello comunale, a partire dagli anni '80 si è osservata la tendenza verso la riduzione dei vincoli relativi alle modalità di organizzazione dei servizi da parte dei Comuni. Al contrario, si sono rafforzati i diritti individuali connessi all'erogazione dei servizi (Overbye et al., 2006).

Emblematico, da questo punto di vista, è il sistema di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti. Le competenze istituzionali sono interamente attribuite ai Comuni da due leggi nazionali, una relativa ai servizi sanitari e una relativa ai servizi sociali. La prima attribuisce ai Comuni la responsabilità di fornire a chi ne avesse bisogno cure sociosanitarie di lunga durata in contesti residenziali, semiresidenziali e domiciliari, mentre la seconda si occupa dei servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale.

I "livelli essenziali" sono definiti nel caso norvegese almeno secondo due logiche diverse. In primo luogo, i Comuni sono obbligati dalla legge nazionale a offrire una determinata gamma di servizi: permanenza in residenze sociosanitarie, ricoveri di sollievo, servizi domiciliari e altri ancora. In questo senso, la legge nazionale fissa i livelli essenziali in termini di tipologia di servizi e standard; inoltre, definisce un diritto individuale dei cittadini a essere sostenuti attraverso appropriati percorsi di cura quando non siano in grado di sostenersi autonomamente e siano dipendenti nelle attività della vita quotidiana. Sono i servizi comunali a stabilire, nei casi specifici, quali e quanti servizi offrire, sulla base delle proprie modalità organizzative, di valutazioni professionali degli operatori e in cooperazione con la persona interessata ed eventualmente la sua famiglia. Il piano di cura deve, per legge, essere formalizzato in una decisione amministrativa scritta contro la quale è possibile ricorrere in via amministrativa. Questo secondo modo di definire livelli essenziali fa riferimento alla definizione di diritti individuali che le autonomie locali hanno l'obbligo di garantire. Infine, il livello nazionale, attraverso strumenti con minore potere coercitivo, esercita un'influenza importante sulla definizione dei criteri di accesso ai servizi, sui modi in cui sono effettuate le valutazioni professionali dei casi.

3.2 Prestazioni nazionali implementate localmente: esempi dalle politiche per la non autosufficienza in Francia, Germania e Olanda

In alcuni Paesi dell'Europa continentale, dove sono tradizionalmente meno sviluppati i servizi sociali e dove le tutele sono generalmente più orientate verso trasferimenti monetari, negli anni più recenti le politiche per le persone (anziane) non autosufficienti hanno visto l'introduzione di nuove misure che possono essere di interesse per la riflessione sui livelli essenziali.

A differenza dei Paesi scandinavi, si è optato, ad esempio in Francia, per una misura nazionale amministrata territorialmente (dai dipartimenti). La misura è nazionale nel senso che il governo nazionale definisce un diritto sociale rappresentato dall'accesso a un determinato ammontare di risorse in presenza di riduzioni considerevoli dell'autonomia per le persone di età superiore ai 60 anni. Inoltre, è il governo nazionale a stabilire le modalità di valutazione dei bisogni e ad associare un determinato livello di bisogno a un certo ammontare di risorse. È, ancora, il governo nazionale a stabilire quali sono i possibili usi delle risorse attribuite ai cittadini e alcune regole sulla compartecipazione ai costi da parte degli stessi. D'altro canto, sono le amministrazioni dipartimentali, attraverso apposite commissioni "medico-sociali", a effettuare la valutazione dei singoli casi, ad attribuire le risorse e a definire in accordo con i destinatari della misura le concrete forme di intervento e l'uso effettivo delle risorse per l'acquisto di servizi di cura. Infine, il finanziamento della misura, prevalentemente territoriale, si avvale di un fondo perequativo statale che riduce gli squilibri territoriali di spesa.

Un caso in parte simile è quello tedesco che, in presenza di bisogni di cura di lunga durata, prevede, sulla base di criteri nazionali, l'erogazione di un assegno di cura o, in alternativa, di risorse spendibili presso servizi accreditati.

Infine, in Olanda, un'esperienza di più lungo corso vede una misura nazionale amministrata da enti indipendenti territoriali.

In tutti questi casi, il livello essenziale è definito da un diritto sociale indicato da norme statali e che corrisponde, in presenza di determinate condizioni, a un determinato ammontare di risorse "tradotte", al livello territoriale, vuoi in risorse monetarie o in servizi, attraverso procedure diverse a seconda dei casi.

Particolarmente interessante è il caso francese, anche sotto il profilo delle modalità di finanziamento, poiché accanto alla definizione della misura prevede una forma di finanziamento territoriale.

3.3 L'esempio italiano: i servizi sanitari e sociosanitari

In Italia, si fa per la prima volta riferimento al concetto di livelli essenziali (anche se con una formulazione parzialmente diversa) in occasione dell'istituzione del servizio sanitario nazionale nel 1978. La legge istitutiva del Ssn stabilisce, infatti, che "la legge dello Stato, in sede di approvazione del Piano sanitario nazionale [...], fissa i livelli delle prestazioni sanitarie,

che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini”.⁵ Il concetto di livelli riguarda sia la definizione dei limiti di intervento del servizio sanitario nazionale sia l’attribuzione di diritti di cittadinanza connessi alla tutela della salute e si connette strettamente alla trasformazione, con la riforma del 1978, del Ssn in un sistema di protezione di carattere universalistico.

Nonostante la portata innovativa dell’introduzione del concetto in sanità - o, come qualcuno sostiene, forse proprio in relazione ad essa (Formez, 2004: 5) - l’effettiva determinazione dei livelli essenziali nel settore sanitario ha dovuto attendere numerosi anni. I piani sanitari approvati successivamente alla riforma non hanno dato attuazione a questa previsione, limitandone gli effetti. In sostanza, in assenza di definizione dei livelli essenziali, per molti anni l’offerta di prestazioni sanitarie e l’accesso da parte dei cittadini sono stati determinati più dalle risorse e dalle capacità organizzative presenti nei territori che dalla chiara definizione ed esigibilità del diritto alla salute (Comino et al., 2005: 31).

Allorché per lungo tempo i Lea si sono sostanzialmente tradotti nella determinazione di quote di spesa *pro capite* (Leone, 2006), nel 2001 vengono per la prima volta esplicitamente definiti i livelli essenziali di assistenza, con la precisazione degli interventi che il servizio sanitario garantisce ai cittadini su tutto il territorio nazionale.⁶ Analogamente a quanto dovrebbe avvenire in relazione alla definizione dei diritti sociali connessi alle prestazioni socio-assistenziali, la determinazione dei Lea sanitari (Dpcm novembre 2001) dà senso e contenuto concreto alla tutela del diritto sociale alla salute (Cost., art. 32), come evidenziato da Bartoli (2006). Tuttavia, è stata sottolineata la problematicità della definizione dei livelli essenziali fornita dal Dpcm 2001, che “si è limitato e definire gli obblighi di copertura assistenziale delle Regioni nei confronti dello Stato, lasciando a margine i diritti dei cittadini” (Gigliani, 2005: 34).

Nonostante le debolezze e le criticità relative alla formulazione dei livelli essenziali in sanità, occorre considerare che essi si inseriscono in un contesto già fortemente strutturato e di relativo sviluppo dei servizi e delle prestazioni. Il significato effettivo dei livelli essenziali in questo contesto deve pertanto essere apprezzato come il risultato dell’interazione tra livelli e diritti esplicitati (pur con qualche problematicità) e livello attuale delle prestazioni erogate.

Il consolidamento delle politiche sanitarie, a quasi 30 anni di distanza dall’introduzione del Servizio sanitario nazionale, si trova a uno stadio non comparabile rispetto a quello delle politiche dei servizi sociali. La definizione dei contenuti del diritto alla salute può contare su prestazioni codificate e protocolli diagnostico-terapeutici consolidati e presenta dunque minori problemi.

Inoltre, come sottolineato da Ranci Ortigosa (2003) e da Saraceno (2005), la definizione dei Lea sanitari corrisponde a un processo opposto rispetto all’analoga previsione nel settore socio-assistenziale. Nell’evoluzione del servizio sanitario nazionale, infatti, la previsione dei Lea trova riscontro in

un processo di decentramento (e particolarmente regionalizzazione) delle competenze, che trova nei Lea il limite alla differenziazione regionale del sistema. Al contrario, il comparto dei servizi e degli interventi sociali (fatto salvo l'insieme, peraltro prevalente, delle erogazioni monetarie centrali) nasce come sistema fortemente decentrato e frammentato, nel quale l'inserimento dei Liveas dovrebbe portare elementi di unitarietà.

Infine, in sanità la fissazione dei livelli essenziali corrisponde più che in positivo all'individuazione di prestazioni e diritti connessi alle prestazioni, alla determinazione di limiti alla responsabilità pubblica.

Occorre peraltro sottolineare che tra le aree dei Lea sanitari che presentano maggiori criticità sono, probabilmente, proprio quelle di confine con le politiche sociali, ovvero i servizi e gli interventi sociosanitari integrati (Anci Piemonte, 2002; Hanau, 2005). Si tratta, infatti, di un settore di competenza del servizio sanitario che ha trovato minore (e più differenziato) sviluppo e che subisce le forti pressioni, soprattutto, dell'invecchiamento della popolazione e della crescita dei bisogni di cura di lunga durata. La debole definizione di diritti di cittadinanza in questo settore delle politiche sanitarie, accanto all'assenza - a oggi - di diritti nell'area sociale, fanno di questo un ambito particolarmente problematico.

La rilevanza del rapporto tra definizione dei Lea sanitari e dei livelli essenziali sociali è sottolineata anche dal Documento della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome (2003) che ritiene, infatti, che le prestazioni che costituiscono la componente sociale dei servizi socio-sanitari vadano inserite nei livelli essenziali da definire e che debba essere stabilita una disciplina coerente e integrata in questo ambito. Meno chiare sono, tuttavia, le modalità con le quali si intende perseguire tale obiettivo.

4. DEFINIRE E APPLICARE I LIVELLI ESSENZIALI: IPOTESI DI LAVORO E SCELTE CRUCIALI

Abbiamo messo fin qui in evidenza, in termini generali, le novità introdotte dalla legge quadro di riforma dell'assistenza e dalla riforma costituzionale, le scelte non ancora compiute in ordine alla determinazione dei livelli essenziali, le alternative possibili e i nodi problematici.

Abbiamo inoltre preso in esame alcune diverse modalità di applicazione di "livelli essenziali" in contesti istituzionali e di *policy* differenti, indicando gli elementi di analogia e di discontinuità con la situazione delle politiche sociali in Italia.

Proviamo ora a declinare più concretamente la possibile determinazione dei livelli essenziali di assistenza, facendo riferimento ai seguenti presupposti, in precedenza discussi:

- i livelli essenziali dovrebbero corrispondere a diritti sociali individuali;
- si può immaginare, in relazione alle risorse attualmente disponibili e programmabili, una definizione inizialmente ridotta di diritti (a poche aree di intervento o con forti limitazioni all'accesso) che veda una successiva estensione;

- data la frammentazione territoriale della disponibilità di risorse e di capacità organizzativa, la definizione dei livelli essenziali in termini di diritti necessita dell'indicazione di una serie di dimensioni che qualificano il contenuto del diritto;
- resta irrisolto il problema degli interventi ministeriali nazionali oggi in essere e delle risorse attualmente ad essi destinati (tale problema è più importante per alcune aree di intervento e meno per altre);
- resta irrisolto il problema dell'integrazione sociosanitaria (tale problema è più importante per alcune aree di intervento e meno per altre);
- pur mantenendo un'impostazione unitaria nella definizione dei livelli essenziali, è possibile declinarsi in momenti diversi per diverse aree di intervento; ciò andrebbe nella direzione di definire priorità in relazione alle risorse disponibili e programmabili.

È generalmente condiviso che tra le priorità di sviluppo delle politiche sociali vi siano i servizi socio-educativi per la prima infanzia e i servizi per gli anziani non autosufficienti. Consideriamo, pertanto, queste due aree di intervento come possibili ambiti di applicazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e, nel presentare alcune ipotesi di lavoro che si basano sulla precedente discussione, mettiamo in evidenza i nodi problematici più importanti, nonché le principali scelte da compiere. Il tentativo consiste nel passare da una discussione meramente metodologica a evidenziale i nodi cruciali connessi alla definizione dei livelli essenziali in casi concreti. Quello che segue deve essere considerato più come un esercizio i cui elementi possono essere utili per un approfondimento e una discussione che come una declinazione definitiva.

4.1 La definizione del livello essenziale come diritto soggettivo

Questo primo passaggio comporta la definizione precisa del contenuto dei diritti sociali associati ai livelli essenziali di assistenza e della loro articolazione. Le dimensioni (con i relativi indicatori) che consideriamo rilevanti per sostanziare il diritto sono:

- la definizione del diritto;
- i titolari del diritto;
- l'oggetto (la prestazione, il servizio, l'insieme di servizi e prestazioni);
- la qualità;
- i costi a carico degli utenti;
- le modalità di accesso;
- l'esigibilità del diritto.

Ad esempio, per quanto riguarda la prima infanzia, si potrebbe stabilire che:

- al fine di garantire il diritto alla cura, all'educazione e allo sviluppo cognitivo e sociale dei bambini, nonché al fine di garantire il diritto al lavoro e alle pari opportunità dei genitori;
- tutti i bambini di età pari o inferiore a tre anni;
- hanno diritto ad accedere servizi socio-educativi;

- di buona qualità;
- a costi accessibili;
- sulla base di informazioni e supporto adeguato per l'accesso ai servizi;
- hanno inoltre diritto a presentare reclamo per negazione del diritto.

E, per quanto riguarda gli anziani non autosufficienti, si potrebbe stabilire che:

- al fine di garantire il diritto alla cura delle persone anziane con limitazioni nell'autonomia;
- tutte le persone di età pari o superiore a 65 anni che hanno perso parte o tutta l'autonomia;
- hanno diritto ad accedere a servizi di cura commisurati al loro bisogno assistenziale;
- di buona qualità;
- a costi accessibili;
- sulla base di informazioni e supporto adeguato all'accesso ai servizi;
- hanno inoltre diritto a presentare reclamo per negazione del diritto.

Una volta fornita una formulazione generale come quella sopra ipotizzata, la definizione dei livelli consisterebbe, secondo la nostra ipotesi, nella precisazione dei contenuti riferiti a ciascuna dimensione citata.

4.2 I titolari dei diritti sociali

Poiché si può facilmente immaginare che l'introduzione di diritti sociali comporti un incremento della domanda per servizi e della potenziale platea di beneficiari, con conseguente aumento della spesa pubblica a carico delle Regioni e degli enti locali, occorre poter calibrare la definizione del diritto soggettivo in modo tale che la sua esigibilità sia effettiva. Di fronte all'alternativa, in altri termini, se esplicitare criteri di inclusione e di esclusione chiari e selettivi (e magari progressivamente più ampi) o se dichiarare un diritto di carattere universale che a priori può essere considerato solo teorico, si opta qui per la prima possibilità.

Nel caso specifico delle politiche per la prima infanzia, la definizione dei criteri per il riconoscimento del diritto è piuttosto semplice, se si considera unicamente il criterio dell'età. Per limitare la platea dei beneficiari potrebbero essere introdotte limitazioni (numero di genitori presenti nel nucleo familiare, condizione occupazionale dei genitori, ecc.).

Quindi si potrebbero definire titolari del diritto non tutti i bambini in età, ma, ad esempio, i bambini fino a tre anni che hanno entrambi i genitori attivi nel mercato del lavoro, o che vivono in nuclei monogenitoriali. Naturalmente, in questo caso, sarebbe facoltà delle Regioni estendere il diritto o l'accesso alle prestazioni anche a bambini che si trovino in altre condizioni.

Più complessa è la definizione dei beneficiari nella seconda area di *policy*. Nel caso dei servizi per le persone anziane non autosufficienti è, infatti, necessario stabilire qual è la soglia (o quali sono le soglie) del bisogno assistenziale cui corrisponde il diritto soggettivo all'assistenza, o meglio definire che cosa si intenda per "anziano non autosufficiente". In

un sistema già strutturato e sviluppato, come avviene nel caso esaminato dei Paesi scandinavi, la semplice indicazione di “soggetti privi in tutto o in parte dell’autonomia” potrebbe forse bastare a definire il profilo di cittadini titolari di diritti. Al contrario, in un contesto meno strutturato, dotato di risorse scarse, l’esplicita definizione di criteri di inclusione ed esclusione, come avviene, ad esempio, nei casi francese e tedesco, dovrebbe giovare a una più chiara e puntuale definizione del profilo del diritto.

Si potrebbe ipotizzare, ad esempio, la definizione di una modalità di valutazione della non autosufficienza che viene impiegata quale strumento per determinare l’inclusione ed eventualmente la graduazione del bisogno assistenziale e dunque del diritto. Ciò comporterebbe l’adozione di una griglia di valutazione nazionale della non autosufficienza degli anziani, che rappresenti lo strumento per definire le soglie di accesso. Di conseguenza, sarebbero titolari del diritto gli anziani che possiedono una limitazione dell’autonomia pari o superiore al livello X misurato sulla base della griglia Y.

4.3 L’oggetto: le prestazioni che corrispondono ai diritti sociali

La definizione della tipologia di servizi che corrisponde al livello essenziale è necessaria per qualificare il contenuto del diritto. Poiché, come detto, allo stesso bisogno si può rispondere in modi molto diversi, la definizione dei livelli essenziali dovrebbe occuparsi, in questa ipotesi, anche di definire in che cosa consista effettivamente il diritto alle prestazioni.

Si tratterebbe di stabilire quali prestazioni e servizi concreti corrispondono al livello essenziale di assistenza definito e al diritto soggettivo che esso stabilisce.

Naturalmente, la definizione delle specifiche prestazioni che possono soddisfare il livello di assistenza individuato può variare molto in relazione a considerazioni di carattere politico. Ad esempio, potrebbero essere inclusi, per quanto riguarda i bambini, gli asili nido, i nidi-famiglia, ma anche le cure prestate da *baby-sitter* accreditate sulla base di criteri definiti, ecc. e, infine, erogazioni monetarie per il sostegno della domanda di servizi privati; solo uno o alcuni di questi.

Analogamente, per quanto riguarda gli anziani non autosufficienti, potrebbero essere inclusi servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali, titoli per l’acquisto di servizi sociali o assegni di cura; solo alcuni o tutti i precedenti.

Se appare difficile determinare a priori quali servizi devono essere effettivamente erogati in ciascun caso specifico, può essere incluso nel livello essenziale della prestazione un diritto a ricevere almeno uno dei servizi previsti in corrispondenza di una valutazione che rispetti alcuni standard professionali o che rappresenti un certo livello di risorse, secondo una logica di “pacchetto assistenziale” (cfr. Leone, 2006; Capp, Cer, Servizi Nuovi, 2003).

A integrazione della definizione del livello assistenziale, si potrebbe prevedere come livello essenziale che siano presenti, in un dato territorio, almeno alcuni servizi definiti, con un livello di offerta proporzionato alla

popolazione obiettivo (ad esempio: almeno 30 posti in asilo nido per ogni 100 bambini in età 0-2; almeno 10.000 ore di assistenza domiciliare per ogni 100 anziani, ecc.). Ciò darebbe, da un lato, forza all'affermazione progressiva dei diritti e anche un parametro misurabile. Inoltre, un approccio di questo tipo favorirebbe la progressiva riduzione delle disomogeneità territoriali attraverso una crescita nelle Regioni dove meno forte è la presenza dei servizi (cfr. Formez, 2004: 44).

4.4 La qualità: gli standard dei servizi e delle prestazioni

Nel settore delle politiche sociali, dove le prestazioni sono scarsamente standardizzate, è particolarmente importante definire “che cosa” si intenda esattamente quando ci si riferisce a una prestazione. Il concetto di qualità, che potrebbe avere una vasta gamma di significati, è qui richiamato in senso più restrittivo, come l'insieme di elementi che qualificano un servizio o una prestazione e la rendono adatta al bisogno dei soggetti portatori di diritto. Si tratta, in altri termini, di stabilire quali sono gli standard “minimi” che qualificano un servizio come rispondente ai livelli essenziali.

Si può prevedere, ad esempio, che il servizio di asilo nido garantisca un orario che copre un certo numero di ore al giorno, che impieghi personale educativo qualificato (con la specificazione della qualifica professionale necessaria), che offra un insieme di servizi da definire, tra cui, ad esempio, i pasti, l'animazione, ecc.

Analoghe considerazioni valgono per i servizi destinati agli anziani. Si potrebbe per esempio stabilire che un servizio di assistenza domiciliare debba poter offrire pacchetti assistenziali diversi (espressi in numero di ore di assistenza settimanali); e così via.

4.5 I costi: la compartecipazione ai costi dei servizi da parte degli utenti

Il livello essenziale delle prestazioni ipotizzato consiste non solo nell'erogazione di servizi adeguati, ma nell'assicurazione che, laddove venga applicata una compartecipazione ai costi da parte degli utenti, questa non ecceda dei limiti che fanno parte integrante del livello essenziale stabilito.

In altri termini, il livello essenziale si articolerebbe nella definizione di un massimo di compartecipazione alla spesa. Ad esempio, si potrebbe stabilire che la compartecipazione al costo del servizio di cura per la primissima infanzia deve essere commisurata al reddito/al valore Isee del nucleo familiare cui appartiene l'utente del servizio e non può eccedere l'X% del reddito mensile disponibile.

Analogamente, si può stabilire che la compartecipazione al costo del servizio residenziale per un anziano non autosufficiente deve essere commisurata al reddito/al valore Isee della persona/della coppia/del nucleo familiare e non può eccedere l'X% del reddito mensile disponibile.

4.6 L'accessibilità al sistema dei servizi

Se nel livello essenziale è inclusa la previsione che l'accessibilità ai servizi avviene sulla base di informazioni e supporto adeguato, occorre declinarne il contenuto.

Questa declinazione del livello essenziale può essere considerata un'articolazione specifica del diritto alle prestazioni indicate o come un livello essenziale a sé stante.

Può essere, ad esempio, previsto il diritto a ottenere informazioni e una valutazione del caso da parte di personale sociale qualificato nell'ambito di un servizio di segretariato sociale.

4.7 L'esigibilità dei diritti

Se il diritto individuale deve essere esigibile, possono essere previste procedure atte a garantirne l'esigibilità.

Un primo meccanismo potrebbe essere l'obbligo a carico degli enti responsabili dei servizi di informare i cittadini in merito alla possibilità di ricorrere per via amministrativa.

Un "livello" ulteriore potrebbe essere l'obbligo a carico degli enti responsabili di accogliere e considerare ricorsi interni, anche con l'assistenza da parte degli uffici per le relazioni con il pubblico.

Infine, si potrebbero prevedere delle sanzioni a carico degli enti responsabili che non garantiscono diritti, attraverso, ad esempio, il pagamento di una prestazione equivalente acquisita privatamente.

Bibliografia

- Anci (2003), "Valutazioni e proposte per la definizione dei Livelli essenziali di assistenza sociale", Roma.
- Anci Piemonte (2002), "Documento sull'applicazione dei Lea", 2 giugno.
- Banchero A. (2003), "I livelli essenziali secondo l'ottica delle Regioni", *Prospettive sociali e sanitarie*, 15-17: 35-38.
- Bartoli G. (2006), "La regolazione dei diritti sociali: profili costituzionali e garanzie di uniformità", *Osservatorio Isfol*, XXVII, 5: 87-121.
- Caldana A. (2003), "La proposta dell'Anci sui Liveas", *Prospettive sociali e sanitarie*, 15-17: 33-35.
- Capp, Cer, Servizi Nuovi (2003), "Diritti di cittadinanza delle persone anziane non autosufficienti. Un contributo alla definizione dei Livelli essenziali di servizi per la non autosufficienza (Lesna)", ricerca svolta su incarico dello Spi-Cgil nazionale, ottobre.
- Cgil-Cisl-Uil (2003), "Linee di orientamento per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali", Roma, <http://www.cgil.it/welfare/nuovosito/public/030718100514027.doc>
- Comino A., De Marco A., Natalini A. (2005), "La determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni", in Torchia L. (a cura di), *Welfare e federalismo*, Il Mulino, Bologna, pp. 93-148.
- Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome (2003), "Documento delle Regioni per l'avvio del confronto con lo Stato", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 15-17: 28-32.
- Cnel (2006), "L'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e la tutela della non autosufficienza. Osservazioni e proposte", Roma.
- Da Roit (2006), "La riforma dell'indennità di accompagnamento", in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna, pp. 287-315.
- Fedele M. (2005), "Le basi istituzionali del welfare locale. Processi di fissione e fusione prima e dopo la 328", *La rivista delle politiche sociali*, 2: 89-102.
- Finocchi Ghersi R. (2005), "I servizi sociali e l'assistenza", in Torchia L. (a cura di), *Welfare e federalismo*, Il Mulino, Bologna, pp. 93-148.
- Formez (2004), "Rapporto per il Comitato scientifico. I livelli essenziali delle prestazioni (art 177 Cost): questioni preliminari", *Programma per l'innovazione istituzionale*, Formez, Roma.
- Forum del Terzo Settore (2003), "I livelli essenziali di assistenza - art. 22 l. 328/00", Roma, <http://www.forumterzosettore.it/documenti/documenti.asp?ID=15>.

Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni

- Gigliotti F. (2005), "I servizi sanitari", in Torchia L. (a cura di), *Welfare e federalismo*, Il Mulino, Bologna, pp. 19-42.
- Gori C. (2003), "Applicare i livelli essenziali nel sociale", *Prospettive sociali e sanitarie*, 15-17: 1-8.
- Hanau C. (2003), "Rapporto tra Lea e Liveas", *Prospettive sociali e sanitarie*, 15-17: 41-45.
- Leone L. (2006), "Livelli essenziali e concezione multidimensionale", *Prospettive sociali e sanitarie*, 13: 8-12.
- Leone L., Iurleo A. (2004), "Il processo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali", *Rapporto di Ricerca*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Studio Cevas, 27 aprile.
- Malizia R. (2004), "I livelli essenziali delle prestazioni", in *Rapporto annuale sull'attuazione del federalismo*, Istituto di Studi e Analisi Economica, febbraio.
- Melloni G. (2002), "Il nuovo assetto costituzionale delle competenze e la legislazione di settore in materia di assistenza sociale", *Nuove Autonomie*, VII: 337 e ss.
- Menegatti V. (2006), "Indirizzi regionali di attuazione della legge n. 328/2000 e livelli essenziali delle prestazioni sociali", *Osservatorio Isfol*, XXVII, 5: 71-85.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (2003), "Il processo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni", *Prospettive sociali e sanitarie*, 15-17: 23-27.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (2005), "I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza", *Prospettive sociali e sanitarie*, 1: 2-7.
- Onida V., (2006), "Diritti sociali e politiche sociali", *Prospettive sociali e sanitarie*, 16: 1-3.
- Overbye E., Vabo S., Wedde K. (2006), "Rescaling Social Welfare Policies in Norway", *Report for the study Rescaling Social Welfare Policies*, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna.
- Ranci Ortigosa E. (2005), "In tema di Lep", *Prospettive sociali e sanitarie*, 1: 1-2.
- Ranci Ortigosa E. (2007), "I livelli essenziali delle prestazioni tra erogazioni monetarie e servizi", *La rivista delle politiche sociali*, 1: 55-64.
- Ranci Ortigosa E., Crepaldi C., Falciatore M. G., Giorni G. (2003), "Una proposta per attuare i Liveas", *Prospettive sociali e sanitarie*, 15-17: 48-49.
- Saraceno C. (2005), "I livelli essenziali di assistenza nell'assetto federale italiano", mimeo, Reforme Associazione, ottobre.

Note

1 Per una descrizione più dettagliata, si veda il capitolo 9 di Pesaresi.

2 "Non si potrà negare l'assistenza [...] a chi, senza colpa, si trova incapace di provvedere da sé ai propri bisogni" Bartoli, 2006: 97.

3 Sono certamente presenti eccezioni a questa regola. Tuttavia, in linea generale è riconosciuto che la capacità di risposta delle politiche sociali territoriali ad alcuni bisogni fondamentali (ad esempio attraverso la fornitura di servizi ai bambini piccoli e agli anziani non autosufficienti) è assolutamente sottodimensionata rispetto ai bisogni presenti nella società.

4 Nonostante non sia chiaro quale sia stato l'iter successivo del documento e quale il suo destino, è utile prenderlo in considerazione per analizzarne gli orientamenti.

5 Art. 3, c. 2, l. 83/78.

6 Dpcm 29 novembre 2001, che contiene la determinazione dei Lea.

Federalismo fiscale e finanziamento dei livelli essenziali

Paolo Bosi

Università di Modena e Reggio Emilia, Presidente Capp

1. IL RITARDO DELLE POLITICHE PER LA RIFORMA DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Entità e ricomposizione della spesa per l'assistenza

Gli attuali livelli di spesa per l'assistenza sono del tutto inadeguati al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza. Il problema cruciale è quindi quello di aumentare le risorse disponibili per le politiche sociali, obiettivo che può essere perseguito sia aumentando l'entità complessiva delle risorse destinate alla protezione sociale, sia aumentando entro queste la quota destinata all'assistenza. Questa seconda era la via indicata nel 1997 dalla Commissione Onofri, il cui mandato era di operare nel vincolo della spesa generale. Tale indicazione non ha però avuto seguito perché, come evidenzia la tavola 1, anche se la spesa per la protezione sociale nel suo insieme è aumentata passando dal 23,8% al 25,3% del Pil, l'entità della spesa per l'assistenza è aumentata meno delle altre e registra quindi una ridotta partecipazione tanto rispetto al Pil, dal 3,5% al 3,00%, che rispetto al complesso della spesa per la protezione sociale, dal 14,6% al 11,9%.

Non è questa la sede per entrare nel merito di questo esito e dei fattori che vi hanno concorso.¹ Ci si limita quindi a evidenziare che il problema dell'inadeguatezza delle risorse per le politiche e gli interventi di assistenza sociale non è affatto risolto dalla debole espansione registrata, sottoposta per di più a molti vincoli settoriali, e si ripropone oggi accentuato rispetto ad una prospettiva di introduzione effettiva dei livelli essenziali.

Servizi reali e trasferimenti monetari

Un secondo aspetto problematico della spesa per prestazioni assistenziali è la necessaria razionalizzazione dei programmi di trasferimento monetario e, soprattutto, pur riconoscendo la complementarità tra i due tipi di strumento, l'aumento del peso relativo della spesa della componente dei servizi, per lo più gestita a livello locale. Neppure questo obiettivo è stato realizzato negli ultimi dieci anni. In realtà, ci si è mossi principalmente senza una linea chiara di azione, lasciando i problemi della categorialità e dell'incapienza al punto in cui erano.

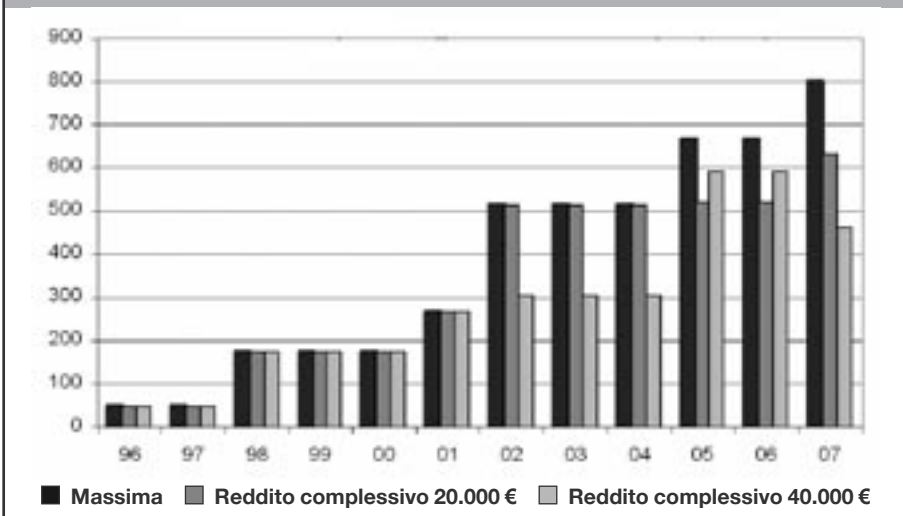
TAVOLA 1 La spesa per la protezione sociale dal 1997 al 2006 (milioni di euro)

Classificazione Commissione Onofri	1997	2006
1. Pensioni in senso stretto e Tfr	138.882	209.314
in % del Pil	13,2	14,2
in % delle prestazioni per la spesa di protezione sociale	55,7	56,1
2. Assicurazioni del mercato del lavoro	22.344	24.521
in % del Pil	2,1	1,7
in % delle prestazioni per la spesa di protezione sociale riclassificate	9,0	6,6
3. Assistenza sociale	36.291	44.540
in % del Pil	3,5	3,0
in % delle prestazioni per la spesa di protezione sociale	14,6	11,9
Integrazioni pensioni al minimo (stima)	16.750	11.500
Assegni familiari	4.243	5.841
Pensioni sociali	1.862	3.601
Pensioni agli invalidi civili	7.375	11.900
Pensioni di guerra	1.356	1.060
Pensioni ai ciechi	768	1.031
Pensioni ai sordomuti	123	169
Prestazioni sociali in natura	3.203	6.586
Altri assegni e sussidi	611	2852
4. Sanità	51.845	94.727
in % del Pil	4,9	6,4
in % delle prestazioni per la spesa di protezione sociale	20,8	25,4
5. Prestazioni per la protezione sociale riclassificate (1+2+3+4)	249.362	373.102
in % del Pil	23,8	25,3

Note: Rispetto all'impostazione dei conti della protezione sociale Sespros, qui alcune di voci di spesa sono riclassificate secondo i criteri a suo tempo adottati dalla Commissione Onofri. Le principali variazioni consistono nell'aggiungere alla spesa previdenziale il Tfr privato, nel trasferire dalla spesa previdenziale a quella per assistenza voci come le pensioni integrate al minimo, nel creare un apposito settore per le assicurazioni del mercato del lavoro (ammortizzatori sociali).

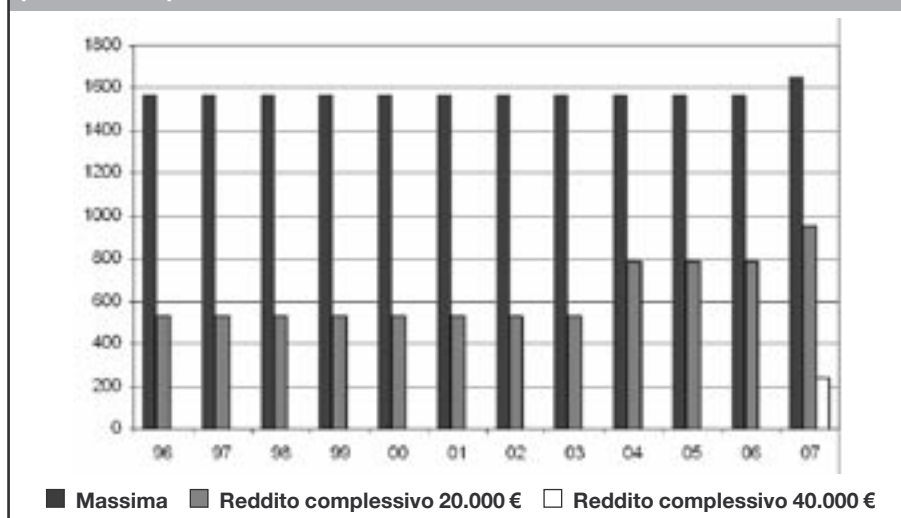
Non è facile documentare con esattezza la dimensione dell'incremento dei trasferimenti monetari, anche se è probabile che sia stato molto consistente. La difficoltà della misura dipende dal fatto che non basta ragionare sulla tavola 1, dato che una parte significativa degli interventi di sostegno delle responsabilità familiari e contrasto della povertà è realizzata nell'ambito dell'Irpef, attraverso le deduzioni/detractions per carichi di famiglia e con la definizione di minimi imponibili o *no tax area*. Le informazioni su queste *tax expenditures* sono purtroppo estremamente frammentarie e fornite con grande ritardo. Ci si deve quindi talora affidare alle stime imperfette dei modelli di microsimulazione. Se ci si limita a considerare le detrazioni fiscali e gli assegni al nucleo familiare, nel 1997 le risorse destinate possono essere valutate in circa 7-8 miliardi di euro, più o meno equamente ripartite tra assegni al nucleo familiare e detrazioni per familiari a carico. Oggi, dopo gli interventi operati con la Legge finanziaria per il 2007, a quelle finalità sono indirizzati trasferimenti in misura pari a 16-17 miliardi (Anf, asse-

TAVOLA 2 Detrazioni per un figlio a carico nell'Irpef (euro)



gni per nuclei con almeno tre figli, detrazioni familiari a carico diversi dal coniuge), di cui solo un terzo è rappresentato da spesa e due terzi da *tax expenditures*.

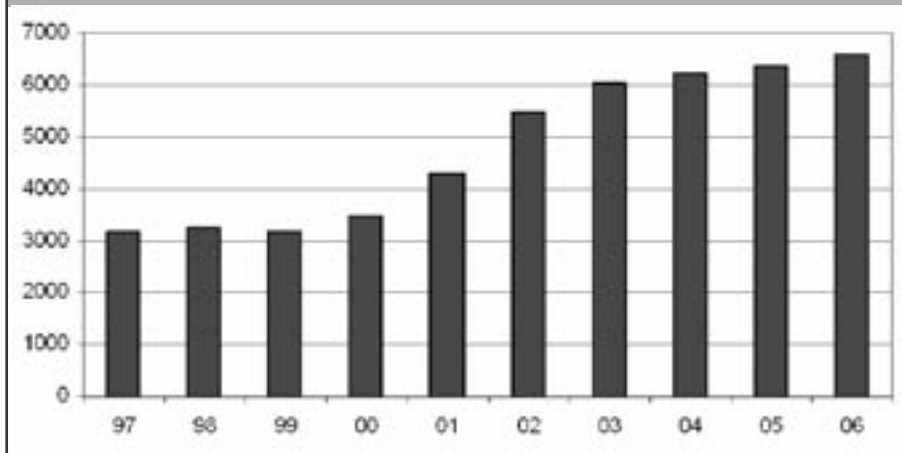
La tavola 2 descrive l'andamento delle detrazioni per un figlio a carico dal 1996 a oggi, mostrandone il livello massimo (corrispondente a reddito nullo, prescindendo da effetti di incapienza), e quello che compete a un contribuente con reddito complessivo di 20.000 e di 40.000 euro rispettivamente.² Alla metà degli anni '90, le detrazioni sono molto basse e hanno carattere non selettivo. Esse hanno un primo incremento significativo con la riforma Visco del 1998. La stagione dell'ampliamento delle detrazioni fiscali e della diffusione della "via fiscale" si ha principalmente nel 2002: a partire da quell'anno, le detrazioni per figli sono rese decrescenti, la detrazione per un contribuente con 40.000 euro è infatti molto inferiore a quella massima e di un contribuente con 20.000 euro di reddito. La politica viene proseguita con determinazione anche maggiore dal governo Berlusconi nel 2006, nell'ambito del primo modulo della riforma Tremonti, che quasi raddoppia il beneficio fiscale per il contribuente con 40.000 euro, rendendolo, in modo del tutto irrazionale e iniquo, più elevato di quello di un contribuente con 20.000 euro. Tremonti, coerentemente con la tutela delle famiglie monoreddito tipica dei governi di centro-destra, modifica peraltro in misura significativa anche il sostegno al coniuge a carico, il cui valore massimo passa da 546 euro, su cui era attestato dal 1996, a 736 euro. La riforma attuata dal successivo governo Prodi, nell'ambito della LF per il 2007, attua una necessaria razionalizzazione: viene infatti aumentata la detrazione massima per un figlio, ma per un contribuente con 40.000 euro la detrazione risulta inferiore a quella goduta nell'anno precedente.

TAVOLA 3 Assegno al nucleo familiare per nuclei con un figlio (euro annui)

Alquanto minore è l'attenzione dedicata agli assegni per il nucleo familiare, la cui dinamica per famiglie con due genitori e un figlio è rappresentata nella tavola 3. Il livello massimo per nuclei con reddito molto basso (nel caso degli assegni non si pongono problemi di incapienza) è stato pari a 1.568 euro l'anno fino all'opportuna razionalizzazione attuata con la LF per il 2007. Per nuclei con reddito complessivo di 20.000 euro, fino al 2003 l'importo annuo era di 527. Si segnalano un incremento nel 2004 e le misure del 2007, che consentono anche al nucleo con 40.000 euro di ottenere un sussidio.

Anche se le indicazioni qui fornite sono solo esemplificative, si può cogliere il fatto che il campo dei trasferimenti monetari, pur erogati con criteri eterogenei e irrazionali, ha comunque assorbito risorse finanziarie in misura non trascurabile.

Molto diversa è invece la spesa per servizi: è anzitutto assai incerta la valutazione della sua dinamica. Nei conti della protezione sociale, essa è inclusa nella voce Assistenza sociale (tavola 4), che molti studiosi ritengono valutata in modo approssimativo e probabilmente sottostimata, almeno prima dell'effettuazione della prima indagine sulla spesa sociale dei Comuni da parte dell'Istat nel 2005, con riferimento al 2003, ripetuta l'anno successivo. La spesa per assistenza sociale mostra, ad esempio, incrementi molto forti nel 2001 e nel 2002, che sono emersi solo in anni successivi, in occasione di revisioni dei conti nazionali. In ogni caso, la componente dei servizi è appena il 14% della spesa per assistenza complessiva (8,7% nel 1997). È quindi presumibilmente aumentata, ma resta pur sempre a livelli del tutto insoddisfacenti.

TAVOLA 4 Spesa di assistenza per prestazioni sociali in natura nei conti Sespros dal 1997 al 2006 (milioni di euro)

2. L'OCCASIONE STORICA DELL'ATTUAZIONE DELLA RIFORMA COSTITUZIONALE E DI DEFINIZIONE DEI LEPS (L. 328/00, TITOLO V E DISEGNO DI LEGGE DI ATTUAZIONE)

Le condizioni generali di finanza pubblica, e l'incertezza sulle vie che saranno percorse nella nuova legislatura dal Governo di centro-destra, non rappresentano fattori che favoriscano una stagione di vigorose riforme, in particolare nel campo della spesa per l'assistenza. Vi è tuttavia un dato istituzionale legato all'attuazione del federalismo che comunque si impone all'attenzione del mondo politico e del legislatore. Il ritardo ormai maturato nell'attuazione della legislazione necessaria per rendere operativa la riforma del titolo V del 2000 rappresenta un ostacolo molto forte all'operatività di molti importanti segmenti della pubblica amministrazione. Dopo un quinquennio di tentativi falliti e di omissioni, si può ragionevolmente sperare che stia per iniziare una fase lunga e accidentata, ma sicuramente nuova. La ragione di questo cauto ottimismo è costituita dalla presentazione nell'estate scorsa da parte del Governo di una bozza di disegno di legge di attuazione delle disposizioni relative agli artt. 117 e 119 del titolo V della Costituzione, che consente di porre le premesse per un superamento delle antinomie presenti nella legislazione ordinaria rispetto a possibili interpretazioni del testo costituzionale. Le indicazioni contenute nella bozza di disegno sono poi decisive nell'individuare possibili soluzioni al finanziamento dei livelli essenziali (Leps) previsti dall'art. 117 della Costituzione.

Poiché l'individuazione dei meccanismi istituzionali di finanziamento rappresenta un tassello essenziale per impostare una politica di riforme di ampio respiro, sembra opportuno partire dalle indicazioni della bozza, fragile ma insostituibile punto di riferimento della nostra riflessione e discussione sul tema.

Il problema

La legislazione ordinaria nella materia che qui ci occupa è rappresentata principalmente dalla l. 328/00, in cui è chiaramente individuato il settore dell'assistenza, definite le sue articolazioni per aree, introdotto il concetto di livelli essenziali, indicati una serie complessa di processi di governo e amministrazione che coinvolgono i diversi livelli di governo, e in cui, infine, viene valorizzato il ruolo del Fondo nazionale per le politiche sociali. D'altro canto, il titolo V della Costituzione, all'art. 119, prevede l'autosufficienza delle forme di entrata per il finanziamento delle funzioni proprie dei livelli di governo regionali, la definizione di un unico fondo con finalità esclusive di perequazione, fondato sul criterio della capacità fiscale, che comporta implicitamente il divieto di ricorso a rapporti finanziari tra centro e periferia, rappresentati da trasferimenti a destinazione vincolata (sanità, assistenza, nidi, ecc.). L'art. 117 indica invece tra le materie di competenza statale la definizione dei livelli essenziali, ma non individua per esse una specifica fonte di finanziamento distinta da quelle individuate nell'art. 119. La conciliazione tra art. 117 e 119 ha rappresentato un punto di dibattito nel corso del passato quinquennio, che dal punto di vista operativo ha trovato punto di orientamento nei pronunciamenti della consulta, che hanno sistematicamente sottolineato l'illegittimità di fondi a destinazione vincolata in attesa di una definizione della legge di coordinamento della finanza pubblica in grado di disciplinare più chiaramente questi aspetti.

La bozza di disegno di legge di attuazione del federalismo

La bozza presentata dal Governo di centro-sinistra rappresenta un importante passo in questa direzione, in cui sono contenute indicazioni molto rilevanti per il tema che qui interessa. Per quanto riguarda il modello di finanziamento, si prevede che a diversi tipi di funzioni e di spesa corrispondano diversi modelli di finanziamento/perequazione. Si distinguono infatti quattro tipi di spesa.

1) Spese relative ai "livelli essenziali" delle prestazioni (art. 117, c. 2, lett. m), per le quali si identifica un finanziamento integrale dei fabbisogni standard. Il finanziamento di ciascuna Regione è garantito da una dotazione fiscale misurata con riferimento ad alcuni tributi propri, più eventuali trasferimenti perequativi verticali, tali da colmare integralmente il divario tra fabbisogni standard e capacità fiscale.

2) Spese in cui le Regioni hanno competenza legislativa concorrente ed esclusiva e che coinvolgono per l'amministrazione i Comuni che, insieme a risorse proprie, forniscono servizi pubblici a favore dei propri cittadini (alcuni di questi servizi potrebbero rientrare nel novero delle funzioni fondamentali dei Comuni: art. 117, c. 2, lett. p). In questo caso si prevede la garanzia finanziaria da parte dello Stato del finanziamento integrale di queste funzioni fondamentali dei Comuni (mediante l'attribuzione di tributi erariali e di trasferimenti perequativi).

3) Spese regionali che hanno una portata equitativa minore (spese “autonome”), in cui è meno forte l’esigenza di un’offerta uniforme di servizi sul territorio nazionale. Per queste funzioni la riforma prevede un fondo perequativo ispirato al meccanismo della perequazione della capacità fiscale.

4) Spese regionali che fanno riferimento a interventi speciali attivati per finalità specifiche. Sono gli interventi riferibili all’art. 119, c. 5 (promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, rimuovere gli squilibri economici e sociali, favorire l’effettivo esercizio dei diritti della persona, ecc.). Il finanziamento di questi interventi si realizza mediante specifici trasferimenti di settore, eventualmente vincolati nella destinazione di spesa, derivanti dal bilancio dello Stato e dell’Unione europea.

A partire da questa differenziazione delle funzioni regionali, il fondo perequativo a favore delle Rso dovrebbe essere costituito da due distinti fondi perequativi:

a) il primo, basato sul criterio del finanziamento integrale dei fabbisogni standard di spesa, è alimentato dalla fiscalità generale, eroga trasferimenti a favore di ciascuna Regione di ammontare tale da finanziare integralmente i divari che si registrano tra i fabbisogni standard sulle spese di tipo 1) e 2) e il gettito garantito in ciascuna Regione da una serie di imposte erariali devolute, che sono assegnate al finanziamento di queste funzioni (Irap, compartecipazione regionale all’Iva, compartecipazione regionale all’Irpef, ecc., considerate a base e aliquota standard);

b) il secondo, basato sul criterio della perequazione della capacità fiscale (trasferimenti che, indipendentemente dai fabbisogni di spesa, annullano, o quantomeno riducono, le differenze tra Regioni nelle dotazioni fiscali misurate sui tributi dedicati al finanziamento di determinate spese). Questa secondo fondo è finanziato con una quota della compartecipazione (o dell’addizionale) regionale all’Irpef, fissata in misura tale da coprire nell’anno iniziale il finanziamento delle spese regionali di tipo 3).

In sostanza, viene individuato un duplice canale di finanziamento e l’orientamento, che va valutato molto positivamente, è che i livelli essenziali trovano copertura integrale sulla base di criteri fondati su fabbisogni standard. Questo aspetto tranquillizza molto sulla congruità del finanziamento dei Leps, anche se non è chiaro se sarà possibile distinguere con certezza la componente del finanziamento che affluisce a una finalità (ad esempio, la sanità) o ad un’altra (ad esempio, l’assistenza).

Alcune indicazioni utili

È ovviamente assai improbabile che l’azione politica della prossima legislatura prenda le mosse dal documento sopraindicato. D’altro canto, è ragionevole ritenere che anche impostazioni politiche diverse non possano prescindere dai problemi che tale disegno cerca di affrontare. Le indicazioni contenute nel disegno di legge delega d’iniziativa del Consiglio regionale della Lombardia del giugno 2007 (AC 1676), solitamente identificato come il punto di riferimento del prossimo Governo di centro-destra, non contiene,

d'altro canto, indicazioni abbastanza precise per illuminare sulle modalità di definizione dei livelli essenziali (se non l'allarmante riferimento a nozioni non di livelli "essenziali", ma di livelli "minimi essenziali").

Una riflessione sulla definizione dei Leps e della valutazione di criteri per l'individuazione dei relativi costi standard, in ogni possibile scenario politico, è comunque necessaria. Si tratta senza dubbio di un processo estremamente complesso, ma che può avvalersi delle elaborazioni che la dottrina ha elaborato negli ultimi anni (rinvio al capitolo 2 di Da Roit). In questa occasione, si vogliono tuttavia sottolineare aspetti importanti che riteniamo debbano esser tenuti presenti nell'inevitabilmente lunga fase di avvicinamento a un assetto istituzionale completo.

1. La definizione dei Leps per la spesa per assistenza è molto più complessa che per altri settori, come ad esempio la sanità. È quindi importante procedere per gradi, isolando i segmenti più rilevanti, ad esempio la non autosufficienza, gli interventi per la scuola per l'infanzia e i nidi, e iniziare sperimentazioni di definizione dei Leps in contesti sufficientemente circoscritti. Le scarse risorse destinate ai due settori esemplificati, che rappresentano peraltro quelli sui cui molti condividono l'urgenza e priorità rispetto ad altri, dovrebbero essere indirizzate anche alla produzione di conoscenze su questo aspetto, prendendo in considerazione in un'unica visione di insieme sia le componenti di trasferimento monetario sia quelle di offerta di servizi.

2. La definizione dei Leps può incontrare insormontabili ostacoli di consenso e di fattibilità politica in un contesto in cui siano molto ampie le differenziazioni territoriali nell'offerta dei servizi. L'esigenza di finanziare livelli essenziali relativamente uniformi potrebbe portare a destinazioni delle risorse molto squilibrate a favore delle Regioni che presentano carenze strutturali di offerta più accentuate. Non si può dare per scontato che tali deficit siano imputabili esclusivamente a fattori storici al di fuori della responsabilità amministrativa delle Regioni. Il problema è ovviamente molto delicato, ma suggerisce di affrontare il processo di attuazione dei Leps in modo graduale e dinamico, distinguendo, come è stato proposto ad esempio con riferimento a recenti casi specifici (piano nidi), di distinguere tra due componenti del finanziamento: una parte destinata al recupero dei ritardi più gravi e una parte destinata al finanziamento di componenti dei Leps comunque essenziali, ma meno urgenti. L'adozione di questo criterio, che deve essere ulteriormente elaborato sotto il profilo giuridico, potrebbe agevolare il consenso dei livelli di governo regionali.

3. Si è osservato che, se il modello di finanziamento previsto dall'art. 119 sarà conforme alla bozza di disegno di legge sul federalismo, è possibile che non siano identificabili con chiarezza le risorse finanziarie destinate alle prestazioni di assistenza sociale. In questo caso, la conformità con i requisiti definiti nei Leps dovrà trovare un supporto particolarmente forte nell'attività di monitoraggio e di sanzione da parte del governo centrale. La fase di definizione dei Leps deve quindi prevedere esplicitamente procedure e protocolli che consentano appropriate valutazioni e meccanismi istituzionali

di supplenza efficaci, nel caso di un'attività degli enti decentrali si riveli insufficiente o inadeguata.

3. IL QUADRO DELLA SPESA: TRASFERIMENTI, TAX EXPENDITURES E SERVIZI. UN PRIMO ESERCIZIO SUL FABBISOGNO FINANZIARIO

Le prospettive del processo di definizione dei Leps è strettamente condizionato all'esistenza di un percorso di riforma finanziariamente credibile e sostenibile. A questo scopo è necessario disporre di:

- un quadro della dimensione delle risorse finanziarie attualmente impiegate dalle AP, in quest'area;
- un quadro ragionevolmente condiviso delle principali riforme che appare urgente realizzare;
- una valutazione dell'ordine di grandezza del fabbisogno finanziario che la loro realizzazione comporta in un arco temporale di medio termine.

Il primo passo di questo esercizio è compiuto nel capitolo 5 di Pesaresi, in cui gli interventi di spesa per l'assistenza sono stati puntualmente e dettagliatamente ricostruiti con riferimento al 2004. Il quadro delineato in quello studio può essere utilmente integrato con le indicazioni che provengono dalla valutazione della principale *tax expenditure* relativa a questo tipo di interventi rappresentata dalle detrazioni per familiari a carico previsti dalla disciplina dell'Irpef³ e degli interventi che, sempre con la legge finanziaria per il 2007, sono stati operati di incremento degli importi dell'assegno al nucleo familiare (circa 1 miliardo di euro) e da quelli previsti nei provvedimenti relativi alla Legge finanziaria per il 2008 (aumenti delle pensioni minime e bonus *una tantum* di competenza del 2007 per gli incapienti).

Il secondo passo del processo di valutazione della sostenibilità finanziaria di un processo di riforma è di più ardua attuazione. Come prima proposta che si offre alla discussione, gli interventi prioritari sembrano essere i seguenti:

1. un piano di servizi per il sostegno delle responsabilità familiari (servizi per la prima infanzia);
2. un programma completo di assicurazione contro il rischio della non autosufficienza per gli anziani, fondato - accanto a trasferimenti monetari, che prendono le mosse da una riforma dell'indennità di accompagnamento - sull'offerta di una gamma adeguata di servizi;
3. un programma di contrasto della povertà, sulle linee del Reddito minimo di inserimento, sperimentato nel corso della passata legislatura;
4. il riordino degli interventi di redistribuzione monetaria con funzioni di sostegno delle responsabilità familiari (detrazioni Irpef e assegni familiari).

Se queste linee di riforma appaiono ragionevoli, è possibile affrontare il terzo *step*, costituito dalla valutazione del fabbisogno finanziario. La sua implementazione è molto complessa e non può essere pienamente affrontata qui. La valutazione della sostenibilità finanziaria non può infatti essere definita in assenza di una dettagliata specificazione delle caratteristiche dei singoli interventi. Inoltre, anche disponendo di indicazioni più detta-

gliate, le ricerche necessarie per effettuare stime attendibili sono molto impegnative e richiedono l'applicazione di una strumentazione complessa. Pur con questi evidenti limiti, in quest'ultimo paragrafo si cercherà di affrontare il tema, facendo riferimento a proposte e a valutazioni che sono state avanzate nel dibattito sulle politiche sociali negli ultimi anni. Il patrimonio di idee e studi compiuto, che ha fra l'altro contribuito a mettere a fuoco gli interventi programmatici sopra indicati, può essere comunque assunto come un ragionevole punto di riferimento di massima.⁴

La tavola 5 sintetizza ulteriormente e integra per alcuni aspetti la tavola 30 elaborata da Pesaresi nel capitolo 10. I dati ricostruiti da Pesaresi sono riclassificati, concentrandoli in un numero più limitato di settori (Responsabilità familiari, contrasto della povertà, anziani non autosufficienti, altri interventi), distinguendo tra prestazioni a carattere monetario o di spesa per servizi. Nell'ultima colonna è fornita una primissima proposta di articolazione delle risorse aggiuntive, che sembra opportuno rintracciare per realizzare una prima fase di riforma del settore della spesa per assistenza.

Per quanto riguarda le integrazioni, la tabella tiene conto delle *tax expenditures* costituite dalle detrazioni per familiari a carico diversi dal coniuge (stimata in 12 miliardi di euro), del-

TAVOLA 5 Prestazioni di assistenza sociale e tax expenditures per i minori (milioni di euro, 2004)

	Pr. monetarie	Servizi	Totale	comp. %	Delta spesa
Responsabilità familiari	17.693	883	18.576	31,9	2.000
assegni	6.693		6.693	11,5	
detrazioni per figli Irpef	12.000		12.000	20,6	
servizi per la prima infanzia		883			2.000
Contrasto povertà (ass. sociale, int. minimo, ecc.)	22.141	186	22.327	38,4	3.000
assegno sociale, int.minimo, ecc.	19.341				
bonus 2007 incapienti e aumenti pensioni minime del 2007	2.800				
Programma per anziani non autosufficienti	5.716	1.230	6.946	11,9	8.000
indennità di accompagnamento	5.716	1.230			8.000
servizi residenziali e assistenza domiciliare					
+ stanziamento di 200 m LG08					
Altro (altre disabilità, droghe, dir. minori, pens. di guerra, ecc.)	8.166	2.158	10.324	17,7	500
Totale	53.716	4.457	58.173	100,0	13.500
comp. %	92,3	7,7	100,0		
% Pil			4,2		1,0

le spese già stanziare per l'aumento delle pensioni minime (900 milioni), del bonus *una tantum* per incapienti (1.900 milioni), nell'ipotesi che tale somma possa essere considerata permanente a partire dal 2009, lo stanziamento di 200 milioni per iniziative per la NA previsto dal disegno di legge finanziaria per il 2008, che si è supposto destinato all'offerta di servizi.

Sulla base di tali integrazioni, il complesso delle risorse per prestazioni e *tax expenditures* risulta dell'ordine di 58 miliardi, il 4,1% del Pil. È impressionante lo sbilanciamento a favore dei trasferimenti monetari, che coprono il 92% delle risorse complessive. Un ammontare molto elevato di risorse compare nella sezione delle misure di contrasto della povertà, riservata in misura quasi esclusiva alla popolazione anziana. Le risorse congelate nei programmi di spesa in vigore è però destinata a ridursi nel corso del tempo, per effetto del *trend* decrescente della spesa per integrazione al minimo delle pensioni. La destinazione di questi risparmi di spesa al finanziamento di programmi più efficaci e universali rappresenta una sfida e un'opportunità importante della politica sociale nei prossimi anni.

Per quanto riguarda la "proposta" contenuta nell'ultima colonna, i criteri qualitativi che sottendono le cifre indicate possono essere così riassunti.

1. Sulla base delle indicazioni fornite nel primo paragrafo si ritiene che agli strumenti di sostegno monetario delle responsabilità familiari, su cui, come si è mostrato nel primo paragrafo, si è quasi esclusivamente concentrata l'attenzione dei *policy maker* nel corso degli ultimi 10 anni, si destini ormai un volume adeguato di risorse. Si tratta ora solo di razionalizzarne l'impiego in funzione dei modelli ritenuti più appropriati (imposta negativa o assegno ai minori) che si sono confrontati negli ultimi anni. Appare invece necessario investire risorse aggiuntive nei servizi alla prima infanzia, portando a un livello soddisfacente il tasso di copertura dell'utenza potenziale. In questo campo, le analisi valutazioni che sono state avanzate in più sedi in occasione della predisposizione della legge finanziaria per il 2007 sembrano indicare (v. Guerzoni, 2007) in 2 miliardi di euro un impegno di risorse adeguato, che dovrebbe tradursi in offerta di servizi.

2. Per l'obiettivo di contrasto della povertà, si valuta che 3 miliardi addizionali siano sufficienti per costruire un adeguato intervento di sostegno dei redditi minori, con caratteristiche analoghe al Rmi sperimentato nella passata legislatura. Il limitato fabbisogno è dovuto anche al fatto che tale ridisegno dovrebbe potere includere le risorse che sono state stanziare nel 2007 sotto forma di bonus per incapienti.

3. La parte più onerosa delle riforme è rappresentata dal programma per la non autosufficienza degli anziani. Si è ipotizzata una spesa di ulteriori 8 miliardi, per un intervento secondo le linee indicate in Gori (2006). Con questa integrazione alla non autosufficienza, risulterebbero destinati quasi 15 miliardi, l'1% del prodotto nazionale, una quota non elevata, certamente destinata a crescere nel medio periodo, ma che rappresenterebbe comunque un significativo avanzamento rispetto allo *status quo*, caratterizzato da oneri molto pesanti posti a carico delle famiglie.

4. Per gli altri settori si è ipotizzato un incremento di spesa di 500 milioni, a titolo puramente indicativo. Le aree ivi comprese, in particolare la non autosufficienza di persone non anziane, rappresentano senza dubbio un terreno rilevante, meritevole di attenzione maggiore di quella dedicata in questo documento.

Il complesso degli interventi addizionali porta a un incremento di spesa pari a un punto del Pil, un ordine di grandezza significativo ma certamente non esagerato in relazione al grave ritardo in cui versa l'impegno pubblico in quest'area. La quasi totalità dell'intervento addizionale dovrebbe tradursi in offerta di servizi e contribuirebbe quindi a riequilibrare, anche se in misura ancora parziale, lo sbilanciamento a favore degli interventi di carattere monetario. Se il quadro di larga massima qui tracciato trovasse conferma, sarebbe naturalmente necessario mettere meglio a fuoco i dettagli delle riforme e procedere a una valutazione più accurata dei costi in una prospettiva di medio periodo.

Bibliografia

- Guerzoni, L. (a cura di) (2007), *Le politiche di sostegno alle famiglie con figli*, Il Mulino, Bologna.
Gori, C. (a cura di) (2006), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna.
Giannini S., Onofri P. (a cura di) (2005), *Per lo sviluppo e welfare*, Il Mulino, Bologna.

Note

¹ In merito, vedi Bosi P., "L'irresistibile attrazione dei trasferimenti monetari", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 19-20, 2007, pp. 7-14.

² Per gli anni 2005 e 2006, in cui è stata in vigore la riforma Tremonti, fondata su un sistema di deduzioni, queste sono state tradotte in risparmi di imposta netta per contribuenti con un figlio e senza figli.

³ Per molte di queste *tax expenditures* il calcolo non è possibile, in altri casi è possibile, ma è anche concettualmente difficile discernere in quale misura il beneficio accordato dal bilancio pubblico sia riconducibile a logiche relative alla politica sociale o ad altre motivazioni. Le detrazioni per figli a carico all'interno dell'Irpef, ad esempio, possono rispondere sia a logiche di sostegno delle responsabilità familiari, sia a logiche di realizzazione di criteri di equità orizzontale, che hanno rilievo solo come modalità di definizione di una corretta misura della capacità contributiva). L'elenco di queste *tax expenditures* rilevanti per le politiche di assistenza sono abbastanza numerose: la principale è naturalmente costituita dalle detrazioni per familiari a carico, ma nella stessa categoria vanno anche incluse le numerose deduzione e detrazioni dall'imposta per finalità sociali, come ad esempio. Le *deduzioni* ammesse per spese mediche per l'assistenza di portatori di handicap; gli oneri contributivi pagati per domestici e per addetti ai servizi personali (*baby sitter* e assistenza alle persone anziane) entro il limite di 1549 euro. Le *detrazioni* (al 19%) consentite a contribuenti con reddito complessivo inferiore a 40 mila euro per spese per la frequenza ad asili nido per un importo massimo di 632 euro annui per figlio, per spese sostenute per addetti ad assistenza a persone non autosufficienti per importo non superiore a 2100 euro.

⁴ Le proposte che abbiamo presenti sono quelle contenute nei volumi a cura di Onofri e Giannini (2006) e di Guerzoni (2007).

La posta in gioco

Cristiano Gori
Irs, Milano

Il confronto con la sanità mostra il peculiare significato assunto dai livelli essenziali nelle politiche sociali. Il Servizio sanitario nazionale definisce obiettivi, regole e diritti per tutto il Paese: in sanità sviluppare i livelli significa rafforzare un sistema dalla struttura portante delineata. Le politiche sociali coniugano, invece, sottosviluppo quantitativo e assenza di un adeguato sistema nazionale di interventi. Nei servizi mancano regole e diritti validi in tutto il Paese, per le prestazioni monetarie ve ne sono alcuni, ma lasciano totalmente (povertà) o parzialmente (non autosufficienza grave) scoperte ampie fasce di popolazione.

Nel sociale, individuare i livelli non significa fornire strumenti per migliorare il sistema nazionale esistente, bensì decidere “quale” deve essere il sistema nazionale. Vuol dire rispondere alle domande: Si intende rafforzare il ruolo delle politiche sociali nel *welfare state* italiano? Si vogliono introdurre regole e diritti validi per tutto il Paese? Si vogliono ridurre le differenze territoriali esistenti nell’offerta? Si intendono privilegiare i servizi o le prestazioni economiche? Chi scrive ritiene che la definizione dei livelli costituisca un’occasione da cogliere per sviluppare le politiche sociali nel nostro Paese, con priorità alla crescita dei servizi; si tratta di una posizione maggioritaria tra gli studiosi. In alternativa, la definizione dei Lep può ratificare la residualità delle politiche sociali nel welfare italiano.

Le particolari aspettative suscitate dai livelli tra i sostenitori delle politiche sociali non stupiscono. Sui Lep, infatti, si poggia oggi l’attesa di lungo periodo di un’ incisiva riforma nazionale. L’attesa è nata intorno all’inizio degli anni ’70 ed è legata al fervore di quel decennio, fase di progettualità e auspici per le politiche sociali. Tale fervore, tuttavia, non conobbe un approdo sostanziale. Il trasferimento delle funzioni in materia socio-assistenziale dallo Stato e dai vari enti nazionali alle Regioni (Dpr 616/77) non fu seguito dall’approvazione della riforma, mentre in sanità venne promulgata la l. 833/78.

Dopo un periodo di ridotto interesse, l’attenzione riprese negli anni ’90 e culminò effettivamente nell’elaborazione di una riforma, la l. 328/00. Questa, tuttavia, rispose in misura esigua alle attese di un incisivo intervento nazionale. Mancavano gli auspicati tratti di notevole incremento della spesa, sviluppo del settore e definizione di regole base per tutto il Paese. La

legge “pur disegnando un quadro articolato e complesso delle competenze tra i diversi livelli di governo (nazionale, regionale e municipale) e i diversi attori (pubblici e di terzo settore), ha lasciato nel vago precisamente non tanto i contenuti, quanto i criteri e gli standard comuni, rimandandoli a una successiva definizione consensuale dei livelli essenziali” (Saraceno, 2005: 3). La riforma del titolo V ha reso perlopiù superate le indicazioni sulle suddivisioni delle competenze e ha fatto della definizione dei livelli l’unico strumento per una riforma nazionale. Dal 2001, dunque, le speranze di miglioramento delle politiche sociali si concentrano su di essi.

Bibliografia

Saraceno C. (2005), *I livelli essenziali di assistenza nell’assetto federale italiano*, Associazione Reforme, www.ref-online.it

Descrizione del campo e declinazione dei livelli

Franco Pesaresi

Dirigente Servizi sociali, Comune di Ancona, Presidente Anoss

Prima lo Stato e poi gradualmente alcune Regioni si sono occupate dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps) con l'approvazione di alcune norme parziali che sono state analizzate nel capitolo 9, cui si rinvia per ogni utile approfondimento.

L'analisi delle normative e della letteratura ci ha fornito una serie di indicazioni, di criteri e di spunti utili per la costruzione dei Leps, che abbiamo cercato di sintetizzare nei punti successivi.

1. I Leps vanno identificati tenendo conto dei bisogni rilevati della popolazione. I Leps devono soddisfare i bisogni reali della popolazione, perciò devono essere pensati come risposte agli stessi. Questo significa che occorre valutare costantemente i bisogni, che vanno rilevati con indicatori di epidemiologia sociale e sociosanitaria.

2. Per garantire l'esigibilità delle prestazioni occorre che siano definiti i criteri di accesso alle prestazioni stesse. I criteri di accesso in genere fanno riferimento all'età, al reddito, alle condizioni funzionali o alla condizione di bisogno di chi richiede la prestazione. La loro definizione incide sull'accessibilità del servizio e sull'equità di accesso, ma contiene anche alcuni aspetti problematici. Non vi è dubbio che le prestazioni monetarie nazionali devono avere criteri di accesso nazionali e uguali per tutti. Per i servizi erogati a livello locale va fatta una riflessione per evitare iniquità. Per esempio, sappiamo che ci sono rilevanti differenze di reddito *pro capite* fra una Regione e l'altra. Per cui, le soglie di accesso ai servizi legate al reddito stabilite nella stessa misura per tutte le Regioni possono allargare o restringere le possibilità di accesso nelle singole Regioni, nel senso che la stessa soglia di reddito per l'accesso è in grado di ammettere una quota di popolazione molto più ampia in Calabria che non in Lombardia, dove peraltro è più elevato anche il costo della vita. È probabile che, in qualche caso relativo a servizi, gli standard di erogazione nazionali uniti a criteri di accesso locali sia da preferire a criteri di accesso nazionali, ferma restando la necessità di mantenere uno stesso strumento nazionale di misurazione delle condizioni di accesso (che per il reddito è l'Isee).

3. Identificare la popolazione che può accedere ai livelli essenziali. La definizione dei Leps non può essere svincolata dall'identificazione di coloro

i quali hanno diritto a usufruire delle prestazioni sociali. Qui non ci riferiamo ai beneficiari delle singole prestazioni, che possono variare in relazione ai singoli servizi, ma alla generalità della popolazione che può accedere ai livelli essenziali. I cittadini hanno tutti gli stessi diritti in qualunque parte del territorio nazionale? Ebbene, la maggioranza delle Regioni (9 su 14) ha stabilito che hanno diritto di accedere alle prestazioni gli italiani residenti nel territorio regionale. Gli italiani residenti in Regioni diverse da quelle in cui si chiede l'erogazione di prestazioni sociali possono accedere alle prestazioni, ma con dei vincoli o condizioni, in qualche caso, molto restrittive (per esempio, solo prestazioni indifferibili). Ci sono differenze anche importanti fra le Regioni nell'identificazione della popolazione che può accedere ai Leps e, di conseguenza, anche nell'identificazione dei diritti dei singoli cittadini. Questo rende ineguale la fruizione dei Leps. A rischio sono sia l'uguaglianza dei diritti sia la "portabilità" del diritto da una Regione all'altra (già oggi non garantito nella maggioranza delle Regioni). Pertanto, per garantire l'uguaglianza sostanziale dei cittadini nell'accesso ai Leps, l'identificazione della popolazione di riferimento:

- deve essere considerata come parte integrante e inscindibile della definizione dei Leps;
- deve essere fatta nazionalmente;
- deve essere chiaramente definita la "portabilità" del diritto;
- va accompagnata con la definizione di una procedura condivisa (accordo in conferenza unificata?) per la remunerazione delle prestazioni erogate a non residenti.

4. I Leps vanno identificati garantendo la loro efficacia rispetto ai bisogni espressi. Le prestazioni individuate devono essere sottoposte a una valutazione di efficacia dell'intervento rispetto ai bisogni, verificabile con indicatori di salute e di benessere sociale idonei a documentare la validità delle azioni intraprese. Strettamente legato a questo ultimo aspetto vi è il criterio dell'appropriatezza delle prestazioni, che dovrebbe essere osservato nella definizione dei Leps e ancor di più nell'utilizzo dei livelli essenziali. Il concetto di appropriatezza delle prestazioni ricomprende il principio dell'efficacia, dell'efficienza e dell'adeguatezza dell'intervento rispetto al bisogno espresso. Nel campo del sociale, potremmo definire l'appropriatezza come quella condizione che si realizza quando all'assistito, in relazione al suo bisogno, viene reso il servizio nel giusto ambito assistenziale (distrettuale, ecc.), con la tipologia/modalità adeguata (domiciliare, residenziale, ecc.), al momento giusto (subito, differito, ecc.) e nella giusta quantità (una prestazione resa in quantità non adeguata alle necessità è inefficace).

5. L'introduzione di Leps efficaci rispetto ai bisogni richiede evidentemente la disponibilità di risorse adeguate, conseguite con il comporsi di finanziamenti statali, regionali, comunali, in cui la componente statale non può configurarsi nei limiti dell'attuale Fondo sociale, perché se è prerogativa dello Stato definire i Leps, è anche responsabilità primaria dello Stato assicurare la disponibilità di risorse adeguate ad attivarli. Tutte le norme

nazionali e regionali sono d'accordo sul fatto che un elemento decisivo per i Leps è determinato dai finanziamenti. Le Regioni hanno precisato che i Leps saranno definiti (o quantomeno realizzati) in relazione all'entità di tutti i finanziamenti disponibili. È dunque assai probabile che si renda necessario definire delle priorità o una gradualità nella realizzazione dei livelli, tenuto conto che molto difficilmente saranno immediatamente disponibili tutte le risorse necessarie per garantire in tutto il territorio nazionale la rete completa dei servizi previsti dai Leps. Questa peraltro è la posizione di diverse Regioni e, soprattutto, delle norme nazionali, che hanno indicato come prioritarie le prestazioni sociali a favore di soggetti bisognosi in condizioni di povertà o di limitato reddito, rivolte a soggetti con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico o psichico, rivolte a persone con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, rivolte a soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria e, infine, rivolte a prestazioni a favore della prima infanzia. È dunque necessario pensare a un'attuazione dei Leps che si espande gradualmente in relazione alle risorse disponibili e al riequilibrio territoriale dell'offerta di servizi. Avremo dunque un processo graduale per le diverse aree di utenza e con una progressività nel perseguimento degli obiettivi, che potranno svilupparsi con percorsi intermedi prima di arrivare agli obiettivi finali.

6. Utilizzare la griglia proposta dal Piano sociale nazionale. Per la costruzione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali occorre utilizzare una griglia che supporti la costruzione e la classificazione dei servizi. La griglia è uno strumento con due dimensioni, che indica, da un lato, le tipologie di servizi e prestazioni (per esempio, i trasferimenti in denaro), dall'altro, le aree di utenza (per esempio, gli anziani). Le due dimensioni rispondono ai seguenti quesiti: a) Livelli essenziali per chi? b) Per erogare quali prestazioni e servizi? Quando la singola tipologia di prestazione incontra l'area di utenza, cioè il beneficiario, questa diventa prestazione sociale. Una prima proposta di griglia è contenuta nel Piano sociale nazionale 2001-2003. Le prime simulazioni effettuate con l'utilizzo della griglia hanno però dimostrato la necessità di un suo adeguamento. Infatti, tra le tipologie di servizi e prestazioni, risulta fuorviante e inefficace la proposta di classificare insieme strutture residenziali e semiresidenziali, distinte a loro volta in due tipologie (per soggetti con fragilità sociale o relative a strutture a carattere comunitario). Colpisce che manchi nella griglia delle tipologie di servizi e prestazioni la voce relativa alle prestazioni monetarie, che rappresentano la grande maggioranza delle prestazioni italiane. Anche sul fronte delle aree di intervento della griglia, sono opportuni degli interventi di aggiustamento, alcuni dei quali necessari; per esempio, l'area "avvio della riforma" appare non proprio appropriata ai fini classificatori delle prestazioni e potrebbe essere sostituita dall'area "utenza indifferenziata" per tutti quegli interventi rivolti genericamente a tutta la popolazione (per distinguerla da tutte le altre aree che puntano a uno specifico *target*: anziani, minori, disabili, ecc.); inoltre, tenuto conto dell'utilità dell'informazione, vale la pena di aggiun-

TAVOLA 1 Griglia corretta per la definizione e classificazione dei Leps

		Tipologie di servizi e prestazioni			Totale
		Interventi (segretariato sociale, servizio sociale professionale, assistenza domiciliare, pronto intervento sociale, ecc.)	Strutture (strutture semiresidenziali, strutture residenziali)	Trasferimenti in denaro	
Area di utenza	Famiglia e minori				
	Giovani				
	Disabili				
	Anziani				
	Salute mentale				
	Dipendenze				
	Disagio sociale adulti				
	Povertà				
	Immigrati				
	Utenza indifferenziata				
	Totale				

gere anche alcune voci relative alla spesa per le politiche per alcuni gruppi specifici (immigrati, salute mentale, ecc.). Occorre infine tener conto delle necessità di semplificazione delle rilevazioni e del lavoro di classificazione sin qui svolto dall'Istat nelle rilevazioni censuarie sulla spesa sociale. La griglia, pertanto, dovrebbe essere realizzata così come indicato nella tavola 1, anche con piccole variazioni locali nella dimensione delle aree di utenza. La griglia deve ovviamente permettere ulteriori disaggregazioni, soprattutto all'interno delle tipologie di servizi e prestazioni che contengono attività come l'assistenza domiciliare o quella residenziale, che devono poter essere monitorate costantemente. È importante però sottolineare la necessità di un quadro di riferimento che la griglia può dare nella classificazione delle prestazioni e nella rappresentazione sintetica della rete dei servizi esistenti nel territorio e della relativa spesa.

7. Per ogni servizio/prestazione deve essere definito lo standard di erogazione. Lo standard di erogazione è costituito dalle caratteristiche organizzative (minime) del servizio e dalla sua diffusione nel territorio. Questo aspetto è stato trascurato nei Lea sanitari. Per esempio, in Calabria con l'Adi si assistono 8 anziani su mille, mentre in Friuli Venezia Giulia 80 su mille. Entrambe le Regioni rispettano i Lea, che non forniscono obiettivi quantitativi, ma è del tutto evidente la maggior difficoltà del cittadino calabrese nell'accesso all'assistenza domiciliare integrata. Se vogliamo dare un contributo all'esigibilità vera dei servizi sociali, dobbiamo indicare gli standard di erogazione. Inoltre, dobbiamo farlo con la dovuta attenzione, per evitare un'applicazione opportu-

nistica dello standard: valga per tutti l'esempio del Molise, che assiste in Adi il maggior numero di anziani dopo il Friuli, ma che eroga il minor numero di ore *pro capite* (dopo la provincia di Bolzano). Se pensiamo, per esempio, a un centro diurno per anziani, dovremmo anche dire che dovrà avere una certa dimensione (almeno 20 posti), una certa diffusione nel territorio (uno ogni 50.000 abitanti, o per ambito se di popolazione inferiore) e che dovrà garantire talune prestazioni (prestazioni sociali e sanitarie). Laddove lo standard di erogazione deve essere raggiunto sarebbe opportuno definire anche l'obiettivo temporale. Se non si percorre questa strada, anche con gradualità, permarranno grandi differenze nella qualità e quantità dei servizi fra una Regione e l'altra, anche in presenza del rispetto formale dei Leps.

8. Devono essere individuate precisamente le singole prestazioni dei livelli essenziali. Termini generici o l'uso delle tipologie dei servizi (per esempio, assistenza residenziale) senza l'identificazione dei beneficiari non servono a garantire i servizi e la loro esigibilità. Per cui, per fare un esempio, va bene dire "centro diurno per disabili", che è un servizio identificabile, mentre occorre evitare di prevedere genericamente l'"assistenza semiresidenziale" che, potendo ricomprendere vari servizi (centro diurno per anziani, centro diurno per disabili, ecc.), non è chiaramente identificabile e, dunque, esigibile.

9. I servizi/prestazioni sociali dei livelli essenziali devono essere sottoposti ad autorizzazione e accreditamento, in modo da garantire qualità e omogeneità. Gli obiettivi di qualità si possono perseguire in modi diversi, ma sicuramente uno dei più usati è quello di prescrivere una serie di requisiti minimi organizzativi e strutturali senza i quali le attività sociali non possono essere esercitate. Ebbene, i livelli essenziali possono descrivere nel dettaglio tali aspetti per ognuna delle prestazioni sociali? È difficilmente percorribile l'idea di definire i Leps elencando dettagliatamente i requisiti organizzativi e strutturali di ogni singola prestazione/servizio. La soluzione migliore è quella di pretendere che tutti i servizi sociali siano sottoposti alle procedure di autorizzazione e accreditamento, considerato che questo procedimento è in grado di garantire ai servizi il possesso di una serie di requisiti prestabiliti. Già oggi queste procedure sono previste per i servizi residenziali e semiresidenziali, per cui occorrerà allargarle anche alle altre prestazioni (domiciliari, professionali, ecc.). In questo senso, per migliorare l'omogeneità degli interventi regionali, sarebbe auspicabile un ulteriore atto nazionale come il Dpcm n. 308 che, nel 2001, propose alle Regioni i requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione delle strutture residenziali e semiresidenziali. Si trattava, come noto, di un Decreto non vincolante dal punto di vista normativo, ma che è stato in grado di orientare in senso omogeneo le Regioni italiane, che dal quel decreto sono partite considerando i suoi contenuti come il livello minimo da garantire comunque. Un atto simile bisognerebbe emanarlo anche per le altre prestazioni non ancora regolate, come quelle domiciliari (o come gli asili nido), in modo da orientare le decisioni regionali.

10. Occorre garantire i Leps assumendo come riferimento i bacini di popolazione e non gli ambiti territoriali. Le dimensioni medie degli ambiti sono

TAVOLA 2 Gli ambiti territoriali in alcune regioni italiane

	Popolazione (2005)	Numero distretti sanitari (2005)	Numero zone/ ambiti sociali	Pop. media per ambito sociale
Campania	5.790.929	113	51	113.500
Emilia Romagna	4.187.557	40	39	107.400
Toscana	3.619.872	42	34	106.500
Lombardia	9.475.202	98	98	96.700
Lazio	5.304.778	55	55	96.500
Sicilia	5.017.212	55	55	91.200
Puglia	4.071.518	48	48	84.800
Liguria	1.610.134	19	19	84.700
Veneto	4.738.313	56	56	84.600
Umbria	867.878	12	12	72.300
Sardegna	1.655.677	23	23	72.000
Bolzano	482.650	20	7*	68.900
Piemonte	4.341.733	65	max 65	66.800
Marche	1.528.809	24	24	63.700
Friuli-V. Giulia	1.208.278	20	19	63.600
Calabria	2.004.415	35	35	57.300
Basilicata	594.086	11	15	39.600
Trento	502.478	13	13	38.700
Abruzzo	1.305.307	73	35	37.300
Valle d'Aosta	123.978	4	4	31.000
Molise	320.907	13	11	29.200
Totale/Media	58.751.711	839	718	81.800

Note: * Comunità comprensoriali. **Fonte:** Capitolo 10.

molto varie; si passa dai 113.500 abitanti della Campania ai 29.200 del Molise, mentre la media italiana è di 81.800 abitanti per ambito sociale territoriale/zona (cfr. tavola 2). Le decisioni regionali sugli ambiti sociali, se non ben gestite, potrebbero essere fonte di ulteriori disuguaglianze più o meno occulte nella distribuzione dei servizi nel territorio e nelle possibilità di accesso ai servizi stessi. Pensiamo all'effetto che avrebbe applicare lo stesso livello essenziale in Regioni diverse se il punto di riferimento fossero gli ambiti sociali; per esempio, se lo standard fosse quello di realizzare un centro diurno per anziani (di 20 posti) per ogni ambito, questo significherebbe farne uno ogni 29.200 abitanti in Molise, mentre in Campania se ne realizzerebbe solamente uno ogni 113.500 abitanti. Pertanto, sarebbe opportuno che eventuali standard quantitativi associati ai Leps venissero stabiliti in relazione a bacini di popolazione invece che per ambiti territoriali (come peraltro richiesto dalla legge nazionale), al fine di evitare iniquità evidenti nella distribuzione dei servizi. Riferendoci al solito esempio, dovremmo quindi prevedere la realizzazione di un centro diurno di 20 posti ogni 50.000 abitanti o per ogni ambito sociale se di popolazione inferiore.

Prove di declinazione

Quali livelli essenziali per i non autosufficienti?

Cristiano Gori
Irs, Milano

Questo contributo propone alcune ipotesi e osservazioni in merito all'applicazione dei livelli essenziali nell'assistenza alle persone non autosufficienti. Si vuole discutere come potrebbe concretizzarsi lo scenario con i livelli essenziali a regime, esaminare il percorso da compiere per arrivarci e analizzare quale è oggi il significato dei livelli nelle politiche per i non autosufficienti. Il percorso del lavoro è articolato di conseguenza. Il primo paragrafo delinea un'ipotesi di livelli essenziali a regime (par. 1) e il successivo propone alcuni interrogativi legati al dibattito in corso nel nostro Paese (par. 2). Successivamente si ragiona sul percorso di graduale introduzione dei livelli (par. 3) e sul disegno di legge delega presentato dal Governo (par. 4).

1. I LIVELLI ESSENZIALI PER I NON AUTOSUFFICIENTI

Le nostre riflessioni - illustrate nel capitolo 2 di Da Roit - collocano al centro della strategia di introduzione dei livelli la definizione di un pacchetto di diritti. Nel caso delle persone non autosufficienti, si tratta del diritto a essere informati, a essere seguiti in ogni fase del percorso assistenziale e ad accedere a servizi di cura commisurati al proprio bisogno assistenziale. L'informazione, la possibilità di fruire degli strumenti conoscitivi necessari e l'accesso ai servizi, costituiscono il diritto di base, senza i quali non si può parlare del diritto a un pacchetto adeguato di servizi e interventi. Vediamo ora come si possono concretizzare livelli così concepiti.

1.1 Porta unica e presa in carico

Su questi due livelli esiste condivisione piena nel dibattito politico e scientifico (cfr., ad esempio, Capp, Cer, Servizi Nuovi, 2004; Gori, 2006; Proposta di legge di iniziativa popolare dei sindacati). Sulla necessità di introdurre una porta unica di accesso al sistema e di garantire una vera e propria presa in carico, esiste un sostanziale accordo tra anche tra le Regioni. Si tratta dei primi livelli previsti nel Fondo per le non autosufficienze (la discussione su questo Fondo è ripresa oltre).

La porta unica d'accesso

Lo Stato dovrebbe garantire la presenza di una porta unica d'accesso ogni X abitanti (valore da definire) e assicurare che essa disponga di risorse e professionalità adeguate ai propri compiti. La porta rivolge le sue attività a tutti i cittadini.

Svolge principalmente tre funzioni: informazione (ascolto di richieste e bisogni, comunicazione delle prime conoscenze utili per rispondervi e orientamento nel loro utilizzo), indirizzo (dell'utente verso i servizi adatti, aiutandolo a raggiungerli), promozione (della rete dei servizi e della loro visibilità nel territorio).

L'esistenza di diffuse barriere (conoscitive, sociali, fisiche, psicologiche, ecc.) tra il cittadino e l'accesso alla rete territoriale dei servizi di assistenza continuativa è ben nota ed esiste ampio accordo nel ritenere la porta unica la risposta a tali difficoltà. Negli ultimi anni, la porta, con vari nomi e caratteristiche, ha conosciuto una certa diffusione a livello regionale e locale, il punto ora è andare avanti.

La presa in carico

Per quanto riguarda la presa in carico, lo Stato dovrebbe riconoscere alle persone non autosufficienti il diritto di essere accompagnate nel percorso assistenziale; tale percorso deve essere unitario per l'insieme dei servizi e interventi fruiti. Si tratta della valutazione iniziale dei bisogni e del proprio contesto di vita, della stesura del piano personalizzato di assistenza e della rivalutazione con una frequenza minima garantita. Valutazione, piano e rivalutazione sono unici per il complesso dei servizi e interventi di assistenza continuativa (indennità di accompagnamento, servizi sociali, servizi sociosanitari).

Le varie fasi del percorso assistenziale sono responsabilità di una stessa unità valutativa integrata, operante nell'ambito/distretto. In essa si congiungono diverse competenze: quelle per l'accertamento dell'invalidità, le competenze delle professioni sociali, le competenze delle professioni sanitarie. Lo Stato assicura che vi siano in ogni ambito/distretto le professionalità necessarie al corretto funzionamento dell'unità.

Sono notino - nell'esperienza quotidiana, così come nel dibattito internazionale - i vantaggi che un adeguato accompagnamento dell'utente nei diversi momenti del percorso assistenziale fornisce in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi. Per realizzare questi vantaggi, il percorso assistenziale deve coniugare la continuità del *care* nel tempo con la continuità tra i diversi servizi e prestazioni forniti. Si tratta di ricondurre la molteplicità di interventi assistenziali a una sola risposta: a tal fine, valutazione, piano e rivalutazione sono unici per l'insieme dell'assistenza continuativa. Anche la presa in carico rientra tra gli obiettivi del Fondo per le non autosufficienze.

1.2 Offerta di servizi

La necessità di definire livelli essenziali riguardanti l'offerta di servizi è ampiamente condivisa nel dibattito sulle politiche per i non autosufficienti, con due obiettivi principali. Uno consiste nello sviluppare la presenza di servizi alla persona nel Paese, l'altro nel renderla più omogenea territorialmente. Dovrebbero essere declinati con riferimento sia ai servizi sociali sia ai servizi sociosanitari rivolti alle persone non autosufficienti. Lo Stato dovrebbe incrementare le risorse trasferite alle Regioni per l'offerta di servizi. L'incremento dovrebbe consentire di incrementare l'offerta in ogni Regione, permettendo in un certo arco di tempo, in prima istanza un triennio, di portare tutto il Paese a un livello base. Secondo la logica "dinamica" dei livelli, illustrata da Bosi e impiegata nel recente Piano Nidi, bisognerebbe coniugare l'obiettivo di portare tutta l'Italia a un livello minimo, con quello di far crescere anche le Regioni già oggi più avanti. Questo secondo obiettivo viene legato all'incremento del valore medio dell'offerta.

Il tema è stato oggetto di ampia attenzione in questi anni. Esiste un certo consenso sulla necessità di procedere verso i livelli per i non autosufficienti come tipologia di offerta di servizi, mentre c'è un certo dibattito su quali debbano essere i relativi indicatori da considerare.

Un primo interrogativo riguarda quali debbano essere gli indicatori di offerta da considerare. Secondo alcuni bisognerebbe puntare su indicatori di spesa (spesa per popolazione *target*), mentre secondo altri bisognerebbe impiegare indicatori legati alle caratteristiche dei servizi (liste di servizi, utenza, ore e/o prestazioni erogate, ecc.). I sostenitori dell'indicatore della spesa *pro capite* riconoscono che si tratta di un indicatore grezzo, ma portano diversi motivi per non partire con indicatori più elaborati. Chi sostiene questa posizione fa notare l'arretratezza della realtà attuale, la ridotta conoscenza disponibile sull'offerta esistente e il rischio di sovraccaricare il sistema con un insieme di indicazioni troppo complesse da introdurre. Bisogna peraltro notare che riuscire a condurre tutto il Paese a un livello base della spesa *pro capite* costituirebbe un grande passo in avanti per l'Italia.

Un secondo interrogativo riguarda come affrontare la grande eterogeneità territoriale esistente, che nella fase recente è persino cresciuta. A fronte di una spesa media nazionale per i servizi sociali comunali di 92 euro *pro capite*, il valore del Sud è 38,1 e quello del Centro 103,6, mentre Nord-ovest e Nord-est si attestano rispettivamente a 111,9 e 135,2 euro (Istat, 2007). Poiché negli ultimi anni, 2002-2005, la spesa *pro capite* per servizi sociali nelle Regioni del Sud è diminuita percentualmente più che al Nord (Montemurro, 2007), la distanza tra le aree del Paese risulta oggi ancora più marcata che in passato.

L'interrogativo ulteriore è se considerare solo indicatori di quantità dell'offerta o anche di qualità. Questa seconda ipotesi è preferibile sul piano ideale (si veda il capitolo 9), ma è resa più complicata dall'estrema eterogeneità che caratterizza l'attuale profilo dell'offerta di servizi per i non autosufficienti a livello Regionale. Nello scenario successivo alla riforma

del titolo V, esistono altresì notevoli dubbi sul piano giuridico che questo sia possibile. Anche se fosse giuridicamente possibile, comunque, è assai dubbio che le Regioni acconsentirebbero a un intervento dello Stato in materia.

1.3 Indennità di accompagnamento

La necessità di agire sull'indennità di accompagnamento, così da migliorarla e assegnarle un ruolo significativo nella definizione dei livelli, è condivisa da tutti gli osservatori. Data la complessità politica insita in qualsiasi intervento riguardante l'accompagnamento, la sfida è disegnare una riforma graduale, di cui evidenziare la capacità di migliorare le condizioni delle persone non autosufficienti, in particolare le più deboli.

La prestazione assistenziale di base (Pab)

Riprendo qui la proposta di trasformare l'indennità di accompagnamento nella Prestazione assistenziale di base (Pab) avanzata dal Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa (2006). In base a questa proposta, nel primo triennio aumenta l'importo della misura per chi ha maggior bisogno di assistenza (importo medio 700 euro), rimanendo invariata la dimensione dell'utenza. Per i non autosufficienti a domicilio, si introduce il vincolo a utilizzare una parte della Pab in servizi alla persona, rendicontandoli. Per gli utenti dell'indennità di accompagnamento/Pab, si attiva il diritto alla presa in carico unitaria illustrata sopra.

L'accesso alla Pab è determinato esclusivamente secondo il bisogno di assistenza, in base al quale l'utenza è ripartita in due gruppi.

- Gruppo a): l'importo che si può ricevere varia nell'intervallo 500-900 euro mensili; la collocazione dell'utente nell'intervallo è determinata dal suo Isee. Vi rientra un terzo dell'utenza, quello con maggior bisogno assistenziale (430.000 persone circa). L'importo medio è approssimativamente di 700 euro.
- Gruppo b): l'importo è fisso e pari al valore attuale, 450 euro mensili. Vi rientrano due terzi dell'utenza, quelli con minor bisogno assistenziale (870.000 persone circa).

Se l'utente entra in una struttura residenziale, la Pab viene utilizzata per la quota sociale. Se l'utente del gruppo b) rimane a domicilio, si mantengono le regole vigenti nell'indennità di accompagnamento. Se l'utente del gruppo a) rimane a domicilio, almeno una parte della Pab (il 50% dell'importo) deve essere utilizzata in servizi alla persona. Tale parte può essere impiegata per ricevere cura da enti pubblici, gestori privati convenzionati/accreditati, lavoratori individuali accreditati. Non può essere utilizzata per ricevere cura da familiari. Vi è l'obbligo di rendicontare l'utilizzo di questa parte della Pab.

Chi non riceveva l'accompagnamento prima della riforma ottiene la Pab secondo le modalità indicate sopra. Chi già riceveva l'accompagnamento può richiedere una rivalutazione del proprio caso. La rivalutazione ha l'obiettivo di verificare se sussistono le condizioni per entrare nel gruppo a) della Pab e, in ogni caso, di fruire del percorso assistenziale unitario.

Dopo un primo triennio di attuazione, viene ampliato il grado di copertura. Si introduce il gruppo c) di utenti, che comprende persone il cui bisogno assistenziale non è abbastanza elevato da ricevere l'indennità di accompagnamento o la Pab nella versione del primo triennio.

L'accesso rimane determinato esclusivamente dal bisogno di assistenza. Viene ampliato il ricorso all'Isee al fine di definire l'importo erogato. Per gli utenti a domicilio, viene ampliato il vincolo a impiegare la Pab in servizi alla persona, rendicontandoli.

La Pab ha diversi vantaggi, per i quali si rimanda a Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa (2006). Si vuole qui solo evidenziare che elevare l'importo per chi sta peggio e collegarne l'utilizzo alla stesura di un piano individualizzato di assistenza sono misure che danno priorità ai non autosufficienti più deboli come condizioni psico-fisiche e bagaglio informativo/culturale.

Un ulteriore aspetto da considerare riguarda la necessità di maggiori agevolazioni fiscali a favore delle assistenti familiari. In merito si rimanda al contributo di Bosi. Si vuole sottolineare che, laddove la Pab è impiegata per remunerare assistenti familiari, si vuole garantire che ciò avvenga sempre più in modo regolare. Il rafforzamento delle agevolazioni fiscali e quello dell'indennità di accompagnamento/Pab dovrebbero probabilmente convergere verso un'unica strategia per un lavoro privato di cura regolare e di qualità.

1.4 Suddivisione della spesa tra sociale e sanitario

La suddivisione della spesa tra il settore sociale e il settore sanitario genera conseguenze fondamentali in termini di finanza pubblica e condizioni degli utenti, e produce molteplici incentivi sull'organizzazione dei servizi a livello locale. La materia è stata affrontata con i Lea stabiliti nel 2001 (Dpcm 14/2/2001 e 29/11/2001) ed è ora attesa una sua revisione.¹

Il nodo cruciale è la suddivisione della spesa tra sociale e sanitario nelle strutture protette (Rsa e residenze protette). Bisognerebbe rimetterci mano partendo da alcune constatazioni.

Primo, l'attuale suddivisione dei costi produce effetti negativi sulle condizioni economiche di molti utenti e dei loro familiari, poiché la quota sociale comporta una spesa troppo elevata da sostenere (Ragains, 2002).

Secondo, la determinazione delle quote sociali oggi vigente non è basata su alcuna analisi scientifica degli effettivi contenuti delle prestazioni erogate. Esistono pochi studi in proposito, l'opinione consolidata tra gli addetti ai lavori è che il reale costo della componente sociale sia sovente minore di quanto richiesto agli utenti.

Terzo, la determinazione di elevate quote sociali è fonte di conflitto tra servizi sociali e servizi sanitari.

Quarto, i Lea del 2001 sono stati attuati in forma ridotta come numero di Regioni toccate e in modo eterogeneo come profilo dell'applicazione (Pesaresi, 2006). La revisione dei livelli dovrebbe considerare questo aspetto.

Quinto, la revisione dei livelli in materia deve essere coordinata con l'attesa riforma dell'Isee.

TAVOLA 1 La mappa dei livelli essenziali per i non autosufficienti

Porta unica

Presenza in carico

Sviluppo offerta dei servizi

Nuova indennità di accompagnamento

Nuova suddivisione della spesa tra sociale e sanitario

1.5 Tradurre i livelli in pratica

Oggi indicare gli strumenti appropriati per introdurre i livelli non è meno importante che definire i livelli medesimi. Come sottolineano giustamente Bosi (capitolo 3) e Pesaresi (capitolo 5), l'introduzione di adeguati sistemi di monitoraggio e di accompagnamento al territorio è la chiave per incidere nella realtà. I passi principali dovrebbero essere i seguenti.

La riforma dovrebbe fondarsi su un patto tra Stato, Regioni e autonomie locali. Il patto indica la scelta di un rapporto di cooperazione tra i diversi livelli di governo e tra i differenti settori (sanità e sociale), nell'ambito delle rispettive assunzioni di responsabilità. Costituisce il fondamento di un graduale percorso di sviluppo, il cui iniziale orizzonte di riferimento è un triennio.

La riforma è finanziata in misura prevalente attraverso la crescita delle risorse statali dedicate all'assistenza continuativa. Anche le Regioni contribuiscono finanziariamente alla riforma, attraverso meccanismi di cofinanziamento (come nel recente Piano Nidi). In ogni modo, nessun soggetto pubblico (Stato, Regioni, autonomie locali) risponde a questa crescita diminuendo le risorse che attualmente dedica ai non autosufficienti (attraverso linee di finanziamento non coinvolte nella riforma) o ad altri utenti dei servizi sociali e sociosanitari. Lo Stato introduce progressivamente meccanismi incentivanti/sanzionatori di natura economica nei confronti delle Regioni, per sostenere l'attuazione della riforma ed evitarne sviluppi impropri.

I diversi soggetti assumono impegni su base triennale. Al momento iniziale, Stato, Regioni e autonomie locali indicano le rispettive risorse da stanziare e azioni da compiere nelle successive tre annualità. Concluso il periodo si verifica - attraverso il sistema di monitoraggio - ciò che è effettivamente avvenuto.

Lo Stato fornisce a Regioni e autonomie locali assistenza metodologica alla riforma. Mette a loro disposizione suggerimenti e tecniche di programmazione, organizzazione, gestione di servizi e interventi (attraverso formazione, accompagnamento delle diverse fasi del percorso, manuali su come attuare la riforma e così via).

Si attiva un sistema nazionale di monitoraggio dell'assistenza continuativa, dei servizi e degli interventi erogati, della spesa dedicata. Per il

settore sociosanitario, il sistema si appoggia alle realtà esistenti (rilevazione Assr e altre) e in divenire (Progetto Mattoni), per il sociale vengono attivate quelle adatte (Sistema informativo nazionale sociale, ex l. 328/00). Il sistema nazionale di monitoraggio opera in stretto rapporto con i sistemi informativi regionali.

Esiste ormai un ampio consenso tra gli osservatori nel sottolineare la centralità dei meccanismi attuativi e nel ritenere la loro sottovalutazione uno dei principali motivi dei ritardi del welfare italiano.

1.6 Alcune stime di spesa

L'ultimo passo da compiere è chiedersi quanto costi introdurre i livelli per i non autosufficienti. La tavola 2 propone uno sguardo complessivo sui principali lavori di stima della spesa necessaria condotti in anni recenti. L'attenzione si rivolge al presente: ognuno dei lavori menzionati indica quante sarebbero le risorse necessarie a introdurre i livelli essenziali oggi: se si considerasse l'invecchiamento della popolazione atteso in futuro, le cifre aumenterebbero sensibilmente. Le stime riguardano la spesa pubblica annua addizionale necessaria.

Questo sguardo d'insieme suggerisce alcune osservazioni.

TAVOLA 2 Quanto costano i livelli essenziali?		
Fonte	Obiettivi	Risorse aggiuntive per non autosufficienti di ogni età *
Prova	Risposta adeguata all'insieme dei bisogni legati all'assistenza continuativa (componente socio-assistenziale)	8,6-14,5
Sirchia (Ministro Salute 2000-2005)	Forte sviluppo del complessivo sistema di assistenza continuativa (servizi sociali e socio-sanitari)	10
Capp, Cer e Servizi Nuovi	Modello completo di livelli essenziali (sociali e sociosanitari) per l'assistenza continuativa	8
Commissione Lea Residenzialità	(Sviluppo offerta servizi residenziali)	5
Commissione Affari sociali (legislatura 2001-2006) - prima ipotesi	(Introduzione dei livelli essenziali sociali per i non autosufficienti)	4,5
Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa	(Primo triennio di una riforma di sistema che introduca livelli sociali e sociosanitari)	4
Beltrametti	(Introduzione di un fondo per i non autosufficienti sul modello tedesco)	2,7-6,1
Hanau	(Forte riduzione della quota sociale in strutture/ rafforzamento dei servizi domiciliari comunali)	2,6

* miliardi di euro

I bisogni da soddisfare sono ampissimi. Si tratta di una constatazione ovvia per i non autosufficienti, i loro familiari, gli operatori e più in generale chi si occupa del tema. Lo studio Prova traduce tale constatazione in cifre, indicando le risorse necessarie per una piena copertura della spesa diretta sostenuta dalle famiglie (compartecipazione alla spesa dei servizi pubblici e assistenza privata). Prova si basa su ipotesi di impegno pubblico in questo settore che non paiono oggi realistiche, ma fornisce un utile riferimento per cogliere l'effettiva dimensione del problema.

Le stime si possono suddividere in due gruppi, in base ai settori di politiche coinvolti. Un gruppo comprende le stime che toccano livelli riguardanti una parte dell'assistenza ai non autosufficienti. Per i livelli nei servizi e interventi socio-assistenziali, ferme restando le risorse fornite dal Servizio sanitario nazionale, il fabbisogno calcolato si colloca in un intervallo tra i 2 e i 6 miliardi di euro. I riferimenti sono qui le stime della Commissione Affari sociali, di Beltrametti e di Hanau. Per le strutture residenziali, la Commissione Lea ha stimato la spesa pubblica necessaria a costruire livelli adeguati - passando dall'attuale 2,1% di anziani utenti a circa il 5% - intorno ai 5 miliardi di euro.

L'altro gruppo comprende le stime concernenti riforme complessive dell'assistenza continuativa, riguardanti l'insieme dei livelli sociali e socio-sanitari rivolti ai non autosufficienti. Sono quelle di Sirchia e di Capp, Cer e Servizi Nuovi. Facendo riferimento a quest'ultimo studio, il fabbisogno di risorse si colloca tra gli 8 e i 10 miliardi.

Una posizione a parte è occupata dal Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa. Tale Gruppo propone una riforma complessiva dell'assistenza continuativa e concentra l'attenzione sulla definizione di un percorso graduale per portare alla sua introduzione. In questa prospettiva, nel primo triennio di tale percorso la spesa necessaria ammonterebbe a 4 miliardi annui.²

La tabella indica una soglia minima di significatività per eventuali riforme. È lo stanziamento al di sotto del quale uno sforzo riformatore non sembra destinato a produrre un impatto rilevante sul sistema italiano di *long-term care*. La soglia pare collocarsi intorno ai 2,5 miliardi di euro addizionali, per interventi rivolti ai non autosufficienti di ogni età.

2. GLI INTERROGATIVI DEL DIBATTITO

Da tempo è in corso nel nostro Paese un dibattito sull'introduzione dei livelli per i non autosufficienti, di cui la tavola 3 prova a fare il punto. Esiste consenso sulla necessità di incrementare le risorse statali dedicate ai non autosufficienti al fine di arrivare - si spera in un arco di tempo ragionevole - alla definizione di incisivi livelli.

Per quanto riguarda l'effettivo contenuto dei livelli, esiste pieno consenso sull'introduzione di porta unica e presa in carico. Come suddividere i costi tra sanità e sociale e se migliorare l'indennità di accompagnamento sono punti oggi dibattuti e legati a scelte essenzialmente politiche. Esiste pieno

TAVOLA 3 Livelli essenziali non autosufficienti: lo stato del dibattito**Come finanziamo i livelli?**

Più risorse statali dedicate	Consenso
------------------------------	----------

Che cosa sono i livelli?

Porta unica e percorso assistenziale	Consenso
Accompagnamento e suddivisione della spesa	<i>Dibattito politico</i>
Crescita dei servizi	<i>Dibattito tecnico</i>

Come introduciamo i livelli?

Patto per i non autosufficienti	Consenso
Accezione dinamica	Consenso
Modalità attuative	<i>Ridotta attenzione</i>

consenso che la crescita dei servizi sia la direzione da seguire, ma è ampio il dibattito di natura tecnica su quali specifici livelli definire in merito. Per quanto riguarda il percorso di introduzione dei livelli, l'idea di un Patto tra Stato, Regioni e autonomie locali raccoglie sostanziale consenso e lo stesso, mi pare, si può dire per l'accezione dinamica dei livelli illustrata da Bosi (capitolo 3). L'importanza delle modalità attuative con cui cercare di tradurre questi obiettivi in realtà viene invece sottovalutata.

Alla luce dello schema, si possono individuare i principali interrogativi dell'attuale dibattito.

Possiamo permetterci più risorse senza un progetto?

La riforma delle politiche per i non autosufficienti impegna l'Europa da oltre un decennio. Ha iniziato l'Austria nel 1993, seguita dalla Germania nel 1995 e successivamente da molti altri Paesi (Francia, Belgio, ecc.), sino quest'anno alla Spagna. Pur tra notevoli differenze e diverse denominazioni, tutte queste riforme coniugano la netta crescita delle risorse statali dedicate, con l'introduzione di quelli che in Italia si definiscono livelli essenziali.

In tutta Europa, l'introduzione di piani di spesa pluriennale è stata accompagnata dalla definizione dei livelli da inserire e dall'indicazione del percorso da compiere a tal fine. La Spagna, ad esempio, ha iniziato un percorso graduale, di cui ha definito tutti i passi da compiere sino al 2015. L'Italia è sinora l'unico Paese in cui s'incrementano le risorse (Fondo per le non autosufficienze) senza disporre di un siffatto programma. Se, dunque, ci si vuole appaiare all'esperienza europea, è necessario da una parte iniziare a indirizzare le risorse del Fondo oggi disponibili verso un progetto strategico (si veda oltre), dall'altra definire in tempi rapidi un percorso pluriennale di introduzione dei livelli essenziali.

È possibile introdurre i livelli senza migliorare l'accompagnamento?

L'indennità di accompagnamento è unanimemente ritenuta iniqua ed inefficace. Esiste sostanziale consenso in merito alla necessità di riformare gli strumenti per l'accertamento dell'invalidità, di passare dalla somma fissa

a un ammontare graduato su diversi valori e di incrementare l'importo per le persone in condizioni più gravi. Gli osservatori concordano pure sulla necessità di prevedere la presa in carico e il Pai anche per gli utenti dell'accompagnamento, e di verificare almeno parzialmente l'impiego della misura.

I motivi per migliorare la misura, dunque, non mancano. Preme qui sottolineare che migliorare l'accompagnamento significa aiutare le persone più deboli. Lo mostra la proposta di riforma illustrata sopra: incrementare l'importo per chi sta peggio, assicurare quella presa in carico che è tanto più importante quanto meno una persona dispone di risorse conoscitive e culturali.

L'altro aspetto da considerare è che l'indennità di accompagnamento è l'unica misura dell'assistenza ai non autosufficienti di natura statale. È l'unica misura, dunque, di cui è possibile definire il profilo con certezza dal centro. Lo Stato può muovere poche leve per realizzare una riforma nazionale e l'accompagnamento è certamente tra queste. Peraltro tutte le riforme europee si sono basate su una misura simile, direttamente finanziata dal centro e di cui il centro definisce le caratteristiche. L'hanno utilizzata come leva per stimolare lo sviluppo dell'assistenza continuativa nel territorio, privilegiando soldi o servizi a seconda delle preferenze.

Come concretizzare i livelli dei servizi?

Su questo punto si rimanda a quanto detto sopra (par. 1.2) e agli altri contributi del presente volume. I nodi sono quali indicatori di quantità, se introdurre anche indicatori di qualità e come collocare il percorso di crescita dei servizi nell'eterogeneità territoriale del nostro Paese.

Come riuscire a tradurre le indicazioni del centro nella pratica del territorio?

Questo è un punto cruciale, su cui il passato non lascia una buona eredità. Gli osservatori sottolineano le forti difficoltà incontrate dallo Stato nei precedenti tentativi di sviluppare i servizi e di definire alcune regole comuni a tutto il Paese. Si pensi alla precedente riforma nazionale degli asili nido (l. 1044/71), alla riforma delle strutture residenziali per anziani (Finanziaria 1988 e Dpcm 22/11/1989) e la definizione dei livelli essenziali per i servizi socio-sanitari (Dpcm 29/11/2001). Risultati simili si sono prodotti in sanità, settore pure più forte e sviluppato, sia rispetto alla programmazione nazionale, sia rispetto ai livelli essenziali.

Oggi la maggior parte degli osservatori sollevano forti dubbi sulla capacità dell'amministrazione centrale di governare riforme simili, argomento ripreso oltre. Così si è espresso un autorevole economista sanitario rispetto alla definizione dei livelli sanitari: "sembra sia considerato sufficiente proporre una batteria di indicatori, apparentemente prestando poca attenzione alla fattibilità di costruire, applicare e interpretare questo sistema di monitoraggio. Inoltre, non è stato fatto nessun tentativo sistematico di identificare i fattori che potrebbero ostacolare l'applicazione dei Lea. Una costante nell'applicazione delle politiche è stata la tendenza a sopravva-

lutare la capacità del ministero della Salute (già ministero della Sanità) di controllare le Regioni e di prendere iniziative in caso di inadempienza. Un'altra costante è stata di ignorare il fatto che il processo di attuazione di una politica non è mai a costo zero" (France, 2003: 279).

3. UN PERCORSO GRADUALE

Il Fondo per le non autosufficienze

Disponiamo oggi di uno strumento per accompagnare il graduale passaggio del sistema dalla realtà attuale all'auspicabile situazione con i livelli a regime. Questo strumento consiste nel Fondo per le non autosufficienze. Il Fondo prevede 100 milioni per il 2007, 300 nel 2008 e 400 l'anno successivo. Il decreto di riparto dei Fondi 2007 ha indicato la prima finalizzazione delle risorse del Fondo: porta unica di accesso, presa in carico e sviluppo dei servizi domiciliari. Queste finalizzazioni sono indicate come le prime aree di intervento su cui interverrà la definizione dei livelli essenziali. Il decreto afferma altresì che sarà introdotto un sistema di monitoraggio.

Questo Fondo è ben congegnato come strumento per la transizione, perché indica obiettivi da tutti condivisi, punta sul monitoraggio e stanziava un ammontare di risorse non indifferente per svolgere la funzione di "ponte" verso il nuovo.

Come sfruttare il 2008?

Il primo passo consiste nella costruzione di un sistema di monitoraggio adeguato, raccordando i sistemi informativi regionali con lo Stato e costruendo a livello centrale un'adeguata cabina di regia. Mi pare vi sia consenso sulla necessità di procedere in questa direzione.

Penso sarebbe utile sfruttare il 2008 anche per iniziare l'effettivo percorso di costruzione dei livelli essenziali. Ciò potrebbe significare:

- a) ribadire la finalizzazione ai tre impieghi dichiarati, verificando che le risorse vadano ad essi e che non vi siano effetti di sostituzione (riduzioni di Fondi regionali o altro); l'obiettivo è far sì che le risorse raggiungano le destinazioni indicate e che il sistema inizi a crescere;
- b) per uno dei tre impieghi definire qualche indicatore da rispettare nel 2008; si tratterebbe del primo livello essenziale per i non autosufficienti, ovviamente da graduare in base ai differenti punti di partenza; si potrebbe scegliere la presa in carico, il cui rilievo è noto e per cui non pare difficile trovare indicatori condivisibili (ad esempio, una valutazione integrata per tutti coloro i quali si rivolgono ai servizi); l'obiettivo è iniziare, seppur brevemente, a definire un livello essenziale e monitorarlo;
- c) fornire gli indicatori di un ulteriore livello da rispettare nel 2009. Potrebbe essere la porta unica di accesso, che richiede tempo per essere attivata; fornendo subito le indicazioni in materia, le Regioni avrebbero il tempo necessario ad essere pronte nel 2009; l'obiettivo è iniziare il percorso di costruzione dei livelli.³

La riflessione sui livelli per la non autosufficienza ha assoluto bisogno di un punto concreto su cui iniziare a provare nella pratica ad attuarli. Ciò consentirebbe di cominciare ad adottare un approccio strategico, evitando che l'incremento di risorse dal centro si risolva inizialmente in una distribuzione alle Regioni senza progettualità; non dimentichiamo la peculiarità di un Paese che introduce una nuova linea di finanziamento senza aver introdotto la riforma che dovrebbe essere finanziata con essa (si veda oltre). Nondimeno, il nuovo ruolo regolativo e di monitoraggio del centro si potrà sviluppare solo imparando dall'esperienza.

4. IL DISEGNO DI LEGGE DELEGA GOVERNATIVO

Lo scorso 16 novembre, il Governo ha presentato il proprio disegno di legge delega di riforma dell'assistenza alle persone non autosufficienti ("Delega al Governo in materia di protezione e cura sociale delle persone non autosufficienti") (Tangorra, 2007). Non è facile esaminare la delega, poiché l'Esecutivo ha reso noto un testo ampio e complesso senza accompagnarlo con alcun documento esplicativo: anche gli addetti ai lavori incontrano difficoltà a comprenderlo. Non è stato preparato un documento che illustri il significato operativo delle indicazioni contenute, spieghi come si potrebbero concretizzare nelle Regioni e nei Comuni, discuta i percorsi attuativi, presenti ipotesi sulle dimensioni dell'utenza coinvolta e sulle risorse economiche necessarie. Elaborati di questa natura sono da tempo realizzati in occasione di riforme negli altri Paesi europei - i cosiddetti *white paper*, libri bianchi; la recente riforma spagnola, ad esempio, è stata preceduta da un dettagliato *Libro blanco de la dependencia* - e sempre più anche nelle Regioni italiane.

La delega promuove opportunamente un forte sviluppo dei servizi, attraverso la definizione dei livelli essenziali. Il disegno pensato per raggiungere questo risultato, tuttavia, pare di dubbia efficacia. Si prevede una declinazione dei livelli assai ampia e dettagliata da parte del Governo, con un esteso ruolo dello Stato nella definizione degli interventi da offrire, del loro profilo, degli aspetti qualitativi e di quelli quantitativi. Questa ipotesi di livelli si fonda sull'assunto che lo Stato possa fornire indicazioni assai precise sui servizi da garantire nell'intero territorio nazionale e sulle loro caratteristiche, e che riesca poi ad assicurarne l'attuazione. Alla base vi è una grande fiducia nella capacità programmatica dello Stato in materia di servizi alla persona. Tale fiducia si scontra con alcuni dati di realtà: le difficoltà incontrate da tutti i precedenti interventi statali tesi a sviluppare i servizi e a stabilire alcune regole valide per l'intero Paese,⁴ l'ampia autonomia di cui dispongono oggi le Regioni e la loro resistenza ad accettare indicazioni statali di dettaglio, la necessità di tenere conto della notevole eterogeneità dei modelli di intervento oggi esistenti nelle diverse Regioni.

Puntare sul binomio "livelli essenziali numerosi e dettagliati + grande fiducia nella programmazione nazionale" sembra rischioso, l'auspicato ruolo dello Stato nello sviluppare i servizi e nel definire alcune regole di base

si potrebbe meglio concretizzare seguendo un'altra strada. Bisognerebbe capire quali sono i pochi obiettivi chiave di una politica nazionale per i servizi e concentrare gli sforzi sulla loro attuazione. Altrimenti si rischia di ripetere la negativa abitudine del legislatore italiano di stilare norme con un gran numero di obiettivi - tutti molto ambiziosi e dettagliati - destinati a rimanere perlopiù inapplicati.

La delega non contiene la riforma dell'indennità di accompagnamento, la quale coniuga grande diffusione e incapacità di aiutare le persone più deboli. È, invece, matura nel dibattito la consapevolezza della necessità di dedicare maggiori risorse all'accompagnamento e di migliorarne il profilo. Inoltre, pare complicato parlare di riforma nazionale senza considerare una misura che assorbe oltre il 40% della spesa pubblica per i non autosufficienti (Ragioneria generale dello Stato, 2006) e costituisce l'unico intervento loro rivolto di responsabilità diretta del livello statale. Bisognerebbe compiere una riforma per introdurre la Pab illustrata sopra.

La delega non prevede di rafforzare il sostegno economico a chi impiega le assistenti familiari, dunque nessun innalzamento delle esigue detrazioni e deduzioni oggi esistenti. Nel dibattito c'è, invece, ampio consenso in merito alla necessità dell'innalzamento, sia per il peso che i costi dell'assistenza privata hanno sui bilanci familiari, sia come parte di una più ampia strategia di promozione dell'impiego delle assistenti familiari in forma regolare (Pasquinelli, 2008). L'incremento delle agevolazioni fiscali dovrebbe essere accompagnato dalla maggiore diffusione degli interventi formativi - al fine di assicurare la qualità dell'assistenza fornita - e dalla possibilità per le famiglie con assistenti familiari di ricevere informazioni, consulenza, orientamento. Come per l'indennità di accompagnamento, si tratta anche qui di creare continuità tra sostegni economici e servizi, affinché cessino di costituire due realtà separate, ma diventino parti diverse di una stessa rete locale di welfare, con un forte ruolo pubblico di governo e informazione.

La delega comprende la revisione delle modalità di accertamento e di valutazione della condizione di non autosufficienza. Si vuole definire la non autosufficienza, articolarla in diversi livelli di gravità e accertarla attraverso strumenti di valutazione multidimensionale uniformi su tutto il territorio nazionale. Esiste unanimità nel dibattito in merito alla necessità di riconsiderare il nodo di accertamento e valutazione nel suo insieme, così come sulle difficoltà insite in tale operazione (Trabucchi, 2007). Fornite queste indicazioni di fondo, la delega lascia uno scenario aperto a diverse possibilità.

Si prevede il ricorso all'Isee e si afferma che, una volta a regime la riforma, nella sua determinazione si considererà la condizione economica della sola persona assistita. S'intende così tutelare le famiglie più vulnerabili economicamente ed evitare che la non autosufficienza diventi causa di povertà. È dubbio, però, che la scelta dell'Isee individuale costituisca la strada migliore per raggiungere questi fondamentali obiettivi. Si avvantaggiano, infatti, i nuclei più benestanti, che vedranno il proprio componente

TAVOLA 4 Il Disegno di legge delega sull'assistenza ai non autosufficienti

È il disegno di legge delega “Delega al Governo in materia di protezione e cura sociale delle persone non autosufficienti”, presentato dal Governo Prodi il 16 novembre scorso.

Si prevede di definire la condizione di non autosufficienza e di articolarla in diversi livelli di gravità. Si indica l'introduzione di strumenti di valutazione multidimensionale uniformi su tutto il territorio nazionale e ispirati ai principi della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (Icf), con cui effettuare l'accertamento della condizione di non autosufficienza. L'accertamento è effettuato da Unità di valutazione multidisciplinari, con la partecipazione di Mmg, personale infermieristico e riabilitativo, figure professionali sociali dei Comuni.

La definizione dei livelli essenziali dei servizi da garantire alle persone non autosufficienti comprende: la previsione o il rafforzamento dei punti unici di accesso, la definizione delle modalità di presa in carico attraverso il piano personalizzato, la formulazione di elenchi di prestazioni sociali e sociosanitarie (domiciliari, residenziali, semi-residenziali) da assicurare in tutto il Paese, l'indicazione della suddivisione della spesa tra sociale e sociosanitario per ogni tipologia di prestazione individuata, la definizione di standard quantitativi, la definizione di standard qualitativi, il recepimento di questi standard nei criteri di autorizzazione e accreditamento.

In materia di compartecipazione alla spesa, si prevede l'utilizzo dell'Isee. Una volta giunti alla piena attuazione dei livelli essenziali, si prevede la revisione delle modalità di calcolo dell'Isee, così da considerare le condizioni economiche solo della persona assistita. Nella fase di graduale raggiungimento dei livelli, ed esclusivamente per le prestazioni residenziali non rivolte a persone in condizioni di non autosufficienza particolarmente grave, si considerano anche le condizioni economiche del coniuge e dei soli parenti in linea retta di primo grado.

Si prevede una progressione graduale nel raggiungimento dei livelli essenziali. Vi sono forme di accompagnamento, supporto e partenariato da parte dello Stato in relazione alle specifiche situazioni regionali. Si prevede il recupero delle risorse statali stanziare con la riforma, se non sono utilizzate dalle Regioni o se il loro arrivo è accompagnato da una riduzione delle risorse proprie regionali per la non autosufficienza.

Si prevede la definizione di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi sociali e sociosanitari per i non autosufficienti, attraverso la predisposizione di un apposito sistema informativo e la sua integrazione con i sistemi informativi esistenti (Isee, sanità, sociale). Si prevede l'individuazione di modalità di valutazione dell'attuazione della presente legge.

pagare una retta per la struttura uguale a chi appartiene a famiglie con minori possibilità. S'incrementa la spesa dei Comuni da dedicare alle rette nelle strutture e si tolgono così risorse utilizzabili per altri servizi sociali che potrebbero toccare persone in forte disagio; per garantire l'Isee individuale anche a famiglie benestanti, dunque, si riducono gli interventi rivolti a chi sta peggio. Si crea, inoltre, un incentivo economico all'istituzionalizzazione dell'anziano: per le famiglie il ricovero in struttura diventa più conveniente rispetto alla spesa per l'assistente familiare a domicilio.⁵

L'Isee individuale pare in teoria una misura a favore dei più deboli, ma la sua concreta diffusione avrebbe conseguenze di altra natura. Bisognerebbe trovare strade differenti per evitare l'utilizzo indiscriminato dell'Isee familiare e per tutelare i nuclei più vulnerabili. Ci vorrebbero indicazioni nazionali che trovino un punto di equilibrio tra la protezione di chi è meno forte economicamente e il ricorso alla solidarietà intrafamiliare. Indicazioni costruite sul dato di realtà e capaci di differenziare tra tipologie di utenti (anziani/disabili) così come di interventi (domiciliare/residenziale).

TAVOLA 5 I punti della Delega non autosufficienti

Chiarezza	Il testo è di difficile comprensione e manca un documento esplicativo
Interventi	Livelli essenziali dei servizi troppo ampi e dettagliati Non si accresce e migliora l'indennità di accompagnamento Non si rafforza il sostegno alla spesa per le assistenti familiari Revisione di accertamento e valutazione della non autosufficienza Previsione dell'Isee individuale da riconsiderare
Stanzamenti	Non rilevanti rispetto alla dimensione del fenomeno Si attiva una nuova linea di finanziamento senza avere prima definito la riforma
Monitoraggio	Ben disegnato: informazioni, valutazioni, sanzioni e affiancamento
Significato	La non autosufficienza non figura tra le priorità dell'élite politica Necessario maggiore dibattito concreto e propositivo sulla riforma

Il sistema di monitoraggio delineato è di indubbio rilievo. Poggia sulla costruzione di un sistema informativo per la non autosufficienza da integrare con quelli esistenti, indicazione coerente con la necessità di mettere in rete e valorizzare il crescente insieme di dati disponibili a livello nazionale. Verifica che le risorse stanziate siano effettivamente utilizzate per la non autosufficienza e sanziona eventuali opportunismi da parte delle Regioni. Si vuole evitare il fenomeno successivo all'approvazione della l. 328/00, che vide diverse Regioni accompagnare la crescita del Fondo nazionale Politiche sociali con la diminuzione dei propri Fondi. Prevede modalità di "valutazione della progettazione e dell'attuazione" della riforma: l'idea consiste nel coniugare la verifica sull'utilizzo delle risorse con la verifica di qualità e risultati. Quest'ultima è una prerogativa regionale/locale, ma alcune forme di azione, stimolo, coordinamento dal centro potrebbero essere utili. Al monitoraggio della riforma si legano meccanismi di accompagnamento, supporto e partenariato alle Regioni. Si tratta di un'indicazione condivisibile nella duplice accezione di scambio di esperienze e confronto tra tutte le Regioni, e di intervento diretto di sostegno e stimolo a quelle in difficoltà.

Il Disegno di legge delega sull'Assistenza ai non autosufficienti lascia in eredità molto lavoro da fare. Pare necessario affrontare in modo diverso varie tematiche, come lo sviluppo dei servizi, i sostegni economici e l'Isee. Più in generale, il testo rivela la necessità di approfondire il dibattito sulla riforma nazionale, di confrontarsi maggiormente sulle proposte e sui percorsi attuativi. Sul piano politico, nondimeno, la distanza tra le risorse stanziate e quelle necessarie mostra che nessun soggetto ha sinora individuato nella non autosufficienza uno dei bisogni sociali cui rispondere per costruire un'Italia migliore, un tema per cui spendere il proprio potere.

Bibliografia

- Beltrametti, L., 2006, *I costi di un fondo per la non autosufficienza in Italia: alcune simulazioni*, in Gori, C (a cura di), "La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti", Bologna, Il Mulino, pp.109-130.
CAPP, CER, Servizi Nuovi (a cura di), 2004, *I diritti di cittadinanza delle persone non autosufficienti*.

Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni

Un contributo per la definizione dei livelli essenziali dei servizi per gli anziani non autosufficienti (Lesna), Roma: Edizioni Libreretà.

Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, 2007, *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Roma, Ministero della Salute.

France, G. 2003, *Devoluzione politica e standard sanitari nazionali*, in Falcitelli, N., Trabucchi, M. e Vanara, F. (a cura di), "Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomi – Rapporto Sanità 2003 Fondazione Smith-Kline", Il Mulino, Bologna, pp. 265-287.

Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa, 2006, *Riformare l'assistenza continuativa in Italia*, in Gori, C (a cura di), "La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti", Bologna, Il Mulino, pp.109-130.

Hanau, C, 2002, *Sul "fondo per la non autosufficienza"*, in "Appunti sulle politiche sociali", 6, pp 16-19.

Istat, 2007, *Interventi e servizi sociali dei comuni*, Roma.

Montemurro, F, 2007, Il welfare dei comuni "abbandona" il Sud, in *Il Sole 24 Ore* (29 gennaio 2007).

Pasquinelli, S., 2008, Lavoro di cura: oltre il fai da te, in "Prospettive sociali e sanitarie", 1, pp. 1-2.

Pesaresi, F, 2006, La suddivisione dei costi tra servizi sociali e servizi sanitari, in in Gori, C (a cura di), "La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti", Bologna, Il Mulino, pp. 317-345.

Ragaini, F, 2002, Dalla riforma ter ai livelli essenziali di assistenza, in "Appunti sulle politiche sociali", 3, pp. 2-5.

Ragioneria Generale dello Stato, 2006, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Roma, Ragioneria Generale dello Stato.

Romanato et alii, 2005, *Una valutazione dei costi della disabilità nell'anziano a partire dallo Studio Pro.VA (Progetto Veneto Anziani)*, in "Giornale di Gerontologia", 6, pp. 633-645.

Tangorra, R, 2007, *Una legge nazionale in favore delle persone non autosufficienti*, in "Servizi Sociali Oggi", 6, pp. 11-14.

Trabucchi, M, 2007, *I livelli essenziali di assistenza: indicazioni per l'uso*, in "I Luoghi della Cura", 4, pp 5-6.

Note

¹ Al momento di consegnare questo scritto i nuovi lea sociosanitari paiono vicini alla loro approvazione.

² In bibliografia si trovano i riferimenti ai diversi studi richiamati in questo paragrafo.

³ Devo alcune riflessioni su come sfruttare il 2008 a Franco Pesaresi, che ringrazio.

⁴ Tra i principali vi sono la riforma degli asili nido (legge 1044/71), la riforma delle strutture residenziali per anziani (Finanziaria 1988 e Dpcm 22/11/1989), la legge quadro dei servizi sociali (328/2000) e la definizione dei livelli essenziali per i servizi sociosanitari (Dpcm 29/11/2001).

⁵ In tema di Isee ho beneficiato di alcune riflessioni di Franco Pesaresi, che ringrazio. La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente mia.

Quali livelli essenziali nelle politiche di contrasto alla povertà

Emanuele Ranci Ortigosa *

Irs, Milano

1. POVERTÀ E POLITICHE DI CONTRASTO IN ITALIA E IN EUROPA

L'Italia è un Paese con un grave problema di povertà, costante negli anni. I dati Istat indicano che, nel 2006, 7.537.000 residenti, il 12,9% dell'intera popolazione, viveva in condizioni di povertà relativa, cioè, nel caso di una famiglia di due persone, con meno di 970,34 euro al mese.

Le politiche nazionali di contrasto alla povertà in atto sono datate, non universalistiche, basate su criteri di selezione tali da lasciare un'ampia fascia di persone e famiglie povere senza la possibilità di contare su alcun sostegno economico. Anche gli sgravi fiscali non beneficiano in alcun modo gli incapienti. Solo di recente è stata prevista un'erogazione *una tantum* a favore di questi ultimi, di 150 euro *pro capite* fino a un massimo di 600 euro a famiglia, ma la configurazione del beneficio ne evidenzia tutta l'ocasionalità. Intervengono a favore di chi si trova in condizione di povertà ed emarginazione gli enti locali, ma con consistenza, estensione e tipi di intervento molto differenziati e discrezionali, che non offrono quindi alcuna garanzia a chi si trova nelle condizioni in esame.

La scarsa focalizzazione delle politiche nazionali sul contrasto alla povertà trova riscontro anche nei dati. Le misure assistenziali di integrazione del reddito assorbono infatti la metà della spesa socioassistenziale (19.341 milioni di euro su un totale di 38.916). Se però andiamo a leggere le statistiche europee, possiamo constatare che esse non classificano tali misure e le relative spese nella voce che ingloba le azioni di contrasto alla povertà (*housing and social exclusion*), per la ragione che queste misure non hanno carattere universalistico, non sono destinate a chiunque sia in condizioni di povertà, e vengono quindi classificate sotto altre politiche, anziani ad esempio. Così nella voce *housing and social exclusion* per l'Italia troviamo una spesa pari a solo un quindicesimo della spesa sopra indicata: lo 0,1 % del Pil, contro una media dei 25 Paesi UE dello 0,9%; 11,5 euro *pro capite* contro i 109,3 della Francia, i 116,9 della Germania e i ben 354,9 dell'Olanda.¹

Va inoltre detto che buona parte delle erogazioni per integrazione del reddito non va alle famiglie in condizioni economiche più svantaggiate. Ai tre decili di famiglie più povere va poco più del 50% del complesso delle erogazioni monetarie, mentre il resto si distribuisce fra le famiglie a reddito medio o alto.

Al di là delle classificazioni, la scarsissima efficacia nel contrasto alla povertà delle nostre misure è evidenziata dai loro esiti. Il complesso dei nostri trasferimenti di protezione sociale (pensioni comprese) abbatte del 56% la popolazione a rischio di povertà, contro una media dei 25 Paesi UE di quasi il 63%. E se consideriamo l'efficacia dei soli trasferimenti assistenziali, escludendo le pensioni, vediamo che in Italia essi abbattano la popolazione a rischio di povertà del 20%, contro una media dei 25 Paesi UE prossima al 40%. I migliori risultati sono ottenuti proprio nei Paesi dove ci sono misure di contrasto alla povertà di reddito minimo garantito, misure che quasi tutti i Paesi europei hanno da tempo introdotto, con configurazioni che variano in coerenza con i sistemi generali di welfare.

2. LA SPERIMENTAZIONE E L'ABBANDONO DEL RMI IN ITALIA

Il nostro Paese non ha una misura nazionale di questo tipo. Ne ha effettuato una parziale sperimentazione negli anni dal 1999 al 2004, in due fasi, la prima in 39 Comuni, la seconda in 306 Comuni, coinvolgendo complessivamente l'8,6 % della popolazione italiana. Hanno beneficiato del Rmi nelle due fasi rispettivamente 25.000 e 41.000 nuclei familiari, e 37.000 e 28.000 sono state le persone coinvolte in programmi di inserimento.²

La sperimentazione si è svolta in condizioni difficili: la localizzazione al Sud e la piccola dimensione di gran parte dei Comuni, chiamati a fronteggiare un problema fortemente presente con scarse risorse organizzative e del territorio; il mancato coinvolgimento di Regioni e Province; lo scarso supporto formativo e informativo; la carenza di prospettive pluriennali. Ciononostante, la sperimentazione ha frequentemente stimolato localmente una riprogrammazione delle politiche dei servizi, una riqualificazione del rapporto con l'utenza, da benefico/clientelare a "tecnico", basato sulla verifica e declinazione di un diritto, con responsabilizzazione dell'utenza. Naturalmente, dati i contesti di attuazione, spesso particolarmente problematici, carenze, disfunzioni, favoritismi ci sono stati, ma la sperimentazione nel suo complesso è risultata incoraggiante rispetto alla validità della misura, fornendo preziose indicazioni sulle modalità per la sua introduzione e implementazione.

Mentre era in corso la sperimentazione, veniva approvata la legge quadro 328/00, che introduce il Rmi, ma si limita a prevederne la generalizzazione con nuovo atto normativo, nell'ambito di una generale revisione degli strumenti di sostegno al reddito. Nel 2001 le elezioni politiche esprimono una diversa maggioranza parlamentare e il nuovo Governo effettua una lettura critica del Rmi e ne sancisce il sostanziale abbandono (*Patto per l'Italia*, 2002; *Libro bianco sul Welfare*, 2003). Viene annunciata ma mai declinata misura sostitutiva rispetto al Rmi, il Reddito di ultima istanza.

In questi anni, in forza delle competenze ad esse riconosciute dalla riforma del titolo V della Costituzione, alcune Regioni prevedono nelle loro leggi l'introduzione del Rmi, o di misure a questo vicine. Così Emilia Romagna, Puglia, Piemonte, Campania, Basilicata, Toscana, Friuli Venezia Giulia.

Solo alcune di queste, Campania, Basilicata e Friuli Venezia Giulia, hanno attivato o stanno attivando misure di questo tipo.

La maggioranza uscita vincente dalle elezioni del 2006 prevede nel suo programma anche l'introduzione del Rmi. Né la finanziaria per il 2007, né quella per il 2008 tuttavia sanciscono tale introduzione.

3. LA PROPOSTA DELLA COMMISSIONE ONOFRI

Dieci anni fa la Commissione Onofri notava nel suo Rapporto "l'assenza in Italia di uno schema di reddito minimo per chi è totalmente sprovvisto di mezzi", mentre tutti i Paesi europei sviluppati dispongono di questo tipo di schemi e servizi. Conseguentemente, la Relazione finale della Commissione (28 febbraio 1997) prevede il passaggio dai vari sussidi a un vero e proprio diritto soggettivo di cittadinanza, tutelato e disciplinato dalla legge, definito su criteri universalistici e standardizzati, sottratto alla discrezionalità dell'amministrazione erogante, immune dall'aleatorietà delle risorse di bilancio, affiancato da articolate misure di accompagnamento volte a reintegrare i beneficiari nel tessuto sociale ed economico circostante. Tale misura deve costituire una rete di protezione cui qualsiasi cittadino in condizioni di indigenza per ragioni non dipendenti dalla propria volontà, indipendentemente dal genere, dalla classe sociale, dalla professione, possa accedere per trovare un sostegno economico e l'offerta di opportunità e servizi per uscire dallo stato di bisogno. Essa è indirizzata alle fasce più deboli della popolazione; reintegra solo parzialmente la distanza fra le risorse del soggetto e la soglia di povertà, per attenuare la trappola della povertà; i destinatari sono gli individui maggiorenni il cui benessere è valutato in base alle risorse del nucleo familiare in cui sono inseriti, tenendo conto della composizione della famiglia e delle caratteristiche dei componenti; mira al reinserimento nel mondo del lavoro dei beneficiari, responsabilizzandoli alla ricerca attiva di un'occupazione, alla partecipazione a lavori socialmente utili e a programmi di formazione; è integrato con le politiche assistenziali locali e con le politiche attive del lavoro.

L'introduzione di questo istituto comporta, per la Commissione Onofri, l'abolizione degli assegni familiari, dell'assegno per il nucleo familiare, della pensione e dell'assegno sociale. Al suo finanziamento andranno gradualmente destinate le risorse rese disponibili dall'interruzione dei residui istituti di redistribuzione del reddito: integrazione al minimo, pensioni di guerra e, in genere, pensioni di indennità per invalidità.

4. LA CONFIGURAZIONE DEL RMI

La configurazione della misura e le ragioni per introdurla indicate dalla Commissione Onofri mantengono validità e attualità. Gli elementi che caratterizzano il Rmi e che ne fanno la politica e la misura che appare di maggior efficacia nel combattere la povertà stanno nel suo carattere universalistico ed equitativo; nel superamento di logiche discrezionali per la definizione di diritti di individui e famiglie; nella selettività sul solo criterio

dell'entità del bisogno; nel superamento di approcci assistenzialistici e passivizzanti, grazie alla combinazione fra l'erogazione economica integrativa del reddito, che garantisce al nucleo familiare condizioni di sostentamento (politica passiva), e l'iniziativa di inserimento sociale, che responsabilizza e stimola il soggetto in carico (politica attiva). Come ha evidenziato l'analisi comparativa fra i Paesi europei, proprio la presenza di misure specifiche come il Rmi rappresenta un discrimine tra Paesi con maggiore e Paesi con minore efficacia nell'abbattere con interventi sociali la povertà. L'introduzione pur graduale del Rmi richiede quindi di procedere contestualmente a un'effettiva riforma del sistema vigente, che trasferisca a Regioni e Comuni le funzioni e le misure ancora centralizzate e le relative risorse, e che definisca progressivamente i livelli essenziali delle prestazioni, sia in termini di diritti delle persone e delle famiglie, sia in termini di presenza di servizi e prestazioni sui territori, in una certa quantità e con certa qualità.

Il Rmi così configurato non è misura di facile introduzione, e sollecita la scelta di una nuova politica sociale, tendente ad affidare al sistema dei servizi territoriali una sempre maggior responsabilità nella progettazione, gestione ed erogazione degli interventi, sia monetari sia di servizi. Una scelta generale, che deve quindi riproporsi anche per altre misure quali gli interventi per famiglia e minori e per non autosufficienti, per citare altri campi che richiedono politiche nuove.

Lo sviluppo dei sistemi territoriali di servizi, sulla traccia della l. 328/00, deve assicurare una diffusa presenza sul territorio di punti professionali di ascolto, orientamento e sostegno, in grado di gestire rapporti, valutare le situazioni, costruire e gestire progetti di intervento appropriati e personalizzati per gli individui, le famiglie, i gruppi sociali, potendo contare per la loro attuazione su una rete articolata e diversificata di servizi e interventi, e di una rete di relazioni con interlocutori pubblici e privati di varia natura, missione, competenza.

La sperimentazione del Rmi ha evidenziato che, per assolvere alle funzioni e alle responsabilità ad esso affidate, il sistema dei servizi territoriali necessita di sviluppo adeguato, integrazione, qualificazione, sul piano organizzativo e professionale. Su questo terreno si registrano gravi e diffusi ritardi, soprattutto ma non solo del Mezzogiorno, che generano disegualianza, e che vanno affrontati con specifiche iniziative programmatiche e finanziarie, concordate fra Governo e Regioni, e verificate nei loro esiti.

Soprattutto per la sua dimensione di inserimento e promozione sociale, il Rmi non può essere gestito a livello di piccoli o medio-piccoli Comuni, privi delle competenze professionali e della rete territoriale necessaria. Va gestito a livello di ambiti distrettuali, impegnando le Regioni a un forte accompagnamento, diretto o tramite le Province.

Lo sviluppo della rete dei servizi è essenziale anche per valorizzare la riqualificazione dei rapporti fra amministrazione e cittadini che l'esperienza del Rmi ha evidenziato, in termini di tendenziale superamento di un rapporto paternalistico se non clientelare, fra questuante ed elargitore,

e di proposizione di un rapporto più corretto di verifica dell'esistenza dei requisiti relativi a un diritto, di successiva analisi della condizione familiare e negoziazione di possibili misure di inserimento, su cui stipulare reciproci impegni. Maggior trasparenza e dignità, quindi, sia per il richiedente sia per l'operatore, e promozione di una cultura di cittadinanza anche in realtà che ne fossero molto lontane.

È impossibile, anche per vincoli economici, ma non solo per questi, costruire istituti e prospettive quali quelli indicati, senza rimettere profondamente in discussione e riformare l'attuale sistema di assistenza e le sue consolidate erogazioni monetarie, aventi specifiche finalità di integrazione del reddito, per ridefinirne le finalità, i soggetti interessati, i criteri di erogazione, e per riproporzionare le risorse da esse assorbite e quelle destinate allo sviluppo dei servizi. Il Rapporto Onofri assumeva come obiettivo che si destinasse ai servizi "oltre un terzo della spesa complessiva".

5. DIRITTI SOCIALI E LIVELLI ESSENZIALI

Il diritto sociale da affermare con una politica e servizi di contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale, e da garantire con i livelli essenziali, consiste allora nel disporre di:

- risorse economiche adeguate al mantenimento;
- opportunità per l'inserimento sociale.

Dei due contenuti indicati, il primo ha un carattere più assistenziale, il secondo più promozionale, per una possibile fuoriuscita dalla condizione di povertà ed emarginazione, e l'acquisizione di crescente autonomia. Titolari del diritto sono le persone, appartenenti a una famiglia, considerate come un'unità socioeconomica solidale.

La famiglia qui considerata è quella anagrafica.

Titolari del diritto ad avere un sostegno economico e un sostegno per l'inserimento sociale sono le famiglie il cui reddito equivalente risulti inferiore a una determinata soglia, ritenuta appunto essenziale per il mantenimento, non solo strettamente materiale (casa, cibo, vestiti), dei suoi componenti.

6. I LIVELLI ESSENZIALI SULLE EROGAZIONI MONETARIE

Un primo livello essenziale consiste quindi nel diritto esigibile, di ogni famiglia che non disponga di un reddito superiore alla soglia assunta dalla norma, a ottenere un'erogazione monetaria che integri il proprio reddito fino al raggiungimento di quella soglia.

Con il Rmi già l'integrazione del reddito risulterebbe riqualificata rispetto alle attuali erogazioni monetarie. È infatti una misura universalistica e non categoriale, selettiva sul bisogno, ossia sulla carenza di risorse economiche di cui la famiglia dispone. Tali risorse vengono integrate fino a soglie di sostentamento, che devono tener conto non solo del numero di componenti della famiglia, ma anche delle loro specifiche caratteristiche, che possono comportare necessità economiche ulteriori per ragioni di età, condizione di salute, bisogni di assistenza, presenza di uno o più adulti abili o meno al lavoro.

Lo strumento per costruire l'indicatore di reddito equivalente è l'Isee. Adottare un criterio generale di valutazione della situazione economica di una famiglia rappresenta, di per sé, un'importante riforma rispetto all'attuale situazione, dove ogni erogazione economica (assegno e pensioni sociali, integrazione al minimo, assegni familiari, oltre alle misure regionali e locali) assume criteri di selezione sul reddito assai diversi tra loro, per di più a volte considerando il reddito individuale, a volte quello familiare, con un esito evidentemente contraddittorio e di scarsa equità.

Al di là delle indubbie positività di un ampliamento del campo di applicazione dell'Isee, occorre tuttavia considerare alcune rigidità dello strumento. Sono noti a tutti gli aspetti critici dell'indicatore evidenziati dalla letteratura economica, tra i quali la definizione di nucleo familiare e, in particolare, il concetto di "convivenza", oppure il trattamento della componente patrimoniale e la sua verosimile sottovalutazione a seguito dell'utilizzo dei valori catastali. In queste poche pagine ci occuperemo di alcuni dei limiti relativi alla sola determinazione del reddito.

Per la determinazione della componente reddituale, l'Isee considera solo i redditi che sono soggetti a Irpef, prodotti nell'anno, o nei due anni precedenti la presentazione della domanda di accesso alla prestazione.³ Questo, al di là della scarsa affidabilità della dichiarazione dei redditi e dei connessi rischi di elusione, verosimilmente più frequenti in situazioni di redditi particolarmente bassi, pone essenzialmente due questioni:

1. l'accertamento della situazione economica così antecedente il momento del possibile accesso potrebbe non cogliere la reale disponibilità di risorse da parte del nucleo in questione;
2. il mancato computo dei redditi non soggetti ad Irpef fa aumentare il numero di potenziali beneficiari della prestazione,⁴ e potrebbe portare a discriminare quelli effettivamente "meritevoli".

La prima questione pone con forza la necessità di "attualizzazione" della situazione economica. Occorre, cioè, che il potenziale beneficiario riporti e documenti le variazioni che sono intervenute nella sua situazione familiare relative all'arco di tempo ricompreso tra l'ultima dichiarazione dei redditi e il momento di presentazione della domanda per accedere alla prestazione. Tali variazioni possono riguardare la composizione del nucleo familiare, quindi nascite, decessi, separazioni e divorzi o anche peggioramento delle condizioni di salute (non autosufficienza, per esempio, con conseguenti oneri assistenziali); ma anche variazioni relative alla situazione reddituale e patrimoniale del nucleo quali, tra le altre, la perdita del lavoro, l'acquisizione di un lavoro più remunerativo, eventuali lasciti o donazioni. Tutto questo, insieme eventualmente a una copia del contratto di affitto o delle ultime bollette, consentirebbe di ricostruire, aggiornandola, la reale condizione economica del potenziale beneficiario.

Per quanto riguarda la seconda questione, potrebbe risultare opportuno utilizzare l'Isee quale strumento di misurazione, apportandovi un correttivo consistente nel sommare al reddito Irpef tutti quei trasferimenti pubblici,

a qualsiasi livello erogati, che assolvono prevalentemente una funzione di integrazione al reddito, a esclusione dei sussidi erogati per fronteggiare altre specifiche condizioni di svantaggio (salute, disoccupazione, ecc.). Si pensi, ad esempio, alle indennità di accompagnamento di ogni tipo, agli assegni per l'assistenza personale continuativa erogati dall'Inail nei casi di invalidità permanente assoluta, agli assegni per l'assistenza personale e continuativa pagati dall'Inps ai pensionati per inabilità, agli assegni di cura erogati ad anziani non autosufficienti. Il criterio dirimente per decidere quali trasferimenti sommare al reddito imponibile potrebbe essere il fatto che tali misure siano a loro volta sottoposte al test dei mezzi e, come tali, prioritariamente finalizzate a colmare un bisogno di tipo "economico" piuttosto che a sostenere uno specifico bisogno di cura o altro. Ad esempio, la pensione sociale, o anche il minimo vitale, o il contributo per l'affitto, rappresentano delle erogazioni monetarie a titolarità nazionale o comunale che assolvono a una precisa funzione di integrazione di un reddito ritenuto insufficiente; il loro mancato computo ai fini del calcolo della situazione economica di un soggetto richiedente un'altra prestazione sociale, soprattutto se finalizzata al sostegno economico, potrebbe verosimilmente penalizzare coloro che non ne usufruiscono. Per converso, questo procedimento consentirebbe in qualche misura di "mitigare" la concentrazione di agevolazioni in capo agli stessi soggetti richiedenti, evitando comunque di penalizzare coloro che percepiscono assegni o contributi non finalizzati all'integrazione del reddito ma, ad esempio, alla copertura di spese sanitario-assistenziali dovute a precarie condizioni di salute.

Tuttavia, poiché introdurre questo correttivo nel computo dell'Isee comporterebbe numerosi problemi legati alla modifica di un sistema di calcolo in parte già recepito, rendendo decisamente più macchinosa l'operazione di calcolo del reddito, si potrebbe allora ricorrere a decurtazioni dell'entità dell'intervento economico proporzionate all'entità dei redditi non imponibili Irpef dei quali la famiglia nel suo insieme beneficia.⁵

7. I LIVELLI ESSENZIALI NEI SERVIZI PER L'INSERIMENTO SOCIALE

All'integrazione monetaria, che fronteggia le esigenze di onesta sopravvivenza, il Rmi unisce misure di inserimento sociale, che devono potersi articolare su una gamma di azioni assai varia (fuoriuscita da situazioni di illegalità, percorsi per il superamento di dipendenze, completamento dell'istruzione scolastica e professionale, assunzione di oneri di cura familiare, percorsi di inserimento lavorativo), per rapportarsi ai bisogni e alle opportunità rilevate. Sono misure di supporto e promozione per aiutare i componenti la famiglia a valorizzare le risorse proprie e del contesto, ad attivarsi per cercare di emergere dalla propria condizione e acquisire via via crescente autonomia economica e sociale. Sono percorsi che operatori sociali e beneficiari devono insieme costruire e negoziare sulla base di un'analisi condivisa della specifica condizione di ogni famiglia. Sono misure e percorsi relativi al Rmi che vanno combinati e coordinati con quelli per la famiglia,

per la disabilità, la non autosufficienza, l'inserimento lavorativo, gli ammortizzatori sociali, e così via.

La seconda dimensione del diritto correlata all'inserimento può essere presidiata da livelli essenziali di servizi e interventi, quali il poter contare su:

- un punto di accesso a bassa soglia sul territorio: almeno uno per ambito, o più punti se l'ambito è medio/grande per popolazione (la media è di 81.800 abitanti) e/o per estensione territoriale;
- un'analisi professionale della condizione della famiglia e dei suoi componenti, che ne individui bisogni e risorse, e attui su questa base una negoziazione con gli interessati per la definizione di un progetto di inserimento condiviso, in cui siano ben esplicitati gli impegni assunti dai diversi interlocutori; il progetto dovrebbe essere presidiato da un operatore responsabile del caso, o *tutor*, che ne segua l'implementazione;
- l'indirizzo e l'accompagnamento dei soggetti interessati ai servizi e interventi individuati per loro nel progetto. Ciò implica la disponibilità sul territorio di tali servizi e prestazioni, come condizione necessaria per la concreta attuazione di quanto previsto nel progetto, in termini di inserimento sociale e lavorativo; l'operatore che effettua la valutazione o quello responsabile del caso devono assicurare l'accesso e la presa in carico dei soggetti interessati ai servizi e alle prestazioni indicate nel progetto personalizzato; pertanto,
 - laddove si presentino problematiche legate alla disoccupazione il servizio da attivare sarà il centro per l'impiego locale, l'erogazione economica dovrà essere vincolata alla partecipazione a percorsi di reinserimento lavorativo e all'accettazione delle opportunità lavorative che vengono offerte, come avviene nella maggior parte dei Paesi europei; l'obiettivo da raggiungere sarà quello di incoraggiare il processo di reinserimento nel mercato del lavoro regolare attivando un circolo virtuoso tra sostegno al reddito, orientamento e formazione professionale, impiego ed emersione dall'irregolarità, che rafforzi la tutela del lavoratore in situazione di disoccupazione involontaria, ne riduca il periodo di disoccupazione, ne incentivi un atteggiamento responsabile e attivo verso il lavoro;
 - in caso di problematiche legate alla presenza di familiari non autosufficienti o con disabilità grave, verrà attivato il servizio competente a livello locale per valutare e accompagnare tali casi in vista dell'erogazione di specifiche prestazioni assistenziali (assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata, spostamento in residenza protetta, ecc.), oltre al monitoraggio costante della condizione sociosanitaria del beneficiario e della sua famiglia;
 - in caso di presenza di nuclei familiari inseriti da anni in un circuito assistenziale e che per età e/o patologia o condizione sociale risultano difficilmente attivabili nel campo della formazione/lavoro sarà il segretariato sociale che stimolerà percorsi di "riduzione del danno" (vincolando, ad esempio, l'erogazione economica al rientro dalla morosità, ecc.);
 - nel caso in cui nella famiglia beneficiaria vi siano minori usciti dal percorso formativo, verranno attivati specifici percorsi scolastici e/o professionalizzanti in collaborazione con i servizi di riferimento;

- nel caso di nuclei con problemi di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro (specie se monoparentali), dove il problema che ostacola il pieno inserimento sociale e lavorativo è prevalentemente rappresentato dalle difficoltà di gestione di familiari dipendenti (minori, disabili o anziani), l'erogazione economica dovrà essere accompagnata da specifiche prestazioni di cura e assistenza rivolte ai soggetti dipendenti; iscrizione gratuita e con priorità di accesso a nidi e scuole materne del territorio, *bonus* per l'acquisto di prestazioni di assistenza (*babysitter* o assistenti familiari), ecc.; a seconda delle specifiche necessità del nucleo, a tali prestazioni si possono accompagnare anche progetti orientati al reinserimento lavorativo.

Ciascuno dei servizi e prestazioni citate dovrà essere gradualmente preadito da propri specifici livelli essenziali, tanto in termini di affermazione di diritti esigibili quanto in termini di standard organizzativi e professionali. La misura va gestita a un livello territoriale e organizzativo adeguato ad assicurarne la qualità. Non può quindi essere responsabile il solo Comune, frequentemente di piccole dimensioni: sulla traccia della l. 382/00, è necessario rivolgersi all'ambito sociale. A questo livello va quindi individuato il servizio responsabile dell'accesso e della valutazione. Tale servizio, che sarà usualmente il segretariato sociale, gestisce la misura e mantiene il coordinamento delle attività e dei servizi erogati alla famiglia beneficiaria, la responsabilità dell'aggiornamento sulla base del mutare delle esigenze familiari, il controllo e la verifica della partecipazione dei beneficiari ai programmi e della sussistenza dei requisiti di accesso.

Quest'ultimo punto evidenzia l'esigenza di un'articolazione sempre più diffusa dei livelli essenziali nelle diverse aree di bisogni e di servizi e prestazioni ad essi destinati, per garantire l'effettiva trattazione e risoluzione dei problemi individuati.

8. L'INTRODUZIONE E L'IMPLEMENTAZIONE PROGRESSIVA DEI LIVELLI ESSENZIALI

Una corretta declinazione dei livelli essenziali nel contrasto alla povertà, e più generalmente in campo sociale, conduce a individuare delle soglie di diritti, e di livelli essenziali per garantirli in tutto il Paese, che vanno ben oltre le risorse economiche, professionali, organizzative a breve disponibili. Occorre quindi assumere e declinare il tema dei livelli in termini di un processo di attuazione, che in partenza subisce molti limiti, per tendere però verso la progressiva riduzione di essi e giungere a soglie di affermazione più adeguate, "essenziali".

In quest'ottica, rispetto all'erogazione economica si può introdurre una soglia a regime a Isee 5.000, che comporterebbe una stima, ovviamente solo indicativa di ordine di grandezza, di 931.000 famiglie beneficiarie, con un'integrazione media mensile di 233 euro per famiglia, e un fabbisogno finanziario assunto per tale voce di spesa di 2.600 milioni di euro.

Per contenere i costi si possono scegliere diverse vie. Una prima possibilità è rappresentata dalla riduzione in una fase iniziale della soglia Isee, da

TAVOLA 1 Distribuzione delle famiglie italiane per classi Isee

	v.a	%
0-3.000 Isee	263.037	1,15
3.000-4.000 Isee	304.470	1,33
4.000-5.000 Isee	363.448	1,59
5.000-6.000 Isee	373.192	1,64
6000-10.000 Isee	1.424.218	6,24
10.000-30.000 Isee	6.838.839	29,98
> 30.000 Isee	13.246.015	58,06
Totale	22.813.219	100,00

Fonte: elaborazione Irs su microdati Indagine sui consumi delle famiglie, 2004.

TAVOLA 2 Stima del fabbisogno finanziario

	Ipotesi A Soglia Isee < 4.000	Ipotesi B Soglia Isee < 5.000
Stima delle famiglie "potenzialmente" beneficiarie Rmi (take-up 100%)	567.507	930.955
Integrazione media mensile per famiglia (euro)	210	233
Fabbisogno finanziario annuo (milioni di euro)	1.430	2.603

Fonte: elaborazione Irs su microdati Indagine sui consumi delle famiglie, 2004.

5.000 a 4.000 euro, ad esempio, con una progressiva crescita verso l'obiettivo di 5.000 della situazione a regime. Tale abbassamento dell'Isee a 4.000 euro avrebbe l'effetto di ridurre le famiglie a 567.507, con un'integrazione media mensile di 210 euro, e una voce di spesa il primo anno di 1.430 milioni di euro per le sole prestazioni economiche.

Se anche questa spesa risultasse inagibile, si potrebbe intervenire sulla platea dei potenziali beneficiari a soglia Isee 4.000, selezionando oltre che sul criterio reddituale (non ulteriormente comprimibile), su altri fattori di fragilità sociale. Ad esempio affermando in una prima fase un diritto esigibile solo in capo a certe famiglie, portatrici di ulteriori specifici bisogni, quali, ad esempio, la presenza di un solo genitore con figli minori (il 10,2% delle famiglie con reddito sotto Isee 4.000, e il 9,7% delle famiglie con reddito sotto Isee 5.000), o la presenza di una coppia ma con tre o più figli (il 10,2% delle famiglie con reddito sotto Isee 4.000, e l'8,3% delle famiglie con reddito sotto Isee 5.000), o la presenza in famiglia di soggetti particolarmente impegnativi in termini di accudimento (disabili, non autosufficienti, ecc.).

Con tali limitazioni il percorso di individuazione dei livelli essenziali potrebbe essere avviato con l'esplicito impegno di progressivo allargamento degli aventi diritto, della consistenza delle prestazioni, e un contestuale programmato aumento delle risorse su di esse impegnate.

Analogo contestuale percorso può essere definito per i servizi, con soglie di standard vincolanti quantitativi e qualitativi in progressiva espansione. Gli standard quantitativi devono garantire lo sviluppo e gli snodi del percorso assistenziale indicato precedentemente, in modo coerente rispetto all'entità della popolazione avente diritto alla prestazione, che viene definita per le singole fasi di implementazione della misura. Gli standard qualitativi devono garantire la tempestività, l'appropriatezza e l'adeguatezza delle prestazioni individuate. Gli standard possono riguardare la presenza e le caratteristiche delle strutture, ma soprattutto la consistenza e la professionalità del personale. Su questo terreno, i processi di miglioramento sono lunghi e occorre quindi che siano tempestivamente avviati.

9. UN'INTRODUZIONE CONCERTATA DEL RMI

L'introduzione del Rmi e dei relativi livelli essenziali può avvenire solo costruendo un'intesa concertata fra Stato, Regioni ed autonomie, e ricercando il maggior consenso possibile delle organizzazioni sindacali e sociali. Lo Stato definisce i livelli essenziale del Rmi e concorre al suo finanziamento, mentre la definizione dell'organizzazione e la gestione effettiva della misura devono essere affidate rispettivamente a Regioni ed enti locali, così come prevede la Costituzione. Ogni Regione deve quindi provvedere a disciplinare l'introduzione del Rmi nel proprio territorio, nei suoi diversi aspetti, attivando gli enti locali e i loro servizi sociali per la sua implementazione a livello di ambito.

La problematicità costituzionale, per il campo assistenziale, di fondi statali erogati alle Regioni o agli enti locali con vincolo di destinazione, può essere superata proprio definendo i livelli essenziali. Le risorse statali individuate potrebbero infatti essere incorporate nel fondo sociale, mentre il loro utilizzo da parte delle Regioni per realizzare il Rmi potrebbe essere assicurato dai livelli essenziali. I diritti, anche se saranno inizialmente limitati, per poi svilupparsi gradualmente, vanno comunque subito declinati, anche al fine di poter agire in termini di azione rivendicativa, individuale o collettiva, e premere così sulle istituzioni affinché sviluppino i servizi previsti. Per affermare efficacemente dei diritti con contenuti via via più adeguati, è necessario procedere contestualmente ad affermare dei livelli via via più elevati e qualificati di prestazioni (intendendo questo termine in un'accezione estesa, multidimensionale) su tutto il territorio nazionale, in modo che la disponibilità di quella prestazione, offerta da una rete di servizi territoriali, renda il diritto effettivamente esigibile.

La misura in questione dovrebbe gradualmente assorbire altre erogazioni di integrazione dei redditi, rivedendo nel caso le scale di equivalenza, per riconoscere adeguatamente bisogni e conseguenti oneri di specifiche condizioni individuali (disabilità, infanzia e anzianità, non autosufficienza, ecc.). Via via che procede l'integrazione delle tradizionali misure categoriali, i finanziamenti ad esse dedicati andranno trasferiti sul Rmi, che dovrà coprire queste ulteriori funzioni. È del resto quanto, come abbiamo richiamato,

la Commissione Onofri prevedeva. Tale delicata operazione andrà condotta garantendo i diritti acquisiti e assicurando continuità di sostegno economico agli interessati, assumendo una strategia garantista e di scambio.

È essenziale che l'istituto del Rmi venga monitorato in modo adeguato, per poter così procedere ad aggiustamenti, correzioni, integrazioni *in progress*. Deve trattarsi di un monitoraggio non solo sulla correttezza contabile e sulla serietà del controllo degli aventi diritto, ma anche sulla qualità della conduzione (in particolare dell'inserimento) e sui suoi esiti. Esso va incentivato con premi/sanzioni alle amministrazioni locali. Le Regioni che già hanno attivato misure analoghe (Provincia di Bolzano, Campania, Basilicata, Friuli Venezia Giulia) dovranno, se necessario, riallinearle ai criteri nazionali, con possibilità comunque di continuare a "fare di più".

10. POSSIBILI ARTICOLAZIONI DEI LIVELLI ESSENZIALI

Un serio problema è posto dalla forte differenziazione socioeconomica dei contesti territoriali del nostro Paese. Date la differenza di costo della vita, si potrebbe considerare di differenziare lo scaglione Isee assunto (4.000 in partenza, crescente fino a 5.000) come livello cui integrare il reddito, utilizzando come parametri gli indicatori di povertà relativa per Regione elaborati dall'Istat, o direttamente gli indici di costo della vita.

Ancora più delicata la forte differenziazione nella rete dei servizi territoriali, debole proprio dove la povertà e l'emarginazione sono più diffuse. In merito occorre stabilire dei programmi di sviluppo con finanziamenti perequativi mirati, sulla base dell'art. 119 della Costituzione, incentivati con premi e sanzioni. La situazione potrebbe anche suggerire di considerare livelli essenziali nazionalmente omogenei a regime, che vengano conseguiti, in termini di diritti e di standard, con tempi differenziati, più rapidi per chi è già avanti, più gradualmente per chi parte da situazioni di serio svantaggio. Non si può infatti lasciare molte Regioni inerti, senza lo stimolo dei livelli da conseguire, in attesa che le altre le raggiungano. Anche perché scelte che comportassero che i finanziamenti statali per i livelli per un certo tempo andassero tutti e solo nel Mezzogiorno, non verrebbero mai accettate dalle altre Regioni.

Vanno anche considerate le obiezioni e resistenze all'introduzione delle misure in esame, che si impennano sulla questione della "trappola della povertà". Chi riceve un'integrazione del reddito, in alcuni casi, come quelli delle famiglie numerose, senza lavorare, o lavorando "in nero", non è incentivato a cercare e accettare un'occupazione formalizzata. Per ridurre tale rischio, appare opportuno sia dedurre generalmente dalle remunerazioni del lavoro, soprattutto del lavoro dipendente, per il calcolo dell'Isee, una quota che potrebbe essere configurata come corrispondente ai costi di produzione del lavoro autonomo e professionale, sia, nel periodo seguente all'inizio del lavoro, ridurre l'integrazione economica erogata non immediatamente, ma gradualmente, consentendo così per un certo tempo un vantaggio economico. Si potrebbe addirittura premiare chi ha trovato lavoro,

TAVOLA 3 Distribuzione famiglie italiane per Regioni e classi Isee fino a 5.000

Regione di residenza	n. famiglie Isee < 3000	n. famiglie 3000 < Isee < 5000
Piemonte e Valle d'Aosta	13.692	22.897
Lombardia	15.489	43.662
Trentino Alto Adige	2.124	6.178
Veneto	16.916	10.721
Friuli Venezia Giulia	2.390	3.536
Liguria	3.515	5.068
Emilia Romagna	5.611	15.502
Toscana	9.458	9.889
Umbria	3.100	2.685
Marche	3.024	3.214
Lazio	20.361	30.612
Abruzzo	3.955	5.137
Molise	1.447	2.657
Campania	39.464	86.827
Puglia	30.419	26.871
Basilicata	3.116	6.673
Calabria	11.951	18.545
Sicilia	66.960	53.950
Sardegna	10.044	8.827
Totale Italia	263.037	363.448

Fonte: elaborazione Irs su microdati Indagine sui consumi delle famiglie, 2004.

umentando per qualche tempo l'integrazione economica, come ha deciso di fare la Regione Basilicata.

Note

* Con la collaborazione di Daniela Mesini, ricercatore senior Irs, che ha curato anche l'elaborazione delle tavole in allegato, e di Chiara Crepaldi, ricercatore senior Irs.

1 Crepaldi C. (a cura di), *The role of minimum income for social inclusion in the European Union*, European Parliament – Policy Department Economic and Scientific Policy, Bruxelles, 2007

2 Ranci Ortigosa E., Mesini D., *Il Reddito Minimo di inserimento*, in C. Gori (a cura di), "La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della legge 328 e le sfide future", Carocci, Roma, 2004.

3 Come noto, la dichiarazione dei redditi viene effettuata di norma nel mese di maggio di ogni anno e si riferisce alla situazione economica del soggetto nell'anno solare precedente la domanda. Nel caso in cui la domanda di accesso ad una prestazione sociale venisse presentata nei primi mesi dell'anno, cioè a dichiarazione dei redditi non ancora effettuata, non potranno che fare fede i redditi dei due anni precedenti.

4 Nel calcolo dell'Isee non vengono conteggiati i redditi derivanti da: pensioni di guerra; pensioni privilegiate ordinarie corrisposte ai militari di leva; pensioni, indennità, comprese le indennità di accompagnamento e assegni, erogati dal Ministero dell'Interno ai ciechi civili, ai sordomuti e agli invalidi civili; sussidi a favore degli hanseani; pensioni sociali, assegni sociali e maggiorazioni sociali; borse di studio corrisposte a studenti universitari; rendite erogate dall'Inail esclusivamente per invalidità o per morte.

5 Mesini D. (2006), *L'accesso alle prestazioni sociali: qualche riflessione su Isee e dintorni*, Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 17/18

Quali livelli essenziali nei servizi alla prima infanzia

Cristiano Gori
Irs, Milano

Il presente contributo discute l'introduzione dei livelli essenziali nei servizi alla prima infanzia. La prima - e più ampia - parte dello scritto presenta alcune idee e proposte per l'introduzione dei livelli essenziali nei servizi alla prima infanzia, gli aspetti quantitativi, gli aspetti qualitativi, la spesa e le modalità attuative (par. 1). La parte successiva propone alcune osservazioni in merito all'introduzione dei livelli con il "Piano nidi 2007-2009" (par. 2).

1. I LIVELLI ESSENZIALI NEI SERVIZI ALLA PRIMA INFANZIA

Vediamo ora come si potrebbero concretizzare i livelli essenziali nei servizi alla prima infanzia. Partiamo dall'esperienza del precedente Governo. È noto che l'esecutivo Berlusconi non ha definito i livelli essenziali, ma di particolare interesse per la presente discussione è la vicenda dei due fondi vincolati per gli asili nido da esso introdotti.

Con la Finanziaria 2002, è stato istituito il Fondo nazionale "per la costruzione e la gestione degli asili nido, nonché di micro-nidi nei luoghi di lavoro" (50 milioni per il 2002, 100 per il 2003, 150 per il 2004), mentre con la Finanziaria 2003 è stato introdotto il Fondo di rotazione per i nidi in azienda (10 miliardi annui). La Corte Costituzionale ha giudicato entrambi i Fondi incostituzionali - rispettivamente con sentenza 370/03 e 320/04 - poiché vincolano la destinazione delle proprie risorse a una specifica categoria di utenti, la prima infanzia. In seguito alla riforma del titolo V, invece, lo Stato non può più trasferire a Regioni ed enti locali risorse di cui sia vincolata la destinazione a favore di specifiche categorie di utenti. I fondi vincolati non trovano spazio nel nuovo scenario disegnato dalla riforma del titolo V: si prevede che lo Stato da una parte effettui trasferimenti indistinti a Regioni ed enti locali e dall'altra indichi nei livelli essenziali il pacchetto di servizi e prestazioni da garantire alle diverse categorie di utenti in tutto il Paese.

1.1 Perché introdurre i livelli

Il ragionamento proposto sull'introduzione dei livelli considera l'arco temporale di una legislatura, qui immaginata come la 2006-2011, in modo da permettere confronti con le politiche effettivamente realizzate. Ragioni di chiarezza suggeriscono, inoltre, di concentrare l'attenzione sugli asili nido,

ma questa scelta non deve trarre in inganno. Assistiamo da tempo nel nostro Paese allo sviluppo di varie forme di servizi integrativi e servizi innovativi e sperimentali per la prima infanzia: micro-nidi, centri per bambini e genitori, spazi di accoglienza per bambini, nidi in famiglia, nidi-aziendali e altro. La loro complementarietà e la capacità di rispondere a differenti esigenze suggeriscono di incoraggiarne la crescita globale. L'introduzione dei livelli dovrebbe promuovere lo sviluppo dei servizi alla prima infanzia nel loro insieme. Le logiche, il percorso e gli strumenti che saranno illustrati per i nidi, sono facilmente applicabili al complesso di questi servizi.

Gli obiettivi dell'introduzione dei livelli vengono, in misura diversa, condivisi dagli osservatori.¹ Si vogliono ottenere:

- L'incremento dell'offerta. La carenza di asili nido rappresenta un tratto di fondo del sistema italiano di welfare (Da Roit, Sabbatinelli, 2005), così come il ritardo rispetto agli altri Paesi europei (Bettio, Plantenga, 2004; Naldini, 2005); la crescita dell'offerta di nidi è richiesta dalle famiglie (Istat, 2007), le ragioni per promuoverla e i benefici che porterebbe sono noti.
- Un livello base in tutto il Paese, la crescita in ogni Regione. La scarsità complessiva dell'offerta si coniuga con la sua eterogenea diffusione; la media nazionale del 9,9% di posti rispetto all'utenza potenziale è la sintesi dei valori nella fascia 1-5% del Sud e nella fascia 10-16% del Centro-nord (Innocenti, 2006); si vuole portare tutto il Paese a un livello minimo di offerta, obiettivo equitativo intrinsecamente connesso ai motivi di una politica nazionale e alla natura dei livelli essenziali; allo stesso tempo si vuole incrementare l'offerta in tutte le Regioni, comprese quelle più avanzate; anche in queste ultime, infatti, l'offerta è inadeguata rispetto ai bisogni; politicamente, inoltre, pare difficilmente sostenibile una riforma che non produca vantaggi per tutte le Regioni.
- La definizione di garanzie di qualità. I nidi sono regolati dalle normative regionali, mentre mancano indicazioni nazionali; poiché esiste una notevole differenziazione nella qualità dei servizi forniti, la riforma dovrebbe garantire in tutto il Paese un livello qualitativo di base, lasciando poi spazio all'azione delle Regioni in materia (Osservatorio nazionale per l'infanzia, 2004; Borini, 2005).

1.2 L'incremento dell'offerta

L'attuale legislatura parte da una copertura su base nazionale del 9,9% dei bambini entro i tre anni. Dove si potrebbe arrivare entro la sua conclusione? L'ipotesi più elevata è quella della "Strategia di Lisbona". In un Consiglio Europeo informale nella città lusitana, nella primavera del 2000, era stato posto l'obiettivo di portare il tasso di copertura al 33% entro il 2010 in tutti i Paesi europei. La Strategia di Lisbona è stata oggetto di notevole attenzione negli anni scorsi, ma l'obiettivo indicato pare irrealizzabile in una legislatura. Parimenti lontani paiono gli obiettivi dati alla Germania dalla Cancelliera Angela Merkel, che ha recentemente introdotto un ambizioso Piano nidi 2007-2013. Questo Piano intende triplicare i posti negli asili

TAVOLA 1 La crescita dei nidi in Italia. Consuntivo e ipotesi per il futuro, posti disponibili/utenza potenziale, %	
Consuntivo 2001-2006	da 7,4 a 9,9
Ipotesi 2006-2011	
Strategia di Lisbona	da 9,9 a 33,0
Tasso di crescita Merkel	da 9,9 a 21,2
Programma Unione	da 9,9 a 15,9
Tasso di crescita uguale alla precedente legislatura (+33%)	da 9,9 a 13,1
Fonti: Istituto degli Innocenti, 2006; L'Unione, 2006.	

nido tedeschi, portandoli al 35%. Immaginando nel periodo 2006-2011 un tasso di crescita annuale simile a quello della riforma tedesca, l'Italia arriverebbe alla fine della legislatura al 21,2% dei bambini sotto i tre anni.

Un'ipotesi minima consiste nel mantenere il tasso di crescita della precedente legislatura. Nel periodo 2001-2006, la capacità degli asili nido è cresciuta dal 7,4% al 9,9% dell'utenza potenziale, facendo registrare un incremento del 33%. Mantenere questo tasso di crescita anche nella nuova legislatura significherebbe arrivare a una copertura del 13,1%. Il suddetto tasso di crescita è stato ottenuto con un governo nazionale che non collocava lo sviluppo delle politiche sociali tra i suoi obiettivi e che ha ridotto i propri finanziamenti dedicati (trasferimenti agli enti locali e Fondo nazionale Politiche sociali).²

Da un Governo che afferma di voler far crescere le politiche sociali e dichiara particolare attenzione alle famiglie con figli piccoli pare ragionevole attendersi di più. Il programma elettorale dell'Unione contiene l'impegno a un piano quinquennale per gli asili nido. Entro la fine della legislatura vi dovrebbero essere 100.000 nuovi posti, passando dai circa 163.000 utenti attuali a circa 263.000, cioè dal 9,9% al 15,9% dell'utenza potenziale (L'Unione, 2006). In termini percentuali, si tratterebbe di una crescita del 61% (tavola 1). Sull'arco di una legislatura l'obiettivo pare ambizioso ma raggiungibile, come chiariranno le stime sulla spesa contenute nel prossimo paragrafo.

1.3 Una dimensione minima in tutto il Paese, la crescita di ogni Regione

La riforma deve garantire una dimensione minima dell'offerta di nidi nell'intera Italia, comprese le Regioni oggi più deboli. Allo stesso tempo bisogna far sì che tutte le Regioni, pure quelle più sviluppate, crescano ulteriormente. Un incremento di 100.000 posti è abbastanza ampio da consentire di raggiungere entrambi gli obiettivi. Lo scenario di fine legislatura ipotizzato nella tavola 2 - pure da considerare con cautela - lo mostra chiaramente.³

In una legislatura si potrebbero portare tutte le Regioni a un minimo del 10% di posti. È fattibile e simbolico, significa nei cinque anni condurre le aree meno avanzate - Meridione e isole - al di sopra dell'attuale valore

TAVOLA 2 Ipotesi sulla distribuzione territoriale della crescita, posti disponibili/utenza potenziale

	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole	Italia
Oggi, % (v.a.)	12,9 (51.800)	13,6 (40.200)	11,8 (33.900)	2,4 (10.200)	4,8 (9.200)	9,1 (145.000)
Incremento per arrivare al 10%, v.a.	-	-	-	+ 32.500	+ 9.900	+ 42.400
Crescita in proporzione a pop. 0-2, v.a.	+23.600	+ 17.300	+16.700	-	-	+ 57.600
Italia 2011?, % (v.a.)	18,7 (75.400)	19,4 (57.500)	17,6 (50.600)	10,0 (42.700)	10,0 (19.100)	15,3 (245.000)

Fonte: rielaborazione su Istat, *Indagine censuaria sulla spesa sociale dei Comuni*, 2005.

medio nazionale. La tabella indica l'incremento di posti necessario affinché Meridione e isole raggiungano il risultato. Si impiegherebbe complessivamente poco più del 40% dei nuovi posti (42.400). Quasi il 60% dei nuovi posti (57.600) servirebbe a far crescere le altre aree del Paese. Nella tabella si immagina che l'incremento degli altri posti si distribuisca nelle aree centro-settentrionali proporzionalmente alla rispettiva popolazione 0-2 anni. Anche in queste aree si compirebbe un notevole passo in avanti.

1.4 La definizione di garanzie di qualità

Si vogliono introdurre progressivamente livelli di qualità validi in tutto il Paese. L'obiettivo iniziale consiste nell'individuare un insieme di criteri minimi di qualità da introdurre nel primo triennio di riforma nell'intera penisola, che devono essere garantiti da tutti i gestori. Concluso il primo triennio, sulla base dell'esperienza maturata, Stato, Regioni ed autonomie locali decidono quali ulteriori criteri di qualità inserire su scala nazionale.

L'introduzione dei livelli di qualità deve essere adeguatamente promossa da parte dello Stato. Da una parte, il suo sistema di accompagnamento sosterrà le Regioni - in particolare le più deboli - nell'attuare la riforma. Dall'altra, il raggiungimento dei livelli nell'arco del triennio sarà condizione vincolante per le Regioni affinché possano ricevere i nuovi finanziamenti (il percorso attuativo è illustrato oltre).

La tavola 3 illustra un'ipotesi di criteri di qualità da garantire in tutto il Paese entro la conclusione del primo triennio di riforma. La tavola ha natura indicativa, quello che conta è la sua logica: trovare un pacchetto di criteri che nel primo triennio sia realisticamente introducibile in tutto il Paese, comprese le Regioni meno sviluppate, e che possa costituire il punto di partenza per successivi passi in avanti. L'ipotesi contenuta nella tavola 3 è più circoscritta - per numero di criteri e loro grado di dettaglio - rispetto ad alcune delle principali proposte avanzate negli anni recenti, come quella della Consulta Rodari.⁴

Diversi motivi suggeriscono di procedere come indicato: 1) il rapporto con la realtà esistente (un numero superiore di criteri e/o un loro maggio-

TAVOLA 3 Ipotesi di criteri minimi di qualità per il primo triennio

- a) **Titolo di studio:** possesso del diploma di laurea triennale per tutti i nuovi educatori assunti e percorso pluriennale di riqualificazione/aggiornamento per quelli che già lavorano.
- b) **Progetto educativo:** la formulazione di un progetto educativo dettagliato da parte di ogni struttura (pubblica e privata), da approvare da parte del Comune.*
- c) **Rapporto educatori/bambini:** da indicare in modo differenziato in base all'orario di apertura e all'età dei bambini accolti.
- d) **Standard strutturali:** da misurare in metri quadrati per bambino, per i locali e per gli spazi esterni.
- e) **Partecipazione:** la definizione di forme di partecipazione da parte dei familiari alla gestione e alla vita dei nidi.

Nota: * Il progetto educativo della struttura ne descrive la peculiarità e la qualificazione del servizio offerto, le modalità di organizzazione degli spazi e l'articolazione temporale delle diverse attività giornaliere svolte.

re grado di dettaglio li renderebbero difficilmente omogeneizzabili con le vigenti normative regionali. I criteri, inoltre, devono come detto poter essere applicati nel triennio in tutte le Regioni italiane, comprese quelle oggi meno sviluppate in materia di nidi); 2) le dinamiche politico-istituzionali (pare complicato immaginare che le Regioni, con cui è necessario concordare i criteri in Conferenza Stato-Regioni, accettino un pacchetto iniziale di criteri più impegnativo); 3) il dettato costituzionale (successivamente alla riforma del titolo V, i livelli non possono entrare nella dimensione organizzativa, di responsabilità esclusiva delle Regioni); 4) il valore dell'esperienza (il percorso attivato avrebbe un carattere fortemente innovativo, l'analisi dell'esperienza maturata nel primo triennio fornirebbe molti elementi utili per decidere come procedere nel periodo successivo).

1.5 Quanto costano i livelli

Nelle politiche per la prima infanzia non esiste (a conoscenza di chi scrive) un dibattito scientifico sulla spesa necessaria all'introduzione dei livelli. Si presenta di seguito una stima di spesa costruita sulla base di uno studio di Brunetti e Tardiola (2007). La riforma è finanziata dallo Stato e dalle Regioni, il primo copre la maggior parte della spesa e le seconde se ne dividono una parte minore. Si considerano sia i costi di costruzione sia quelli di gestione.⁵ La riforma, infatti, intende coprire la spesa necessaria a costruire gli asili e le successive spese di gestione dei primi due anni di attività,⁶ mentre dal terzo anno la gestione è a carico dei Comuni (come avviene abitualmente).

Si immaginano asili da 50 posti per la cui costruzione si suppone di spendere, in media, 1 milione di euro. Per la gestione si ipotizza un costo standard sostenuto dal Comune di 5.000 euro per posto. Queste ipotesi non paiono sottostimare i costi di realtà e sono coerenti con le elaborazioni del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza (Istituto degli Innocenti di Firenze). Si prevede lo stanziamento di 400 milioni annui per i primi tre anni della legislatura. Tale stanziamento porta i posti a crescere rispettivamente di 30.500 nel 2008, 26.200 nel 2009

TAVOLA 4 Crescita dei nidi nella legislatura, posti e spesa (min euro)

Anni	Nuovi asili	Nuovi posti	Posti totali	Spesa aggiuntiva di Stato e Regioni
2007	Inizio	Costruzione	145.000	400
2008	610	30.500	175.500	400
2009	524	26.200	201.700	400
2010	409	20.450	222.150	467
2011	457	22.850	245.000	141

Fonte: Brunetti, Tardiola, 2007.

e 20.145 nel 2010. Ovviamente l'apertura dei nuovi asili avviene con l'inizio della stagione 2008-2009, essendo il 2007 e buona parte del 2008 dedicati alla loro messa in cantiere e realizzazione. Grazie allo sforzo fatto nei primi tre anni si compie gran parte del cammino, arrivando vicino al risultato: oltre 77.000 posti in più. A questo punto, per raggiungere l'obiettivo dei 100.000 posti nella legislatura sono necessari 467 milioni nel 2010 e 141 nel 2011 (tavola 4).

Per quanto riguarda la suddivisione della spesa tra Stato e Regioni, si propone tre quarti a carico del primo e un quarto da suddividere tra le seconde. Nel primo triennio, dunque, lo Stato stanziava 300 milioni annui e le Regioni si suddividono l'onere dei rimanenti 100.

Nella divisione delle responsabilità tra soggetti istituzionali, le cifre possono cambiare, ma ciò che conta è la logica, di cui si vogliono evidenziare tre punti. Primo, lo Stato finanzia la parte prevalente della riforma, così da invertire la rotta rispetto al suo tradizionale ridotto interesse verso questi servizi.⁷ Le ragioni a sostegno di questa inversione vengono illustrate in diversi capitoli del volume e sono fatte proprie dalle dichiarazioni di ampia parte del mondo politico. Un qualsiasi confronto con le altre aree del bilancio statale, peraltro, rende arduo sostenere che si tratti di un impegno gravoso.⁸ Secondo, le risorse statali sono distribuite tra le Regioni così da raggiungere gli obiettivi di un livello base in tutto il Paese e della crescita di ogni Regione. Si prevedono anche sanzioni, basate sul sistema di monitoraggio: ogni Regione riceve le risorse solo a patto che nel proprio territorio entro il triennio vengano assicurati i criteri di qualità indicati sopra e siano ottenuti determinati obiettivi quantitativi (n° di posti in più). Nell'utilizzo dei finanziamenti statali si vuole trovare anche uno spazio per meccanismi incentivanti, in base ai quali lo Stato premi con risorse aggiuntive le Regioni dove maggiore è l'incremento dei posti rispetto alla propria condizione di partenza (la crescita in proporzione all'offerta esistente).⁹ Terzo, per i Comuni - come noto - sostenere i costi di gestione è un impegno notevole, che a volte li allontana dall'ipotesi di attivare nuovi nidi. Si cerca di rispondere a questa esigenza attraverso una proposta che copra non solo gli interi costi di costruzione, ma anche i costi di gestione dei primi due anni, sulla scorta di quanto avvenuto in alcune esperienze locali.

1.6 Il percorso attuativo

La proposta può essere introdotta attraverso un percorso attuativo pluriennale, che la porti a compimento nell'arco di una legislatura. Il punto di partenza è la stipula tra Governo, Regioni ed autonomie locali di un "Patto per i nidi" con logiche simili al "Patto per la salute". Indica la scelta di un rapporto di cooperazione tra i diversi livelli di governo, nell'ambito delle rispettive assunzioni di responsabilità. Il Patto, inizialmente di durata triennale, serve a definire i contenuti della riforma e a garantirne l'attuazione. I soggetti coinvolti assumono i seguenti impegni:

- lo Stato si impegna a definire i livelli essenziali e a compiere gli altri atti necessari alla riforma, in accordo con le Regioni e le autonomie locali;
- lo Stato e le Regioni indicano le risorse che intendono stanziare rispettivamente nel triennio;
- le Regioni e le autonomie locali si impegnano ad attuare la riforma e indicano le azioni che intendono compiere a tal fine; ogni Regione riceve i finanziamenti statali a condizione che entro il triennio nel proprio territorio siano raggiunti gli obiettivi di crescita attesi (n° posti in più) e sia assicurato il rispetto dei criteri di qualità definiti;
- lo Stato attiva un sistema di monitoraggio della riforma per verificarne l'attuazione e per scambiare informazioni sui servizi nelle diverse realtà, nella prospettiva di apprendimento dal confronto;
- lo Stato attiva un sistema di accompagnamento della riforma; fornisce assistenza metodologica, suggerimenti e tecniche su programmazione/organizzazione/gestione dei nidi alle Regioni, con particolare attenzione a quelle meno avanzate.

Terminato il triennio si verifica quanto accaduto, attraverso il sistema di monitoraggio. Stato, Regioni e autonomie locali decidono - secondo l'esperienza maturata - le modalità con cui proseguire il periodo. Nel periodo che conduce alla conclusione del quinquennio di legislatura si raggiungono i 100.000 posti e si rafforzano i criteri minimi di qualità comuni a tutto il Paese.

I punti chiave sono, pertanto: un percorso attuativo graduale per raggiungere obiettivi definiti, l'accordo tra i soggetti istituzionali e la suddivisione delle responsabilità, l'impegno dello Stato in monitoraggio e accompagnamento, le sanzioni alle Regioni inadempienti. Il dibattito mostra oggi un certo consenso nell'individuare il tipo di percorso descritto come l'unica strada percorribile per introdurre una siffatta riforma nazionale.

1.7 Diritti di oggi, diritti di domani

I diritti costituiscono il filo rosso che attraversa i diversi contributi di questo lavoro e li lega. L'accezione dei livelli essenziali come diritti è stata declinata dell'introduzione di Ranci Ortigosa e nel capitolo di Da Roit e i capitoli successivi l'hanno sviluppata, ognuno con riferimento alla propria specifica tematica e al punto di vista adottato. In merito a come declinare i diritti in pratica, le aree tematiche qui oggetto di approfondimento si suddividono in due gruppi: i servizi alla prima infanzia, da una parte, e la povertà e la non autosufficienza, dall'altra.

Per non autosufficienza e povertà, l'introduzione di un pacchetto di diritti ben più solido rispetto alla situazione esistente costituisce la leva su cui poggiare da subito il cambiamento. Un sistema compiuto e fondato sui diritti rappresenta il punto di arrivo dell'introduzione dei livelli e per giungervi ci vorrà un percorso su più anni. Già dal primo anno, comunque, bisogna iniziare ad ampliare il pacchetto di diritti disponibili. Anche nei servizi alla prima infanzia la definizione di un diritto esigibile costituisce un punto di arrivo, come indicato giustamente dalla proposta di legge della Consulta Rodari, ma potrà essere perseguito solo oltre una certa soglia di sviluppo quantitativo dei servizi. Per questo motivo, dunque, la proposta per il quinquennio iniziale si fonda sulla crescita dell'offerta.

Nell'accezione dei diritti, infatti, i livelli si riferiscono alle necessità del singolo individuo e prevedono una prestazione certa per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno. Tutti coloro i quali presentano un dato bisogno hanno un diritto esigibile a una medesima prestazione, indipendentemente da dove si trovano. Per la prima infanzia è il diritto di tutti i bambini nella fascia 0-2 a ottenere un servizio di cura, che si può concretizzare in modalità diverse (varie forme di asilo, contributo economico, *voucher* per l'impiego di assistenza privata) in base alle preferenze della famiglia e alla disponibilità dello specifico territorio. Tutti i bambini di quell'età, comunque, hanno un diritto esigibile a qualche forma di intervento di cura. In una politica di servizi per la prima infanzia, tale tipologia di livelli si può introdurre solo laddove l'offerta conosca già una rilevante diffusione, così da assicurare che una parte ampia della popolazione abbia l'effettiva possibilità di ricorrere ai servizi ed evitare che questo diventi un diritto di fatto circoscritto a un contributo monetario.

La proposta presentata in questo capitolo si concentra - per il primo quinquennio - sullo sviluppo dell'offerta e sulla definizione di criteri di qualità. L'altra possibile traduzione dei livelli in pratica riguarderebbe appunto il lato della domanda, il diritto di tutti i bambini 0-2 a ottenere *care*. Si tratta di un diritto che sinora è rimasto confinato a realtà dove i servizi per la prima infanzia sono piuttosto diffusi, quali Finlandia e Svezia (Hiilamo, 2004). In Paesi dove lo sono assai meno - come l'Italia - la scarsità dell'offerta esistente non rende realistico immaginare l'introduzione di un diritto dei bambini a un intervento di cura che non si traduca in netta prevalenza in interventi di natura economica (Antonnen, Baldock, Sipila, 2003). In uno scenario con una diffusione ben maggiore di offerta di servizi, le prospettive sarebbero assai diverse. Qui è la differenza con povertà e non autosufficienza: per tutti e tre il diritto è un punto di arrivo, ma per la prima infanzia non può essere il punto di partenza.

2. IL "PIANO NIDI 2007-2009"

Il Governo Prodi ha avuto il merito di portare l'attenzione della politica sulla necessità di un impegno statale a favore degli asili nido. Gli asili sono oggi finanziati perlopiù dai Comuni e dalle rette delle famiglie, con standard

di funzionamento definiti a livello regionale. È maturata da tempo nel dibattito la richiesta che lo Stato assuma la responsabilità di promuoverne lo sviluppo, come accade negli altri Paesi europei (Musatti, 2007). Il Piano nidi è il primo intervento nazionale organico dalla l. 1044/71 e costituisce un atto iniziale in questa direzione (Cabras, 2007; tavola 4).

L'analisi di questa riforma parte da un'osservazione di metodo. Non è stato prodotto alcun documento di accompagnamento al Piano nidi, che ne illustrasse concretamente gli obiettivi, ne prefigurasse il percorso attuativo e ne spiegasse le modalità di funzionamento. L'unico testo disponibile è quello del Piano - un'intesa siglata in Conferenza unificata Stato-Regioni-Autonomie locali - che ha diversi passaggi poco chiari e soggetti a molteplici interpretazioni. L'assenza di documenti esplicativi e di un adeguato supporto informativo contribuisce alla ridotta credibilità delle politiche nazionali per i servizi e all'esiguo dibattito pubblico in materia.

Veniamo alla natura degli interventi. Il Governo ha indicato che tutti gli stanziamenti devono essere utilizzati per creare nuovi posti. Vi si potrà giungere attraverso la costruzione di nuovi servizi, dopodiché i Comuni dovranno sostenere i relativi maggiori costi di gestione senza che siano state fornite loro apposite risorse. Oppure si potranno finanziare posti ulteriori in realtà che già esistono, con l'incognita che il Piano garantisce stanziamenti triennali senza garanzie di continuazione successiva.

Dedicare i finanziamenti esclusivamente alla creazione di posti comporta il vantaggio politico di poter dichiarare un aumento comunque significativo di utenti pure in presenza di uno stanziamento limitato. Le esperienze e le ricerche, tuttavia, indicano che per promuovere una crescita strutturale è necessario sostenere in modo duraturo i maggiori costi di gestione dei Comuni e alleviare le spese a carico delle famiglie (le quali pagano rette sovente elevate e vengono aiutate a farlo solo da un'esigua detrazione fiscale). Senza interventi sui costi di gestione e sulla spesa familiare, che siano destinati a rimanere, non è possibile immaginare una vera svolta (Falconi, Peruzzi, 2007).

Sarebbero bastati ulteriori 400 milioni annui - secondo la stima della Fondazione Gorrieri - per coniugare un incremento di posti sino al 17% nel triennio con il sostegno dei costi di gestione (Brunetti, Tardiola, 2007; Gori, 2007). Il finanziamento previsto è assai minore degli sforzi compiuti in altri Paesi, come in Gran Bretagna con la National Childcare Strategy avviata da Blair nel 1997 e in Germania con il Piano nidi 2007-2013 lanciato dalla Merkel. Lo Stato italiano ha deciso di stanziare per il proprio Piano in media 153 milioni di euro annui nel triennio, mentre le altre risorse provengono dalle Regioni. Nel 2007, tra Finanziaria ed extragetuito lo Stato ha assunto decisioni di spesa per 31,4 miliardi di euro. Il confronto tra i due valori indica che si sarebbe potuto dedicare ai nidi una cifra ben maggiore.

In un settore tanto importante e così bisognoso di ampliarsi, attivare una riforma accompagnandola con uno stanziamento assai inadeguato può risultare controproducente. Non permette di modificare sostanzial-

TAVOLA 5 Il Piano nidi 2007-2009

Si tratta dell'Intesa stipulata in Conferenza unificata Stato-Regioni-Autonomie locali il 26 settembre 2007.

Lo stanziamento complessivo ammonta a 743 milioni per tre anni, in media 248 milioni annui. La cifra è la somma di varie fonti: il Fondo dedicato del Ministero della Famiglia, ulteriori risorse di questo Ministero, risorse dell'Unione europea (Quadro strategico nazionale) anticipate dalle disponibilità previste sul Fondo Aree sottoutilizzate e contributi delle Regioni. Di questi 248, 153 provengono dal bilancio statale e 95 da Regioni e Unione europea. I criteri di riparto tra le Regioni variano in base alle diverse fonti.

Si prevede nel triennio di portare la copertura media nazionale dei servizi alla prima infanzia dall'11 al 13% dei bambini entro i tre anni. Entro il periodo indicato sarà assicurato un livello minimo di copertura del 6% in tutte le Regioni italiane. Il Piano è stato approvato prima dell'ultima Finanziaria: con le risorse ulteriori lì stanziata il valore medio passa al 14% e il minimo al 6,5% (si veda la tavola 6).

Le Regioni devono dedicare almeno la metà dei finanziamenti ai nidi tradizionali e possono destinare sino a un massimo della metà delle risorse ad altri servizi socio-educativi, come micro-nidi, nidi aziendali, varie forme di nidi a domicilio e così via. Tutte le risorse stanziata devono essere dedicate esclusivamente alla creazione di nuovi posti

Non vi sono obiettivi di qualità, poiché i nuovi servizi devono rispettare gli standard di qualità della Regione in cui si trovano

Per avviare la definizione dei livelli essenziali socio-educativi per la prima infanzia sono stabiliti un valore medio (13%) e un valore minimo nazionale (6%) di copertura da raggiungere entro la fine del triennio. Si prevede l'istituzione di un Gruppo di lavoro paritetico con rappresentanti di Ministeri/Regioni/Anci/Upi, che elabori proposte per l'integrazione dei livelli essenziali

mente la situazione, non consente incisivi processi di programmazione e monitoraggio, provoca nei cittadini aspettative in seguito deluse e causa agli operatori difficoltà di lavoro. “Mettere a disposizione di settori cruciali risorse palesemente inadeguate non è un ‘segno di buona volontà’, ma è causa di involuzioni nella realizzazione di corretti processi di riforma. L'inadeguatezza dell'intervento porta spesso a usi inefficaci delle scarse risorse e all'impossibilità di implementare interventi significativi di programmazione e soprattutto di controllo dell'uso delle risorse in un contesto ormai di tipo federale [...] rende ancor più evidenti i *gap* di capacità amministrativa di molti enti e contribuisce quindi a rafforzare l'idea che l'unica soluzione sia l'arretramento dell'intervento pubblico e la via della soluzione privata assistita dallo sgravio fiscale” (Baldini, Bosi, 2008).

Ciò detto, il cammino di sviluppo indicato dal Piano fa proprie interessanti indicazioni della letteratura, secondo cui l'introduzione dei livelli deve avvenire in modo “dinamico” (Bosi, 2007) attraverso un percorso che veda crescere tutte le Regioni, ognuna dal proprio diverso punto di partenza. Un cammino dove la strada è la stessa, ma ci si trova a punti diversi e tutti crescono, pure tenendo in considerazione le necessarie esigenze perequative. Si tratta di un percorso da seguire con attenzione poiché è utile per capire come i livelli potranno essere concretizzati anche in altri settori.

Il Piano non contiene indicazioni sulla qualità degli interventi e prevede che ogni nuovo servizio debba rispettare gli standard della Regione in cui

TAVOLA 6 Incremento dei posti negli asili nido pubblici e convenzionati con il pubblico previsto con l'attuazione del Piano triennale nidi e risorse disponibili nel triennio per Regione

Regioni	Situazione di partenza *		Piano nidi nel triennio				% copertura al 2010 ***
	Posti nei nidi	% copertura su bambini 0-3 anni	Risorse (in euro) **	Nuovi posti realizzabili	Totale posti al 2010		
Piemonte	14.731	13,3	30.800.795	1.711	16.442	14,9	
Valle d'Aosta	1.936	56,5	1.431.716	80	2.016	58,9	
Lombardia	41.108	15,2	74.814.007	4.156	45.264	16,8	
Bolzano (P.a.)	1.841	11,6	3.955.692	220	2.061	12,9	
Trento (P.a.)	2.019	13,0	4.010.921	223	2.242	14,5	
Veneto	14.416	10,7	39.464.070	2.192	16.608	12,3	
Friuli	2.775	9,4	9.918.271	551	3.326	11,2	
Liguria	5.558	15,7	10.510.155	584	6.142	17,3	
Emilia-Romagna	29.856	27,1	35.886.328	1.994	31.850	28,9	
Toscana	21.450	23,6	29.408.379	1.634	23.084	25,4	
Umbria	2.948	13,3	6.425.256	357	3.305	15,0	
Marche	9.034	22,9	12.354.323	686	9.720	24,7	
Lazio	13.793	9,1	51.798.065	2.878	16.671	11,0	
Abruzzo	2.198	6,7	18.178.612	1.010	3.208	9,8	
Molise	246	3,2	6.136.305	341	587	7,7	
Campania	3.349	1,7	167.510.396	9.306	12.655	6,6	
Puglia	5.937	5,0	78.801.332	4.378	10.315	8,6	
Basilicata	815	5,1	10.437.620	580	1.395	8,8	
Calabria	1.156	2,1	47.700.739	2.650	3.806	6,8	
Sicilia	9.196	6,0	89.692.434	4.983	14.179	9,3	
Sardegna	3.962	10,0	14.033.519	780	4.742	12,0	
Totale o media	188.324	11,4	743.268.935	41.293	229.617	14,0	

Note: * Ultimi dati Istat disponibili (2004). ** Distribuzione basata sulla ipotesi di mantenere nel 2008 gli stessi criteri di ripartizione tra le regioni utilizzati nel 2007. *** La copertura raggiungibile al 2010 si basa su due ipotesi: che la consistenza della popolazione 0-3 di riferimento sia costante e che il costo medio unitario per la realizzazione di un nuovo posto sia pari a 18.000 euro.

Fonte: *Il Sole 24 Ore* del 4 febbraio 2008, elaborazione su dati del dipartimento per le Politiche della famiglia.

TAVOLA 7 I punti del Piano nidi

Chiarezza	Il testo è di difficile comprensione e manca un documento esplicativo
Interventi	Il Piano serve esclusivamente ad incrementare il numero di posti Non sostiene i costi di gestione dei Comuni Non sostiene la spesa delle famiglie Si prevedono obiettivi quantitativi ma mancano criteri di qualità
Stanziamenti	Primo passo ma assolutamente insufficienti Avviare una riforma con uno stanziamento esiguo rischia di risultare controproducente Positiva introduzione della concezione “dinamica” dei livelli
Monitoraggio	Previsto in posizione di rilievo e da valorizzare A rischio tra crisi politica e riorganizzazione dei Ministeri
Significato	Il primo intervento organico nei servizi alla prima infanzia dal 1971 I nidi sono diventati un tema della politica nazionale ma non una priorità Sono i primi livelli essenziali nei servizi alla persona

si trova, come accade abitualmente. Sarebbe stato utile, invece, fissare alcuni standard di base validi in tutto il Paese. Avrebbero assicurato l'utilizzo appropriato delle risorse stanziate dallo Stato e avrebbero spinto le Regioni più deboli in merito a migliorare; con il Piano, inoltre, si possono finanziare alcune tipologie di servizi - ad esempio i nidi a domicilio - nelle quali il mantenimento della qualità richiede particolare attenzione. Non si tratta di essere puristi della qualità in un Paese con una pressante esigenza di crescita quantitativa degli interventi per la prima infanzia e neppure di dimenticare che gli standard sono una responsabilità essenzialmente regionale, ma semplicemente di prevedere alcune garanzie di base per l'intera Italia.

Per verificare l'attuazione, viene opportunamente introdotto un sistema di monitoraggio, i cui compiti dovrebbero essere ampliati. Nelle Regioni dove si registrino difficoltà a realizzare il Piano, bisognerebbe prevedere meccanismi di affiancamento simili a quelli esistenti in sanità. Bisognerebbe altresì promuovere lo scambio di esperienze regionali e locali - c'è un grande spazio per imparare gli uni dagli altri - come avvenuto in passato, in particolare con la l. 285/97 (“Promozione di diritti e opportunità per infanzia ed adolescenza”). La concreta capacità dello Stato di sostenere Regioni ed enti locali nello sviluppo dei servizi alla prima infanzia dipenderà molto dalla costruzione di un siffatto sistema. Sono stati sinora compiuti primi atti, ma adesso c'è il pericolo che tutto si fermi a causa della crisi politica e della riorganizzazione dovuta all'accorpamento dei Ministeri previsto per la prossima legislatura. È necessario nei prossimi mesi proteggere i nidi dalle turbolenze politiche, creando le condizioni affinché il sistema di monitoraggio possa svilupparsi.

Il Piano nidi ha un significato ambivalente. Si tratta - come detto - del primo intervento organico dal 1971 nei servizi alla prima infanzia, che li

riporta dopo lungo tempo sulla scena politica nazionale. Il confronto tra lo stanziamento statale dedicato e l'ammontare complessivo di risorse mobilitate lo scorso anno, tuttavia, mostra che essi sono ancora ben lontani dal diventare una priorità.

L'esperienza del Piano potrà servire alla complessiva riforma del welfare, poiché quelli della prima infanzia sono gli unici livelli introdotti sinora nei servizi alla persona.¹⁰ Tanti aspetti su come tradurre i livelli in pratica si potranno comprendere solo attraverso l'esperienza: le conoscenze ottenute grazie a quella maturata nella prima infanzia saranno utili anche ad altri settori.

Bibliografia

- Anttonen, A., Baldock, J. e Sipilä, J. (2003), *The Young, the Old and the State. Social Care Systems in Five Industrial Nations*, Cheltenham, Edward Elgar.
- Baldini, M. e Bosi, P., 2008, *Le politiche sociali del Governo di Centrosinistra*, in AA.VV., "La politica in Italia. Edizione 2008", Bologna, Il Mulino, in corso di pubblicazione.
- Bosi, 2007, *Le politiche sociali per la Famiglia*, Intervento alla Conferenza Nazionale per la Famiglia, Firenze, maggio.
- Bettio, F., e Plantenga, J. (2004), *Comparing Care Regimes in Europe*, in "Feminist Economics", 10, 1, pp. 85-113.
- Borini, T. (2005), *La prima infanzia nell'azione legislativa*, in Vicarelli, G. (a cura di), "Il malessere del welfare", Napoli, Liguori, pp. 161-177.
- Brunetti, M e Tardiola, A., 2007, *Il Piano Asili*, in Guerzoni L. (a cura di), "Le politiche di sostegno alle famiglie con figli. Il contesto e le proposte", Bologna, Il Mulino, pp. 159-172.
- Cabras, D., 2007, *Un primo livello essenziale in materia di servizi socio-educativi per l'infanzia*, in www.federalismi.it, numero 19/2007.
- Da Roit, B. e Sabatinelli, S. (2005), *Il modello mediterraneo di welfare tra famiglia e mercato*, in "Stato e Mercato", 74, pp. 267-290.
- Faltoni, G e Peruzzi, P., 2007, *Qualità e costi dei servizi alla prima infanzia*, in "Prospettive sociali e Sanitarie", 22, pp. 1-5.
- Gori, C. (2005), *Le politiche sociali nell'Italia delle disuguaglianze*, in "Il Mulino", 6, pp. 1101-1111.
- Gori, C (2007), *I livelli essenziali, un'opportunità per la prima infanzia*, in Guerzoni L. (a cura di), "Le politiche di sostegno alle famiglie con figli. Il contesto e le proposte", Bologna, Il Mulino, pp. 135-157.
- Hiilamo, H. (2004), *Changing Family Policy in Sweden and Finland during the 1990s*, in "Social policy and administration", 1, pp. 21-40.
- Istat, (2007), *Essere madri in Italia*, Roma, Istat, disponibile su www.istat.it
- Istituto degli Innocenti (2006), *Inidi e gli altri servizi educativi integrativi per la prima infanzia*. Quaderno n° 36, disponibile sul sito www.minori.it
- L'Unione (2006), *Per il bene dell'Italia. Programma di Governo 2006-2011*, Roma, disponibile sul sito www.unioneweb.it
- Ministero della Solidarietà sociale (2006), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali. Il parte: i servizi sociali territoriali*, Roma, reperibile sul sito www.welfare.gov.it.
- Musatti, T., 2007, *Prima della scuola: i servizi educativi per i più piccoli*, in "Economia e Lavoro", 1.
- Naldini, M. (2005), *Le politiche sociali in Europa*, Roma, Carocci
- Osservatorio nazionale per l'infanzia, (2004), *L'eccezionale quotidiano. Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*, Roma, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Note

1 Il percorso prefigurato ipotizza una riforma dedicata ai servizi per la fascia 0-2 anni. Esiste un dibattito sulla necessità o meno di inserire questa in una più ampia riforma riguardante l'insieme dei servizi sino ai 6 anni, con implicazioni sulla loro natura (educativa o meno) dei servizi e sulle modalità di finanziamento. Non si entra qui in tale dibattito, la presente proposta può essere implementata sia autonomamente sia nell'ambito di una più ampia riforma.

2 Il governo Berlusconi ha - come detto - introdotto due fondi specifici dedicati alla prima infanzia. Il Fondo nazionale "per la costruzione e la gestione degli asili nido nonché di micro-nidi nei luoghi di lavoro" (Finanziaria 2002) e il Fondo di rotazione per i nidi in azienda (Finanziaria 2003), entrambi dichiarati incostituzionali dalla Corte. In ogni modo, l'ammontare di risorse stanziate non era tale da compensare i

tagli nelle linee di finanziamento principali, i trasferimenti agli enti locali e il Fondo Nazionale Politiche Sociali (Gori, 2005).

3 I dati sull'offerta esistente impiegati da qui in avanti sono di fonte Istat, riferiti al 2003. Sono quelli dell'indagine censuaria sulla spesa sociale dei Comuni del 2005, impiegati anche dal Ministero della Solidarietà Sociale nelle proprie elaborazioni. Li si utilizza per coerenza con le stime di Brunetti e Tardiola, che vi fanno riferimento. Esiste un'altra base dati nazionale sui nidi, quella dell' "Istituto degli Innocenti", la quale presenta alcune differenze ma non tali da alterare le tendenze illustrate. Nella Tabella 1 sono stati utilizzati i dati degli Innocenti perché essi sono disponibili per diversi momenti nel tempo mentre quelli della censuaria Istat sinora solo per il 2003.

4 La proposta della "Consulta Rodari"/Democratici di sinistra intende introdurre i seguenti "livelli essenziali delle prestazioni del sistema integrato per l'infanzia", destinato ai bambini tra 0 e 6 anni: a) omogeneità di titoli di studio e formazione richiesti agli insegnanti ed agli educatori, b) rapporto territoriale ottimale tra il numero dei servizi educativi e di istruzione e la popolazione infantile, anche con riferimento al tasso di natalità, al tasso di occupazione delle donne con figli minori, alla presenza di situazioni di disagio sociale, alla presenza o al rischio di povertà o di devianza minorile, c) standard minimi strutturali e di funzionamento dei servizi, anche con riferimento alla ricettività, al dimensionamento e ai requisiti igienico-sanitari; standard minimi di qualità degli spazi ambientali interni ed esterni, delle mense, dei servizi e dei tempi delle diverse attività, ivi comprese quelle motorie, d) la presenza di adeguate strutture di coordinamento pedagogico, e) l'adeguato rapporto quantitativo tra insegnanti o educatori e bambini, f) la partecipazione attiva e informata dei genitori al progetto educativo e alle attività, g) l'accoglienza e il sostegno delle diversità linguistiche, etniche, religiose e di quelle correlate alla disabilità. Questi livelli sono indicati nell'articolo 6 della Proposta di legge di iniziativa popolare "Diritto delle bambine e dei bambini all'educazione e all'istruzione dalla nascita fino a sei anni", presentata il 1 giugno 2005, reperibile in www.consultarodari.org/proposte/PDL5902nidiscuoleinfanzia.pdf

5 In materia di costi, oltre al contributo di Brunetti e Tardiola in bibliografia ed alle fonti lì citate si possono vedere il sito dell'Istituto degli Innocenti (www.minori.it), un rapporto del Ministero della Solidarietà Sociale (2006) e le ipotesi di Pesaresi (2006).

6 Vengono coperte le spese di gestione per i mesi dell'anno solare in cui l'asilo viene aperto e per l'intero anno solare successivo.

7 Una simile scelta, peraltro, è coerente con la natura educativa ormai riconosciuta ai nidi (cfr. la citata sentenza 370/2003 della Corte Costituzionale).

8 Uno sguardo alla tavola 3 permette di motivare l'opinione sulla fattibilità dei 100.000 nuovi posti in una legislatura espressa sopra (par. 1.2). Il contributo di Brunetti e Tardiola chiarisce, invece, perché raggiungere l'obiettivo del 33% di utenza in una legislatura (strategia di Lisbona) non è realistico.

9 Nel distribuire le proprie risorse, dunque, lo Stato dovrebbe cercare una sintesi tra tre obiettivi: a) portare tutto il paese ad un livello base, b) far crescere ogni Regione, c) introdurre incentivi che premiano le Regioni a maggiore percentuale di crescita. Il punto non è qui approfondito ma sembra possibile trovare tale sintesi.

10 Ci si riferisce all'insieme dei servizi socio-educativi, sociali e sociosanitari. Per i servizi sociosanitari sono stati introdotti alcuni livelli essenziali, nel 2001, che di fatto riguardano esclusivamente la suddivisione della spesa tra sociale e sanità, e che sono stati poco applicati. Al momento di consegnare questo scritto i livelli sociosanitari sono oggetto di revisione.

Analisi specifiche

La normativa statale e regionale sui livelli essenziali

Franco Pesaresi

Dirigente Servizi sociali, Comune di Ancona, Presidente Anoss

1. IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

La determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale spetta, come è noto, allo Stato (Legge costituzionale n. 3/2001), che non vi ha ancora provveduto.

La terminologia usata nella legislazione nazionale è leggermente cambiata nei vari passaggi normativi, contribuendo a creare qualche elemento di difformità nelle parole e nei concetti adottati anche dalle singole Regioni.

Si passa infatti dai “livelli essenziali e uniformi delle prestazioni” dell’art. 9 della l. 328/00, ai “livelli essenziali delle prestazioni assistenziali” della l. 296/06, passando attraverso anche altre variabili, che seppur intendono la medesima sostanza, denotano un’attenzione definitoria ed un rigore metodologico migliorabile (cfr. tavola 1).¹ Il principale punto di riferimento è comunque la Carta costituzionale, che li definisce invece “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali”, che ci permettiamo di rappresentare con l’acronimo Leps (livelli essenziali delle prestazioni sociali).

L’atto normativo che ha fornito le indicazioni generali sulla metodologia per la costruzione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali è stato il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, che invita a costruirli con l’ausilio di una griglia articolata su tre dimensioni: le aree di intervento, le tipologie di servizi e prestazioni e le direttrici per l’innovazione. Le tre dimensioni dovrebbero essenzialmente servire a rispondere ai seguenti quesiti: a) Livelli essenziali per chi? b) Per erogare quali prestazioni e servizi? c) Come? Pertanto, delle tre dimensioni, solo le prime due servono effettivamente a identificare i livelli essenziali delle prestazioni sociali, mentre la terza dimensione - quella delle direttrici dell’innovazione - non fornisce un contributo in questo senso, dato che interviene sulle priorità di politica sociale e sulle modalità di utilizzo delle prestazioni sociali.

Sulla base di questi elementi, è possibile costruire una griglia articolata solo sulle prime due dimensioni, che consenta una classificazione di tutte le prestazioni sociali (cfr. tavola 2). Dentro la griglia vanno inserite le singole prestazioni da identificare.

TAVOLA 1 Definizioni normative nazionali dei livelli essenziali		
Termine	Definizione	Norma di riferimento
Livelli essenziali e uni-formi delle prestazioni	Non definiti	art. 9 c. 1 lett. b l. 328/00
Livello essenziale delle prestazioni sociali	Definisce gli interventi erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche e i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale.	art. 22 c. 2 l. 328/00
Livelli essenziali delle prestazioni sociali	Disegnati nei limiti delle risorse del fondo nazionale per le politiche sociali e tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alle politiche sociali con riferimento alla necessità di garantire un insieme di interventi giudicati prioritari ed essenziali e con riferimento a una griglia articolata su tre dimensioni: 1) le aree di intervento; b) le tipologie di servizi e prestazioni; 3) le direttrici per l'innovazione.	dpr 3/5/2001
Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali	Devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.	l. cost. 3/01
Livelli essenziali delle prestazioni	Sono definiti nei limiti della risorse ripartibili dal fondo nazionale per le politiche sociali, tenendo conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle Regioni e dagli enti locali e nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica dal Dpef.	art. 26 l. 289/02
Livelli essenziali delle prestazioni assistenziali	Da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.	art. 1 c. 1264 l. 296/06

Le prime simulazioni effettuate con l'utilizzo della griglia hanno dimostrato la necessità di un adeguamento della stessa; tra le tipologie di servizi e prestazioni infatti risulta fuorviante e inefficace la proposta di classificare insieme strutture residenziali e semiresidenziali, distinte a loro volta in due diverse tipologie (per soggetti con fragilità sociale e relative a strutture a carattere comunitario). Molto più semplice e chiaro prevedere una tipologia per tutte le strutture residenziali e una tipologia per tutte le strutture semiresidenziali (cfr. tavola 2).

Anche sul fronte delle aree di intervento della griglia sono opportuni degli interventi di aggiustamento, alcuni dei quali necessari; per esempio, l'area "avvio della riforma" appare non appropriata ai fini classificatori delle prestazioni e potrebbe essere sostituita dall'area generica dell'"utenza indifferenziata" (o delle politiche per la popolazione) per tutti quegli interventi rivolti a tutta la popolazione (per distinguerla dalle altre aree, che puntano a un singolo *target*: anziani, minori, disabili, ecc.) (cfr. tavola 2).

L'art. 22 della l. 328/00 fornisce delle indicazioni utili, seppur generali, per identificare le prestazioni e gli interventi da inserire nella griglia.

TAVOLA 2 Griglia per la definizione dei Leps					
Tipologie di servizi e prestazioni	Servizio sociale professionale e segretariato sociale per l'informazione e consulenza al singolo e alle famiglie	Servizio di pronto intervento sociale per situazioni di emergenza personali e familiari	Assistenza domiciliare	Strutture residenziali e semi-residenziali per soggetti con fragilità sociali	Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario
Aree di intervento					
Responsabilità familiari					
Diritti dei minori					
Persone anziane					
Contrasto della povertà					
Disabili					
Droghe					
Avvio della riforma					
Direttrici per l'innovazione	Partecipazione attiva delle persone nella definizione delle politiche che le riguardano; integrazione degli interventi sociali e sociosanitari; promozione della concertazione e della collaborazione fra tutti i soggetti pubblici e privati; potenziamento dell'informazione e sportelli della cittadinanza; sviluppo domiciliarietà e deistituzionalizzazione; diversificazione e personalizzazione dei servizi e delle prestazioni, innovazione nei titoli per l'acquisto dei servizi.				
Note: Gli immigrati non sono stati inseriti come area a sé, bensì ricompresa trasversalmente nelle altre aree.					
Fonte: Dpr 3/5/2001.					

Si dice infatti che “costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi” gli interventi di seguito indicati:

- a) “misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;
- b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
- c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio, tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l’inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza;
- d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari per favorire l’armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- e) misure di sostegno alle donne in difficoltà;
- f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili; realizzazione dei centri socio-riabilitativi e delle comunità alloggio, e dei servizi di comuni-

tà e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;

g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;

h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;

i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto”.

Per l'identificazione delle singole prestazioni da inserire nei livelli essenziali, occorre tener conto anche delle indicazioni contenute nel Dpcm 29/11/2001, relativo alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) sanitaria. All'interno di tale Decreto, infatti, sono elencati anche i livelli essenziali che fanno riferimento a tipologie erogative di carattere sociosanitario, ovvero a 8 specifiche prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo attribuibile all'utente o al Comune. Si ritiene conseguentemente che le prestazioni sociosanitarie relative ai Lea, ma i cui costi possono ricadere in parte sul Comune, facciano automaticamente parte anche dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps) visto che, già per il fatto di appartenere ai Lea, devono essere garantite in tutto il territorio nazionale.

Esse sono:

1. assistenza programmata a domicilio (Adi e Adp), per le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona;
2. attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali, per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi;
3. attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani, per le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo;
4. attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie, per le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale;
5. attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali, per le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi;
6. attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi

a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali, per le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili privi del sostegno familiare;

7. attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani, per le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo;

8. attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone affette da Aids, per le prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale.

I livelli essenziali delle prestazioni vanno garantiti, come indicato all'art. 22 c. 4 della l. 328/00, per ogni ambito territoriale, tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali.

Mentre vengono fornite delle indicazioni, seppur generiche, per l'identificazioni delle singole prestazioni che possono far parte dei Leps, non vengono invece definiti i criteri di carattere generale per la valutazione, l'ammissibilità e la selezione delle prestazioni da inserire nei Leps, atteso comunque che a questa fase si dovrà in ogni caso arrivare.

Le uniche indicazioni sui criteri generali che la normativa fornisce, peraltro in modo disorganico e disperso in vari articoli, sono relative solamente ai criteri di accesso alle prestazioni. In esse si stabilisce:

1. che l'accesso ai Leps è basato solo sul bisogno, fatta salva la possibilità di chiedere ai fruitori una partecipazione al costo dei servizi in base alla loro condizione economica (per salvaguardare il criterio dell'equità);
2. una serie di criteri di priorità di accesso alle prestazioni rinvenibili soprattutto all'art. 2 c. 3 della l. 328/00 (cfr. tavola 3), ma che sono distribuite anche negli artt. 14, 15 e 16 della stessa legge, o di obiettivi quantitativi da raggiungere, limitati per ora al sistema dei servizi socio-educativi (art. 1, c. 1259, l. 296/06).

In definitiva, la normativa consegna allo Stato e alle Regioni una serie incompleta di criteri per la costruzione dei livelli essenziali delle prestazioni, che fa riferimento esclusivamente:

- alla necessità di individuare le prestazioni dei Leps all'interno della griglia (cfr. tavola 2) proposta dal Piano sociale nazionale e dell'art. 22 della l. 328/00;
- in ogni ambito territoriale;
- nei limiti delle risorse rese disponibili dallo Stato, dalle Regioni e dagli enti locali;
- privilegiando l'erogazione di prestazioni sociali a favore di particolari soggetti bisognosi (cfr. tavola 3).

L'identificazione dei Lea sanitari, invece, ha seguito un percorso normativo in cui i principi di riferimento per la loro costruzione sono stati enunciati, seppur genericamente. La legge (art. 1, D.lgs. 229/99), infatti, ha stabilito che i Lea sono definiti (dal Piano sanitario nazionale) nel rispetto dei seguenti principi:

TAVOLA 3 Criteri per la costruzione dei Leps

Criterio	Riferimento normativo	Note/adempimenti
Identificazione e classificazione delle prestazioni sociali	dpr 3/5/2001	Per questo scopo si utilizza la griglia indicata nella tavola 2 con le indicazioni dell'art. 22 c. 2 della l. 328/00 e del Dpcm 29/11/2001.
Compatibilità economica Leps definiti nei limiti delle risorse ripartibili dal Fnps e delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale da Regioni ed enti locali	art. 22 c. 2 l. 328/00 art. 26 l. 289/02	Occorre conoscere le risorse destinate alla spesa sociale da parte delle Regioni e dei Comuni per poter definire i Leps.
Territorializzazione Leps definiti per ogni ambito territoriale	art. 22 c. 4 l. 328/00	Occorre che le Regioni ripartiscano il loro territorio in ambiti territoriali.
Individuazione delle prestazioni prioritarie o degli obiettivi	art. 2 c. 3 l. 328/00 art. 1 c. 1259 l. 296/06	Sono prioritarie le prestazioni sociali a favore di soggetti bisognosi: <ul style="list-style-type: none"> • in condizioni di povertà o di limitato reddito; • con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico o psichico; • con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro; • sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria. I livelli essenziali delle prestazioni del sistema territoriale dei servizi socio-educativi* sono stabiliti al fine di favorire il conseguimento entro il 2010 dell'obiettivo comune della copertura territoriale del 33% fissato dal Consiglio d'Europa e di attenuare gli squilibri esistenti tra le diverse aree del Paese.

Note: * Al quale concorrono gli asili nido, i servizi integrativi e i servizi innovativi nei luoghi di lavoro, presso le famiglie e presso i caseggiati.

- della dignità della persona umana;
- del bisogno di salute;
- dell'equità nell'accesso all'assistenza;
- della qualità delle cure;
- dell'appropriatezza delle cure rispetto alle specifiche esigenze;
- dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 ha infine riepilogato il sistema di garanzie costruito attorno ai Lea (tavolo di monitoraggio, commissione di revisione dei Lea, commissione unica per i dispositivi medici), ridefinendo i "servizi essenziali, intesi come accettabili sul piano sociale nonché tecnicamente appropriati ed efficaci, in quanto fondati sulle prove di evidenza ed erogati nei modi economicamente più efficienti".

Queste ultime indicazioni, non pienamente rinvenibili nella normativa nazionale sui Leps, a nostro avviso possono comunque rappresentare un valido punto di riferimento anche per la costruzione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali e per il relativo sistema di garanzie da realizzare.

2. LIVELLI ESSENZIALI E REGIONI

In attesa della definizione da parte dello Stato dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali, le Regioni hanno avviato una riflessione su questo argomento. È così cominciato un percorso regionale relativo all'identificazione dei Leps, che spesso ha ripreso la normativa nazionale e, in qualche raro caso, è andato oltre, identificando le prime prestazioni da garantire nell'ambito degli stessi livelli essenziali. Per altri aspetti di competenza regionale, invece, gli orientamenti delle Regioni hanno assunto un carattere definitivo con la definizione di due elementi indispensabili per il disegno dei Leps: stiamo parlando dell'identificazione dei beneficiari e del territorio di riferimento per l'erogazione delle prestazioni facenti parte dei livelli. Tutti e tre questi aspetti sono affrontati nella presente ricognizione delle normative regionali. Naturalmente, anche altri elementi sono importanti per definire i contenuti dei livelli essenziali, primo fra tutti quello relativo ai criteri di accesso alle prestazioni, ma questi non sono stati toccati dalle scarse normative nazionali e quindi non trattati neanche in questa ricerca.

2.1. Aspetti definitivi

La prima Regione italiana che ha inserito nei propri atti formali il concetto di livelli/prestazioni essenziali è stata la Liguria, nel 1998. A quell'epoca si parlava di "Prestazioni essenziali e uniformi". Successivamente la discussione ha coinvolto anche altre Regioni e si è via via modificata anche la terminologia utilizzata sotto l'influenza delle normative nazionali approvate nel biennio 2000-2001. Infatti, nel primo periodo 1998-2000, per indicare concetti assimilabili si sono utilizzati termini come "prestazioni essenziali e uniformi" o "rete dei servizi essenziali", mentre dal 2001 sono comparsi i termini più legati alla normativa nazionale come "livelli essenziali", seppur accompagnati da un serie eccessiva di varianti terminologiche (cfr. tavola 4). Il gruppo di Regioni più ampio - formato da 8 Regioni - utilizza il termine "Livelli essenziali delle prestazioni sociali", che riprende la terminologia usata nell'art. 22 della l. 328/00, mentre altri gruppi meno numerosi utilizzano la denominazione "Livelli essenziali di assistenza sociale" (3), "Livelli essenziali delle prestazioni" (3) o, ancor più semplicemente, "Livelli essenziali" (3). Altre Regioni, infine, hanno utilizzato denominazioni più solitarie (cfr. tavola 4). Queste differenziazioni terminologiche non supportate da una diversità di contenuti e di argomentazioni risultano del tutto ingiustificate.

Trattandosi di materia di competenza esclusiva dello Stato, le Regioni, salvo alcune eccezioni, hanno dedicato poco spazio al tema dei livelli essenziali, giusto una collocazione concettuale per dare alcune indicazioni operative e soprattutto di priorità agli enti locali che devono preparare i piani di zona. Infatti, solo pochissime Regioni hanno provato a dare una definizione dei Leps. Da una parte la Sicilia, il Lazio e il Veneto (proposta di legge) li hanno definiti come "Prestazioni e servizi sociali idonei a garantire cittadinanza sociale e qualità della vita alle persone e alle famiglie, nonché

TAVOLA 4 L'evoluzione della terminologia nelle Regioni italiane

Terminologia utilizzata	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Rete dei servizi essenziali	Campania							
Livelli essenziali delle prestazioni sociali (art. 22 l. 328/00)		Sicilia	Emilia-Romagna Calabria	Molise Puglia Veneto	Toscana	V. d'Aosta Friuli V. G. Puglia	Campania	
Livelli essenziali delle prestazioni								
Livelli essenziali (art. 22 c. 4 l. 328/00)	Abruzzo	Toscana Lazio						
Livelli essenziali di assistenza					Sardegna			
livelli essenziali e uniformi delle prestazioni (art. 9 lett. b l. 328/00)		Marche						
livelli essenziali e omogenei delle prestazioni								
Livelli essenziali di assistenza sociale				Piemonte				
Livelli uniformi delle prestazioni sociali					Abruzzo	Liguria	Basilicata	Lombardia

Fonte: bibliografia.

pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli”. Di segno diverso il Piemonte, la cui legislazione dispone che i “livelli costituiscono la risposta minima e omogenea che i Comuni, tramite gli enti gestori istituzionali, sono tenuti a garantire su tutto il territorio piemontese”. Seppur confinante, la Valle d’Aosta si distacca moltissimo da quest’ultima definizione. La piccola Regione, infatti, distingue tra nucleo essenziale del diritto e livello essenziale delle prestazioni. Il “nucleo essenziale”, secondo la Valle d’Aosta, può essere considerato sinonimo di quel “livello minimo” di prestazioni, al di sotto del quale viene meno la garanzia costituzionale e che, pertanto, risulta essere un “livello irrinunciabile”. Di conseguenza, il livello essenziale delle prestazioni è “qualcosa in più” rispetto al livello minimo (o irrinunciabile) del diritto (l.r. 13/06).

Dietro queste diverse definizioni sembrerebbero esserci almeno due diverse concezioni; da una parte il Piemonte che, unica Regione in Italia, ha dato inequivocabilmente il significato di livelli minimi ai livelli essenziali, mentre dall’altra parte troviamo le altre Regioni, che hanno collocato i Leps a un livello superiore del livello minimo, tanto da considerarli come uno strumento per lo sviluppo della società, da utilizzare per migliorare la qualità della vita e dare più opportunità alla popolazione, specie quella più debole.

In realtà, tali differenti visioni, se davvero esistono, si potranno verificare solo in sede di declinazione dei Leps da parte delle singole Regioni.

2.2. I criteri per l'identificazione dei livelli

Alcune Regioni hanno cercato di definire i criteri per l'identificazione dei Leps o, più correttamente, delle prestazioni e degli interventi da collocare nei Livelli essenziali. Gli orientamenti delle Regioni che si sono misurate con questi problemi sono, finalmente, abbastanza omogenei. In particolare, la Toscana e il Veneto hanno affrontato più approfonditamente questi aspetti.

La Toscana ritiene che per identificare i Leps occorre che siano precisate:

- a) la modalità e l'entità del finanziamento, su base *pro capite* ponderata, da garantire in tutto il territorio regionale;
- b) la modalità di erogazione e di dimensionamento nel territorio delle risposte sociali e sociosanitarie, con riferimento alla popolazione assistita, ai bisogni della popolazione, tenendo conto che in ogni ambito territoriale vanno comunque garantite funzioni di accesso universalistico e di valutazione professionale del bisogno, funzioni di promozione e prevenzione, funzioni di pronto intervento sociale, funzioni di intervento domiciliare, intermedio e residenziale;
- c) le modalità di valutazione dei risultati di efficacia verificabili con indicatori di salute e di benessere sociale idonei a documentare l'efficacia delle azioni di piano.

Con un linguaggio leggermente diverso, ma con contenuti assimilabili, si esprime anche la Regione Veneto, secondo cui "La definizione e attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni e servizi sociali e sociosanitari è realizzata sulla base di quattro criteri: il loro finanziamento, gli indici di bisogno, le modalità di erogazione, gli indicatori di esito". Pertanto, la definizione dei livelli essenziali richiede che siano precisati:

- gli standard di erogazione dei servizi sociali e sociosanitari, con riferimento alla popolazione assistita, alle peculiarità territoriali, ai bisogni della popolazione, tenendo conto che in ogni ambito territoriale vanno garantite funzioni di segretariato sociale, interventi di natura professionale, quali il servizio sociale professionale, funzioni educative, di accudimento e di cura della persona, funzioni di promozione e prevenzione, funzioni di pronto intervento sociale per accogliere le persone e dare risposte tempestive a persone e famiglie in condizioni di emergenza sociale, funzioni di intervento domiciliare, intermedio e residenziale, con riferimento ai diversi bisogni;
- le soglie minime, di risposta necessaria ed efficace ai bisogni, verificabili con indicatori di epidemiologia sociale e sociosanitaria, tenendo conto che la mappa degli indicatori deve garantire una rappresentazione complessiva delle condizioni di vita e di qualità sociale, tale da documentare l'efficacia delle azioni di promozione sociale, contrasto dell'emarginazione e tutela dei soggetti deboli.

L'attuazione dei livelli è definita contestualmente alla predisposizione del piano di zona, sulla base di misure di finanziamento, di erogazione e di

TAVOLA 5 Regioni italiane: criteri per la definizione dei Leps		
Criteri da utilizzare per la definizione dei Leps	Note integrative	Regioni
Modalità ed entità del finanziamento	Legando la realizzazione dei Leps alle risorse disponibili.	Abruzzo, Emilia-Romagna, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto
Standard di erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari da realizzare in ogni ambito territoriale	Tenendo conto che vanno comunque garantite funzioni di accesso universalistico e di valutazione professionale del bisogno, funzioni di promozione e prevenzione, funzioni di pronto intervento sociale, funzioni di intervento domiciliare, intermedio e residenziale (Sardegna, Toscana, Veneto)	Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto
Bisogni rilevati della popolazione	Verificabili con indicatori di epidemiologia sociale e socio-sanitaria (Veneto)	Emilia-Romagna, Piemonte, Sardegna, Toscana, Veneto
Valutazione dei risultati di efficacia (o esito)	Verificabili con indicatori di salute e di benessere sociale idonei a documentare l'efficacia delle azioni realizzate	Emilia-Romagna, Piemonte, Sicilia, Toscana, Veneto
Appropriatezza		Basilicata, Emilia-Romagna
Equità		Emilia-Romagna
Adattabilità	Funzionale agli obiettivi di personalizzazione delle prestazioni	Basilicata
Multidimensionalità	Funzionale agli obiettivi di personalizzazione delle prestazioni	Basilicata
Fonte: bibliografia.		

esito. I risultati attesi di efficacia del piano di zona vengono definiti tenendo conto dei risultati della verifica dei livelli preesistenti (Dgr 1764/04).

In realtà, al di là di qualche diversità terminologica, abbiamo riscontrato una notevole consonanza delle Regioni, pur di orientamento politico diverso, nei criteri, peraltro ancora perfettibili, relativi alla definizione delle prestazioni che possono far parte dei Leps (cfr. tavola 5). Tutte le Regioni o quasi, infatti, fanno esplicito riferimento a 4 criteri:

1. il finanziamento disponibile;
2. gli standard di erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari da realizzare in ogni ambito territoriale, ovvero il dimensionamento e la distribuzione nel territorio dei servizi;
3. i bisogni rilevati della popolazione;
4. la valutazione di efficacia delle prestazioni (cfr. tavola 5).

Su un punto tutte le Regioni sono d'accordo e cioè sul fatto che l'elemento decisivo per i Leps è determinato dai finanziamenti, sia di quelli del Fondo nazionale sociale sia di quelli ben più ampi che vengono messi a disposizione a livello locale. Le Regioni hanno comunque precisato che i Leps saranno definiti (o quantomeno realizzati) in relazione all'entità di tutti i finanziamenti disponibili.

Un altro aspetto importante per le Regioni è costituito dal dimensionamento e dalla distribuzione nel territorio dei servizi, che passa, evidentemente, attraverso la definizione di standard di erogazione dei servizi stessi. Questo elemento è molto delicato per la rilevanza che ha sulle modalità di accesso ai servizi e per l'impatto finanziario sugli enti interessati. Il dimensionamento dei Leps molto probabilmente farà capo alle Regioni e ai Comuni, similmente a quanto è accaduto con i Livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea), che sono stati stabiliti a livello nazionale senza definirne il dimensionamento e la distribuzione nel territorio, così come non sono state definite le modalità di accesso.²

I Leps devono soddisfare i bisogni reali della popolazione, bisogni che vanno rilevati quantomeno con indicatori di epidemiologia sociale e socio-sanitaria. Le prestazioni individuate (o individuabili) devono essere sottoposte a una valutazione dei risultati di efficacia dell'intervento rispetto ai bisogni, verificabili con indicatori di salute e di benessere sociale idonei a documentare l'efficacia delle azioni intraprese.

Strettamente legato a questo ultimo aspetto, vi è il criterio dell'appropriatezza proposto dalle sole Regioni Emilia-Romagna e Basilicata. Nel campo del sociale potremmo definire l'appropriatezza come quella condizione che si realizza quando all'assistito, in relazione al suo bisogno, viene reso il servizio nel giusto ambito assistenziale (distrettuale), con la tipologia/modalità adeguata (domiciliare, residenziale, ecc.), al momento giusto e nella giusta quantità. In qualche caso risulta più facile definire l'inappropriatezza. Per esempio, è inappropriata una prestazione non efficace, oppure una prestazione resa in quantità non adeguata alle necessità di una persona, oppure resa a un livello assistenziale superiore o inferiore alle necessità. Il criterio dell'appropriatezza delle prestazioni è, in sostanza, un criterio innovativo per il settore sociale, ricco di potenzialità e possibili sviluppi.

2.3. L'individuazione dei livelli essenziali

Diverse Regioni hanno provato a individuare i livelli essenziali delle prestazioni sociali.

La maggior parte di queste (11 Regioni)³ ha individuato le tipologie di servizi e prestazioni dei livelli essenziali seguendo lo schema proposto nel comma 4 dell'art. 22 della l. 328/00, apportando spesso delle modificazioni (cfr. tavola 6). Le tipologie sono dei contenitori di una pluralità di prestazioni con una base organizzativa comune.

Secondo le Regioni, le prestazioni dei livelli essenziali rientrano, sostanzialmente, all'interno delle seguenti tipologie:

- Servizio sociale professionale;
- Assistenza domiciliare;
- Assistenza semiresidenziale;
- Assistenza residenziale;
- Pronto intervento sociale.

Questa classificazione riprende ampiamente ma non totalmente quanto

TAVOLA 6 Tipologie di servizi e prestazioni

Regione	Servizio sociale professionale e Segretariato sociale	Assistenza domiciliare	Assistenza semi-residenziale	Assistenza residenziale	Pronto intervento sociale	Altro
Abruzzo	All'interno dei servizi generali	Si	All'interno dei servizi intermedî	Si	All'interno dei servizi generali	
Campania	Si	Si	Si	Si	Si	Antenne sociali
Emilia-Romagna	Si	Si	Si	Si	Si	Sostegno al lavoro di cura, centri anti violenza, inserimento lavorativo disabili, tutela minori
Lazio	Si	Si	Si	Si	Si	
Liguria	Si	Si			Si	Assistenza economica, sostegno alle famiglie, ass. E inser. Disabili
Marche	Si	Si	Si	Si	Si	Promozione sociale e comunitaria
Piemonte	Si	Si + inserimento sociale	Si, insieme a quelli residenziali	Si, insieme a quelli semi-residenziali	Si	Assistenza economica, affidamento e adozioni
Puglia	Si	Si	Si, insieme a quelli residenziali	Si, insieme a quelli semi-residenziali	Si	Assistenza economica, centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario
Sicilia	Si	Si	Si	Si	Si	
Toscana	Si	Si	Si	Si	Si	Integrazione sociosanitaria
V. d' Aosta	Si	Si	Si	Si	Si	

Note: Si sono presi in considerazione solo gli atti regionali: successivi all'approvazione della l. 328/00. Il sistema classificatorio della Campania è identico a quello del Pen.

Fonte: bibliografia.

proposto nella l. 328/00, pervenendo a una soluzione più lineare e chiara. Tra le differenze con la legge quadro si rileva, per esempio, l'autonomia della tipologia dell'assistenza semiresidenziale, che nella l. 328/00, invece, è collocata insieme all'assistenza residenziale. Modificazioni vengono presentate anche dalla Regione Abruzzo, che prevede le seguenti tipologie di servizi e prestazioni: Servizi generali, Servizi domiciliari, Servizi intermedi e Servizi residenziali.

Le modificazioni più rilevanti apportate dalla maggioranza delle Regioni riguardano invece delle prestazioni che sono state aggiunte alle tipologie (cfr. colonna "Altro" della tavola 6), rendendo il tutto poco lineare e non omogeneo.

Quando si esce dalla mera identificazione delle tipologie dei servizi (cfr. tavola 6) e si aggiunge anche la dimensione delle aree di intervento (con la definizione del beneficiario), ecco che abbiamo l'identificazione delle prestazioni vere e proprie da collocare nei livelli essenziali. 14 Regioni hanno avviato questa ricerca identificando 42 prestazioni, alcune delle quali generiche e comprensive di ulteriori prestazioni (per esempio, laddove si parla di "assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani e disabili"). Il lavoro delle Regioni non è omogeneo e, in attesa delle determinazioni statali, non può essere nemmeno definitivo, per cui una delle verifiche più utili che si possono fare in questa fase è quella relativa alla numerosità delle ricorrenze delle prestazioni individuate dalle singole Regioni, per valutarne il consenso regionale e quindi la possibile collocazione definitiva delle stesse nei Leps.

Le prestazioni sociali identificate da almeno due Regioni sono solo 21. Grande consenso ricevono - e non potrebbe essere diversamente - le prestazioni generiche indirizzate ad ampie platee di beneficiari, come il segretario sociale, i servizi domiciliari residenziali e semiresidenziali, le misure di sostegno alle responsabilità familiari e per i minori (compreso l'affido), gli interventi per l'integrazione sociale delle persone disabili, le misure di contrasto della povertà e le azioni per la prevenzione, il trattamento e l'inserimento sociale delle persone con dipendenze patologiche (cfr. tavola 7).

Sorprende che solo poco più della metà delle Regioni abbia previsto il "Servizio di pronto intervento sociale", pur indicato esplicitamente dalla normativa nazionale e che solo due Regioni (cfr. tavola 7) abbiano inserito tra i livelli essenziali i servizi per la prima infanzia (asili nido, ecc.).

Il lavoro delle Regioni è stato fortemente influenzato, per le prestazioni più ricorrenti, dall'art. 22 della l. 328/00, ma numerose sono state le prestazioni aggiunte anche se spesso da una sola Regione (cfr. tavola 8).

Tra queste ultime, si trovano prestazioni obbligatorie come l'assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione dei disabili, prestazioni curiose come i Consultori privati, e altre ancora coraggiose come il Reddito minimo di inserimento (cfr. tavola 8). Il tutto ci conferma che queste prime previsioni regionali rappresentano l'avvio di un percorso che - proprio perché di competenza statale - non ha trovato un punto di approdo condiviso fra le Regioni.

TAVOLA 7 Prestazioni sociali per i Leps individuate da più Regioni

Prestazioni dei livelli essenziali individuate	Regioni
Informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la consapevole fruizione dei servizi (segretariato sociale)	13: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli V. G., Lazio, Liguria, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Valle d'Aosta
Servizi e interventi anche economici a sostegno della domiciliarità , rivolti a persone che non riescono, senza adeguati supporti, a provvedere autonomamente alle esigenze della vita quotidiana	13: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli V. G., Lazio, Liguria, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta
Servizi ed interventi residenziali e semiresidenziali volti all'accoglienza di anziani e disabili i cui bisogni di cura, tutela ed educazione non possono trovare adeguata risposta al domicilio	11: Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli V. G., Lazio, Liguria, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia
Le misure di sostegno alle responsabilità familiari	11: Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli V. G., Lazio, Liguria, Piemonte, Puglia, Sicilia, Valle d'Aosta
Interventi di sostegno per i minori in situazione di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie (affido), persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza	11: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli V. G., Lazio, Piemonte, Puglia, Sicilia, Valle d'Aosta
Gli interventi per l'integrazione sociale delle persone disabili	10: Basilicata, Calabria, Campania, Friuli V. G., Liguria, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta
Misure di contrasto delle povertà e di sostegno al reddito	10: Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli V. G., Liguria, Piemonte, Puglia, Sardegna, Valle d'Aosta
Le azioni e i servizi per la prevenzione e il trattamento delle devianze e delle dipendenze patologiche nonché per favorire l'inserimento sociale delle persone dipendenti	10: Basilicata, Calabria, Campania, Friuli V. G., Liguria, Puglia, Sardegna, Piemonte, Sicilia, Valle d'Aosta
Servizio di pronto intervento sociale per fare fronte a situazioni personali o familiari di emergenza sociale.	9: Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Sardegna, Sicilia, Toscana
Le misure di sostegno alla donna in difficoltà nella maternità e cura dell'infanzia	7: Calabria, Campania, Friuli V. G., Liguria, Piemonte, Puglia, Valle d'Aosta
La presa in carico delle persone e delle famiglie con bisogni sociali e sociosanitari (servizio sociale professionale)	7: Abruzzo, Basilicata, Campania, Lazio, Liguria, Sicilia, Toscana
Interventi di sostegno all'inserimento e reinserimento lavorativo delle persone disabili e in stato di svantaggio	5: Emilia-Romagna, Calabria, Lazio, Liguria, Sicilia
Realizzazione dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio, e dei servizi di comunità di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie	5: Abruzzo, Calabria, Friuli V. G., Lazio, Puglia
Misure di tutela dei diritti del minore	4: Liguria, Piemonte, Sardegna, Valle d'Aosta
Servizi e interventi, quali case e centri antiviolenza, finalizzati a fornire consulenza, ascolto, sostegno e accoglienza a donne, anche con figli, minacciate o vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica e di costrizione economica	4: Campania, Emilia-Romagna, Sardegna, Sicilia

continua

Consulenza alle persone e alle famiglie per favorire per promuovere iniziative di auto-mutuo aiuto	4: Calabria, Campania, Friuli V. G., Puglia
L'accoglienza e l'integrazione delle persone senza dimora	3: Basilicata, Calabria, Liguria
Il reinserimento sociale degli ex detenuti e dei soggetti in stato di detenzione, in esecuzione penale esterna o comunque sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria	3: Basilicata, Sardegna, Sicilia
Le misure per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare	3: Calabria, Liguria, Valle d'Aosta
Strutture semi-residenziali educative per minori (asili nido , ecc.)	2: Lazio, Sicilia
Servizi e interventi volti a promuovere opportunità per adolescenti e giovani nei loro ambienti di vita, anche attraverso l'utilizzo di spazi di ascolto, aggregazione e socializzazione	2: Emilia-Romagna, Sicilia
Note: Le prestazioni previste da una sola Regione sono state inserite nella tavola 8. Fonte: Abruzzo, Piano sociale regionale 2007-2009; Basilicata, LR 4/07; Calabria, LR 23/03; Campania, LR 11/07; Emilia-Romagna, LR 2/03; Friuli V. G., Dgr 3236/04; Lazio, Dgr 1408/02; Liguria, LR 12/06; Piemonte, LR 1/04; Puglia, Dgr 1104/04; Sardegna, LR 23/05; Sicilia, DP 4/11/2002; Toscana, Dcr 113/07; Valle d'Aosta, LR 13/06.	

TAVOLA 8 Prestazioni sociali previste da una sola Regione	
Prestazioni dei livelli essenziali individuate	Regioni
Accoglienza familiare di persone prive di adeguate reti familiari	Emilia-Romagna
Teleassistenza	Abruzzo
Soggiorni vacanza per anziani, disabili e minori	Sicilia
Servizi e interventi volti ad affiancare, anche temporaneamente, le famiglie negli impegni e responsabilità di cura	Emilia-Romagna
Servizio socio-psico-educativo per le famiglie	Abruzzo
Consultori privati e attività sociali nei consultori pubblici	Sicilia
Servizi e interventi di prevenzione, ascolto, sostegno e accoglienza per minori vittime di abuso e maltrattamento	Emilia-Romagna
Le azioni e i servizi di sostegno alle persone anziane	Basilicata
Assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione dei disabili	Abruzzo
Interventi di riabilitazione psico-ergoterapica	Sicilia
Reddito minimo di inserimento	Sicilia
Accompagnamento al lavoro e formazione immigrati	Sicilia
Mediazione culturale	Sicilia
Centri di accoglienza per immigrati	Sicilia
Centri di accoglienza per donne immigrate sole e/o con bambino	Sicilia
Attività di prevenzione sociale con soggetti a rischio di coinvolgimento in gruppi criminali o in situazioni di degrado	Calabria
Iniziative " di strada " per favorire l'accesso ai servizi di persone in particolari situazioni di disagio	Calabria
Iniziative di promozione sociale di gruppi sociali, quartieri e comunità locali	Calabria
Progetti sociali connessi con l'economia civile e le imprese sociali	Calabria
Punto unico di accesso	Toscana
Fonte: Abruzzo, Piano sociale regionale 2007-2009; Basilicata, LR 4/07; Calabria, LR 23/03; Emilia-Romagna, LR 2/03; Sicilia DP 4/11/2002; Toscana Dcr 113/07.	

TAVOLA 9 Regione Lazio. Livelli essenziali: aree di intervento e finalità (Dgr 1408/2002)	
Denominazione	Finalità
Segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari	Consentire a tutti i cittadini un accesso semplice e qualificato al sistema dei servizi integrati
Servizio sociale professionale	
Sostegno alle famiglie ed ai gruppi sociali	Favorire la partecipazione attiva delle persone nella definizione degli interventi che le riguardano, valorizzando tutte le risorse del territorio
Affiancamento e affido familiare	Sostenere le famiglie e/o le persone con gravi difficoltà sociali e/o educative, per il periodo di tempo strettamente necessario a superare i problemi della famiglia di origine, attraverso l'accoglienza del minore o della persona con problemi presso un'altra famiglia, di parenti o di terzi, ovvero l'affiancamento della famiglia di origine
Inserimento lavorativo	Facilitare l'inserimento lavorativo di persone che per fragilità personali o disabilità abbisognano di un sostegno e un accompagnamento graduale nel percorso di inserimento
Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare	Affrontare i bisogni urgenti di alloggio, vitto e tutela dovuti o al verificarsi di eventi o circostanze imprevisti, o al grave disagio economico, familiare e sociale di alcune persone, o, ancora, alla temporanea impossibilità di alcuni soggetti a provvedere autonomamente alle proprie esigenze di alloggio e sussistenza
Assistenza domiciliare	
Famiglia e adulti	Garantire prestazioni di natura socio-assistenziale erogate al domicilio del cittadino in condizioni di autonomia ridotta o compromessa (anziani, disabili, adulti con fragilità sociali e/o problemi di autonomia anche temporanea) al fine di consentirne la permanenza nel normale ambiente di vita, di ridurre l'esigenza di ricorso a strutture residenziali, di promuovere la responsabilità della famiglia
Genitorialità e minori	Facilitare l'integrazione sociale, di minori e adulti, attraverso un adeguato supporto educativo ai compiti genitoriali insieme all'attivazione di risposte domiciliari di accoglienza per la prima infanzia
Strutture residenziali	
Strutture residenziali per minori, di tipo familiare o comunitario: Casa famiglia, Gruppo appartamento.	Consentire l'accoglienza di minori anche disabili che temporaneamente o per situazioni di emergenza non possono permanere presso il nucleo familiare, e per i quali non siano disponibili possibilità di accoglienza presso famiglie affidatarie.

continua

Infine, occorre segnalare che tre Regioni sono andate oltre il lavoro di elencazione, identificando finalità (Abruzzo, Lazio e Sicilia) e modalità organizzative (Abruzzo e Lazio) delle singole prestazioni (cfr. tavole 9, 10 e 11).

Il lavoro di maggior dettaglio è stato realizzato dalla Regione Lazio che, nel 2002, ha approvato una griglia in cui vengono indicate le funzioni assistenziali da inserire nei Piani di zona come livelli essenziali e che devono comunque essere assicurati in ogni distretto/zona e gli interventi

Strutture residenziali per disabili adulti, di tipo familiare o comunitario: Casa famiglia, Comunità alloggio.	Accogliere disabili adulti che non abbiano la possibilità, temporanea o permanente, di permanere presso il proprio nucleo familiare.
Strutture residenziali per anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti di tipo familiare, comunitario o alberghiero: Casa famiglia, Comunità alloggio, Casa di riposo, Casa-albergo.	Offrire risposte ai bisogni di tipo alloggiativo, tutelare e di socializzazione di anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti per i quali non possano efficacemente essere organizzati servizi e interventi a domicilio.
Strutture residenziali protette per anziani non autosufficienti: Rsa	Offrire a persone non autosufficienti non curabili a domicilio che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse una risposta residenziale permanente o temporanea, con funzione di sollievo alla famiglia.
Strutture residenziali per persone con problematiche psicosociali di tipo familiare o comunitario: Casa famiglia, Comunità alloggio, Comunità di pronta accoglienza.	Bisogno di sostegno nei percorsi di autonomia e di inserimento e reinserimento sociale di adulti con disagio psichico, o ex detenuti o già dipendenti da alcool o droga; Situazioni di emergenza di adulti con disagio psichico, o ex detenuti o già dipendenti da alcool o droga; Necessità di ospitalità e alloggio per donne gestanti o madri con figli minori, che abbiano subito violenza fisica o psicologica o che siano vittime della tratta e dello sfruttamento sessuale.
Strutture semi-residenziali	
Strutture semi-residenziali autonome o organizzate presso strutture residenziali, per anziani	Garantire, unitamente ai servizi domiciliari, la permanenza al proprio domicilio di anziani parzialmente non autosufficienti, offrendo accoglienza diurna e assistenza sociale e sanitaria all'anziano e sostegno e supporto alla famiglia.
Strutture semi-residenziali di cura-assistenza per l'handicap adulto	Offrire a disabili adulti, che hanno terminato la frequenza scolastica e che non possono essere avviati ad un inserimento lavorativo, a pazienti psichiatrici e a tossicodipendenti, accoglienza diurna e assistenza socio-riabilitativa. Offrire, inoltre, sostegno e supporto alla famiglia
Strutture semi-residenziali educative per minori	Offrire una risposta qualificata e flessibile ai bisogni sociali ed educativi dei minori attraverso: la creazione di spazi di gioco per bambini fino a tre anni, anche accompagnati da genitori, nonni, ecc., con la presenza di operatori di supporto alla funzione genitoriale; creazione di spazi socio-educativi per l'infanzia e l'adolescenza per attività di natura ricreativa, sportiva, culturale con la presenza di operatori di supporto
Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario	Garantire una risposta temporanea, anche immediata, a bisogni urgenti di vitto, alloggio e tutela

e le prestazioni che possono rappresentarne l'articolazione strumentale. Lo schema dei livelli essenziali presentato dalla Regione Lazio riprende le indicazioni della l. 328/00 e del Piano sociale nazionale, prevedendo le varie tipologie di prestazioni e servizi, articolandole per le varie aree di intervento, come si evidenzia nella tavola 9. Ognuno dei 14 servizi/interventi viene poi descritto nel dettaglio in apposite schede che dettano indicazioni organizzative, l'individuazione dei beneficiari e anche gli obiettivi operativi relativi

**TAVOLA 10 | Livelli essenziali di assistenza sociale in Abruzzo
(Piano sociale regionale 2007-2009)**

	Prestazioni	Descrizione
Servizi generali	Segretariato sociale	Attività di informazione e consulenza in risposta al bisogno di informazione dei cittadini, con l'obiettivo di promuovere l'esigibilità dei diritti sociali. È strumento di orientamento del cittadino e di conoscenza di tutte le risorse della comunità: pubbliche, del terzo settore, private. Assolve anche alle funzioni di: <ul style="list-style-type: none"> • "porta unitaria" di accesso ai servizi sociali e sociosanitari quando, oltre a un bisogno informativo, si manifestano bisogni di natura sociale e sociosanitaria; • "osservatorio", in risposta all'esigenza di disporre di uno strumento di lettura dei fenomeni di evoluzione dei bisogni sociali e di monitoraggio delle risorse disponibili. Il servizio di segretariato sociale è organizzato ed attuato in ciascun ambito territoriale in conformità alle indicazioni contenute nel modello regionale di segretariato sociale allegato al Piano sociale.
	Servizio sociale professionale	Attività finalizzata alla lettura e decodificazione della domanda, alla presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale, all'attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse in rete, all'accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione. Il servizio dispone almeno di n. 1 assistente sociale ogni 7000 abitanti residenti, con un impegno minimo di 36 ore settimanali, ed è dotato di adeguato supporto amministrativo.
	Pronto intervento sociale	Interventi temporanei di sostegno e soccorso ai soggetti in difficoltà e a rischio di emarginazione, finalizzati ad assicurare la tempestiva capacità di fronteggiare le emergenze personali e dei nuclei familiari. Il servizio di pronto intervento sociale è organizzato ed attuato con il coordinamento delle province, in conformità alle indicazioni contenute nel documento di linee-guida allegato al Piano sociale e con il coinvolgimento del call center regionale.
Servizi domiciliari	Assistenza domiciliare	Servizio finalizzato a favorire il mantenimento nel proprio nucleo familiare e contesto sociale delle persone a rischio di emarginazione o parzialmente non autosufficienti che necessitano di interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale o socio-educativa a domicilio.
	Assistenza domiciliare integrata	Servizio finalizzato ad evitare ricoveri ospedalieri impropri e a mantenere nel proprio ambiente di vita le persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, con l'erogazione a domicilio di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative).
	Teleassistenza e altre forme di assistenza telefonica	Attività finalizzata ad assicurare una tutela a distanza e a favorire l'autonomia possibile, sia con la pronta disponibilità a ricevere le segnalazioni degli utenti in caso di emergenza, sia con contatti programmati con gli assistiti. Si realizza attraverso l'attivazione di un servizio di assistenza telematica e/o telefonica a domicilio e si raccorda con i servizi di pronto intervento e sociale e di pronto soccorso, anche con l'eventuale apporto del servizio di contact center regionale.

continua

alla diffusione dei singoli servizi nel territorio.⁴ Per fare qualche esempio concreto, si dice, fra l'altro, che occorre realizzare un centro diurno per anziani e un centro diurno per disabili in ogni distretto, e così via. Colpisce positivamente che per ogni servizio o struttura la Regione Lazio disponga

Servizi intermedi	<p>Centro diurno Attività di socializzazione, aggregazione, recupero, sostegno (con funzioni di sollievo anche alla famiglia con gravi carichi assistenziali in particolari momenti della giornata), svolte presso strutture polivalenti, di tipo aperto, rivolta a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • minori, per la prevenzione e/o il superamento di situazioni di bisogno o disagio/devianza, al fine di favorire lo sviluppo della personalità del minore, anche attraverso l'apporto del progetto educativo individualizzato; • disabili, per la prevenzione dell'istituzionalizzazione, lo sviluppo delle abilità operative, il miglioramento dell'autonomia della persona, la costruzione di una rete di relazioni e l'integrazione sociale, anche attraverso un adeguato percorso di inserimento lavorativo; • anziani, per la prevenzione dell'istituzionalizzazione, il sostegno e sollievo all'anziano e alla famiglia, il miglioramento/mantenimento dell'autonomia residua della persona.
Servizi intermedi	<p>Servizio socio-psico-educativo per le famiglie Interventi di sostegno, erogati in apposite strutture o a domicilio, destinati a famiglie e nuclei familiari con soggetti a rischio di emarginazione, finalizzati a favorire la promozione, il trattamento e l'integrazione sociale del soggetto in difficoltà e della famiglia, favorendo l'autonoma capacità di affrontare le situazioni di disagio familiare.</p> <p>Servizio affidamento familiare e adozioni Attività di intermediazione e supporto finalizzata, in caso di affidamento, a favorire l'accoglienza temporanea di un minore in un nucleo familiare quando la famiglia di origine sia momentaneamente impossibilitata a provvedervi in modo adeguato; in caso di adozione, a proteggere e tutelare la crescita di un minore in stato di abbandono attraverso l'accoglienza definitiva in un nucleo familiare. Per il servizio adozioni, l'equipe territoriale integrata per l'adozione nazionale e internazionale provvede alle attività istruttorie e di sostegno in collegamento con il Tribunale per i minorenni, la Regione, la Commissione per le adozioni internazionali.</p> <p>Assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione dei disabili Servizio che viene svolto nell'ambito scolastico, al fine di garantire il diritto allo studio degli alunni in situazione di handicap. Gli interventi sono realizzati al fine di favorire la piena partecipazione alla vita scolastica del disabile che, in tal modo, rafforza ed implementa le proprie abilità. È un supporto all'alunno disabile nei percorsi educativi e relazionali e non attiene alla cura materiale dello stesso e/o alla sua custodia (a cui è tenuta l'Amministrazione scolastica). La necessità dell'intervento deve essere rilevata dal gruppo multidisciplinare nell'ambito della predisposizione del P.E.I. (progetto educativo individualizzato). Qualora il servizio di assistenza scolastica sia rivolto agli alunni disabili delle scuole superiori, lo stesso viene attuato dalle Province.</p> <p style="text-align: right;"><i>continua</i></p>

degli obiettivi da realizzare entro la scadenza del Piano sociale regionale, che indica anche la volontà di costruire gradualmente una rete di servizi completi e, in prospettiva, esigibili quantomeno nella misura stabilita.

Interessante, da questo punto di vista, è anche l'elaborazione della Regione Abruzzo (cfr. tavola 10), che prevede un'articolazione sul territorio regionale dei livelli essenziali, stabilendo nel contempo le modalità di funzionamento dei servizi e alcune norme organizzative relative (Psr 2007-2009). Si dice, per esempio, che il Servizio sociale professionale dispone almeno di un assistente sociale a tempo pieno ogni 7.000 abitanti, mentre il segretariato sociale deve essere attivato in ogni ambito territoriale.

Sempre su questo fronte, la Regione Campania ha stabilito che il servizio

segue TAVOLA 10

Servizi residenziali	<p>Comunità di tipo familiare</p> <p>Servizio residenziale gestito da un nucleo familiare, finalizzato a prevenire l'istituzionalizzazione e ad offrire accoglienza in un ambiente di tipo familiare a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • minori, per favorire la ricostituzione del contesto familiare e la prevenzione e/o il superamento di situazioni di bisogno o di disagio con azioni prevalentemente educative e socio-assistenziali, anche attraverso l'apporto del progetto educativo individualizzato; • disabili, per il sostegno alla vita quotidiana, lo sviluppo delle abilità operative e sociali in rapporto alle potenzialità e capacità individuali, il miglioramento dell'autonomia della persona e il supporto in un eventuale percorso di inserimento lavorativo, nell'ambito del progetto educativo individualizzato; • anziani, per il sostegno alla gestione della vita quotidiana e alla cura della persona.
	<p>Comunità educativa per minori e disabili</p> <p>Servizio residenziale finalizzato alla prevenzione e/o al superamento di situazioni di bisogno, di disagio fisico, psichico e relazionale, attraverso l'attuazione di interventi educativi o di reinserimento sociale con l'obiettivo di ricreare un contesto il più possibile vicino a quello familiare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • comunità educativa per minori: accoglie temporaneamente il minore, qualora la famiglia di origine sia incapace o impossibilitata ad assolvere al proprio compito, favorendo l'armonico sviluppo della personalità per mezzo del progetto educativo individualizzato; che promuova i rapporti di solidarietà all'interno del gruppo dei pari, l'educazione alla condivisione di regole organizzative, i rapporti positivi dei ragazzi/ragazze con le loro famiglie e la partecipazione degli adolescenti alla progettualità ed alle decisioni relative ai diversi interventi con la scuola; • comunità alloggio per persone con disabilità: accoglie persone con disabilità di tipo fisico, psichico, sensoriale, intellettuale o relazionale, promuovendo interventi che mirino al supporto ed al miglioramento della vita quotidiana, allo sviluppo delle abilità operative in rapporto alle potenzialità e alle capacità individuali ed alla promozione dell'autonomia della persona. Tali interventi si concretizzano mediante l'organizzazione di attività ricreativo-culturali ed educative collegate con il territorio, ovvero attraverso un adeguato percorso di inserimento sociale lavorativo.
Servizi residenziali	<p>Residenza assistita</p> <p>Servizio residenziale finalizzato al mantenimento e/o recupero dell'autonomia residua della persona, all'accoglienza e supporto alla vita quotidiana, alla prevenzione dell'isolamento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • disabili gravi, privi – anche temporaneamente – del sostegno familiare, per lo sviluppo delle abilità in rapporto alle potenzialità e capacità personali; • anziani non autosufficienti, per i quali non sia possibile, temporaneamente o definitivamente, la permanenza nel proprio ambito familiare e sociale e/o altra forma di assistenza di carattere domiciliare.
	<p>Integrazione rette per l'ospitalità in strutture residenziali</p> <p>Interventi finalizzati a garantire agli utenti bisognosi o alle loro famiglie la copertura totale o parziale della retta per il soggiorno in strutture residenziali.</p>

sociale professionale deve essere garantito in ogni Comune, con una dotazione di assistenti sociali pari ad almeno uno ogni 10.000 cittadini residenti.

Naturalmente, queste sono prime disposizioni organizzative ancora largamente incomplete, che però concorrono ad assicurare o a migliorare l'esigibilità dei diritti sociali.

TAVOLA 11 Regione Sicilia. I livelli essenziali (DP 4/11/2002)

Tipologia	Funzioni	Servizi
Segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari	Informazione sulle opportunità offerte dalla rete dei servizi e dalla comunità, consulenza sui problemi familiari e sociali. Lettura del bisogno, definizione del problema e accompagnamento nell'attivazione nei successivi percorsi di assistenza. Raccolta sistematica dei dati e delle informazioni. Promozione di reti solidali, anche ai fini della prevenzione dei rischi del disagio sociale.	Osservatori Segretariato sociale Banche del tempo
Servizio sociale professionale	Sostegno accompagnamento al singolo e alla famiglia alla definizione dei piani di assistenza. Sostegno alle responsabilità genitoriali. Mediazione familiare e sociale. Consulenza e sostegno ai procedimenti di affido/adozione nazionale e internazionale. Rapporti con autorità giudiziaria. Sostegno socio-educativo collegato al disagio sociale e alle fasce di popolazione a rischio. Rapporti con le istituzioni formative e occupazionali. Promozione di reti solidali, anche ai fini della prevenzione dei rischi del disagio sociale. Definizione dei piani socio-riabilitativi per soggetti con disabilità, dipendenza, patologia psichiatrica.	Affido/adozioni Consultori privati e attività sociali nei consultori pubblici Mediazione culturale Interventi di sostegno per i minori e la famiglia Interventi per gestanti e minori ex Onmi Interventi di sostegno economico Assistenza minori illegittimi Prevenzione, inserimento sociale per soggetti dipendenti
Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare	Accoglienza assistenza e cura alla persona (se necessario collegamento con prestazioni sanitarie e sociosanitarie di base). Prestazioni economiche. Ripristino delle possibili relazioni familiari e sociali. Sistemi di teleassistenza.	Reinserimento lavorativo per detenuti Interventi di informazione e accompagnamento al lavoro e formazione detenuti Interventi di informazione e accompagnamento al lavoro e formazione immigrati Inserimento lavorativo Servizi di formazione lavoro Acquisto strumenti tecnologicamente avanzati Reddito minimo di inserimento Contributi per la vita indipendente
Assistenza domiciliare	Assistenza e cura alla persona. Governo della casa e miglioramento delle condizioni abitative per il mantenimento della persona a domicilio. Aiuto per il soddisfacimento delle esigenze individuali e per favorire l'autosufficienza nelle attività quotidiane (aiuto igiene personale, preparazione e somministrazione di pasti ecc.). Promozione e mantenimento dei legami sociali e familiari. Sostegno socio-educativo a minori e disabili. Sostegno e consulenza al caregiver.	Assistenza domiciliare minori Servizio assistenza domiciliare anziani e disabili Servizio assistenza domiciliare disabili gravi Servizio assistenza domiciliare dipendenze

continua

segue TAVOLA 11

<p>Strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali.</p>	<p>Accoglienza assistenza e cura alla persona. Attività di ristorazione. Attività di socializzazione. Attività di stimolo dei rapporti interrelazionali. Attività di integrazione con il contesto sociale. Attività di stimolo per lo sviluppo e mantenimento dei livelli cognitivi. Sostegno e consulenza ai familiari. Sostegno socioeducativo collegato al disagio sociale e alle fasce di popolazione a rischio. Sostegno psicologico ai minori e alle donne minacciate o vittime di violenza.</p>	<p>Centri di accoglienza per donne immigrate sole e/o con bambino Centri di accoglienza per donne vittime della tratta Strutture e centri di pronto intervento per minori Strutture e centri di pronto intervento ex Onmi Centri di accoglienza per immigrati Strutture per disabili Strutture e centri di pronto intervento per disabili Strutture per soggetti dipendenti Centri diurni integrati Centri socio-educativi Interventi di riabilitazione psico-ergoterapia Strutture per anziani ad esclusione di quelle finanziate con il Fsr</p>
<p>Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario</p>	<p>Accoglienza assistenza e cura alla persona. Attività di ristorazione. Attività di socializzazione. Attività di stimolo dei rapporti interrelazionali. Attività di integrazione con il contesto sociale. Sostegno psicosociale collegato al disagio personale e sociale. Mediazione interculturale per gli immigrati. Attività formative socio-educative.</p>	<p>Asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia Centri di aggregazione giovanile Centri ricreativi diurni Centri diurni per anziani Soggiorni di vacanza per anziani, disabili, minori Attività di promozione per i giovani</p>

In conclusione del paragrafo si può affermare che l’assegnazione allo Stato della competenza a definire i livelli essenziali delle prestazioni sociali e la novità del tema ha indotto la grande maggioranza delle Regioni a non approfondire la questione della definizione delle prestazioni da collocare all’interno dei Leps. Le indicazioni regionali si concentrano nelle elencazioni delle prestazioni, ma ben poco si dice sui livelli qualitativi e quantitativi di dette prestazioni. Solo l’Abruzzo e il Lazio hanno cominciato ad affrontare il tema della dimensione quantitativa (e, in parte, anche qualitativa) dei livelli essenziali con un’elaborazione apprezzabile ma ancora da sviluppare e completare.

Nelle Regioni italiane si registra, comunque, un’attenzione concentrata sul fronte dell’offerta dei servizi facenti parte dei livelli essenziali, mentre si trascura quasi totalmente o viene messo in secondo piano il tema relativo al diritto alla prestazione, all’esigibilità della prestazione legata a quali criteri e a quali risorse disponibili. Temi questi che dovranno comunque essere sviluppati dalle Regioni e senza i quali l’offerta stessa dei servizi non è valutabile.

2.4 Le priorità

Alcune Regioni, come l'Abruzzo, la Campania, la Liguria, la Puglia e la Toscana, nelle more delle determinazioni dello Stato sui Leps, intendono promuovere sul proprio territorio l'applicazione dei livelli essenziali, con progressiva gradualità, secondo un preciso ordine di priorità nei limiti delle risorse finanziarie disponibili. In sostanza si sono posti degli obiettivi di offerta di prestazioni e servizi da realizzare nell'arco temporale del Piano sociale regionale o del Piano sociale di zona (cfr. tavola 12).

La Campania, dopo aver identificato nel 2001 come priorità il segretariato sociale e le antenne sociali (sedi decentrate dello sportello di accesso ai servizi con funzione di orientamento e di ascolto sul territorio), è ritornata sull'argomento nel 2007, identificando come prioritarie le prestazioni a favore di soggetti in condizione di povertà o con limitato reddito, con incapacità totale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico o psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro e di soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria.

La Puglia, invece, ha individuato come priorità il Servizio di segretariato sociale inteso come sportello unico per l'accesso ai servizi socioassistenziali, con attività d'informazione, di ascolto e di orientamento sui diritti di cit-

TAVOLA 12 Leps da attivare prioritariamente

Regione	Livelli essenziali di assistenza sociale da attivare nell'ambito
Abruzzo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segretariato sociale 2. Servizio sociale professionale 3. Assistenza domiciliare 4. Assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione dei disabili
Campania	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestazioni a favore di soggetti in condizione di povertà o con limitato reddito 2. Prestazioni a favore di soggetti con incapacità totale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico o psichico 3. Prestazioni a favore di soggetti con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro 4. Prestazioni a favore di soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria
Liguria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accesso guidato (informazione) 2. Valutazione multidimensionale 3. Definizione di un piano individualizzato di assistenza (Pai) 4. Assistenza domiciliare sociale e integrata 5. Assistenza residenziale a ciclo diurno e continuativo per anziani e disabili
Puglia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assistenza domiciliare 2. Assistenza domiciliare integrata 3. Segretariato sociale (sportello di cittadinanza) 4. Servizio sociale professionale
Toscana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segretariato sociale 2. Punto unico di accesso 4. Servizio sociale professionale 5. Pronto intervento sociale

Fonte: Abruzzo, Psr 2007-2009; Campania, l.r. 11/07, Liguria, Dcr 35/07; Puglia, Dgr 1104/04; Toscana, Dcr 113/07.

tadinanza, con caratteristiche di gratuità per l'utenza. Al fine di favorire la massima integrazione tra le politiche sociali e sanitarie fin dall'accesso dei cittadini/utenti ai servizi, il servizio che assumerà la denominazione di "sportello di cittadinanza" fungerà da sportello unico di accesso per i servizi sociali e per i servizi sociosanitari in ogni ambito territoriale (Dgr 1104/04).

La Regione Liguria prevede di rendere esigibili, sin dal 2007, le seguenti prestazioni gratuite:

1. accesso guidato sostanziato attraverso una corretta informazione al cittadino sulle provvidenze concedibili dalla rete sociale e sociosanitaria;
2. valutazione multidimensionale;
3. definizione di un piano individualizzato di assistenza (Pai).

Inoltre, nel corso di vigenza del Piano sociale regionale 2007-2010 diverranno via via sempre più consolidate, in termini di esigibilità, anche le prestazioni di:

4. assistenza domiciliare (Adi e Sad);
5. assistenza residenziale a ciclo diurno e continuativo per anziani e disabili.

La Regione Toscana, infine, sostiene un processo graduale che porti a garantire in tutti gli ambiti zonal, entro il 2010, la presenza delle seguenti funzioni: 1) segretariato sociale; 2) punto unico di accesso; 3) servizio sociale professionale; 4) pronto intervento sociale.

Le poche Regioni che hanno voluto stabilire delle priorità in modo da avviare immediatamente la realizzazione graduale dei Leps sembrano privilegiare il servizio di segretariato sociale, il servizio sociale professionale e l'assistenza domiciliare, che potrebbero essere le prestazioni e i servizi di base da cui partire per la realizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali.

Le priorità individuate dalle cinque Regioni tengono conto delle realtà locali da cui provengono e da queste traggono la loro giustificazione; ciononostante, non possiamo fare a meno di rilevare che esse non coincidono, con esclusione della Campania, con il comma 3 dell'art. 2 della l. 328/00, che individua come priorità delle prestazioni sociali da realizzare quelle a favore di soggetti bisognosi in condizione di povertà o con incapacità di provvedere alle proprie esigenze o con difficoltà di inserimento sociale e lavorativo o sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (cfr. tavola 3).

2.5 Indicatori per i Leps

Gli indicatori sono strumenti fondamentali per consentire la mappatura dei bisogni, la lettura comparativa dei differenti contesti sociali e l'analisi delle prestazioni e dei risultati delle politiche e delle strategie di piano. La disponibilità di indicatori sociali comuni è indispensabile per osservare e migliorare l'impatto delle politiche nelle comunità locali.

Due sole Regioni si sono misurate con il tema degli indicatori per il sistema dei Leps: l'Abruzzo e la Toscana.

La Regione Abruzzo ha previsto una serie di indicatori per la valutazione e il monitoraggio del Piano sociale. Un gruppo di questi indicatori sono detti Indicatori di impatto dei livelli essenziali e sono indicatori di *performance*, che misurano il grado, l'efficacia e il volume di prestazione dei livelli essenziali di servizio definiti dagli obiettivi del Piano sociale regionale sui bisogni rilevati (cfr. tavola 13) (Psr 2007-2009).

Gli indicatori individuati dall'Abruzzo hanno due principali caratteristiche:

- sono comuni a tutti i livelli di osservazione (regionale, provinciale, ambito, comunale) e consentono le comparazioni fra i territori;
- sono basati sull'evidenza, in quanto descrivono sinteticamente la condizione sociale e gli effetti delle politiche, consentendo il monitoraggio sociale del territorio e delle *performance* delle politiche.

La Toscana ha fatto un lavoro apparentemente più ridotto, lavorando sugli indicatori del solo servizio di assistenza domiciliare per gli anziani, ma questo lavoro è importante perché ha permesso la sperimentazione di una metodologia per l'elaborazione degli indicatori di tutte le prestazioni dei livelli essenziali. Per il Servizio di assistenza domiciliare per anziani, la

TAVOLA 13 Abruzzo. Quadro di sintesi degli indicatori di impatto dei livelli essenziali

	1	2	3	4	5	6	7	8
Infanzia famiglia A_E	Tasso copertura posti asili/ serv. int. per pop. 0-2 anni	Tasso partecipazione giovanile 15-25 anni ai servizi attivati	Tasso copertura su tot. famiglie	Tasso copertura su tot. famiglie con disabile	N. affide adozioni	N. bambini e famiglie seguite	N. minori in comunità	N. segnalazioni casi violenza ai minori
Inclusione sociale B_E	Tasso copertura servizi per inclusione per gruppo target	% di prog. pers. con reddito inser. su tot. utenti	Tasso accessi con lsee su tot. utenti	% prog. Integrati su tot. utenti	N. contatti e interventi P.I.S.			
Anziani C_E	Tasso copertura domiciliarietà su tot. anziani	Tassi di copertura serv. dom. h/utente anziani	N. utenti assistiti a distanza	Tasso copertura anziani non autosufficienti	N. attività continue di aiuto mutuo per anziani			
Disabilità D_E	Tassi di copertura serv. dom. su tot. disabili	N. disabili fruitori assistenza scolastica specialistica/media oraria di assistenza	% di prog. pers. su tot. pop. disabile	N. di posti disponibili comunità "dopo di noi"	Tasso copertura servizi diurni su tot. pop. disabile	N. persone con disagio mentale in carico		

Fonte: Abruzzo, Piano sociale regionale 2007-2009.

TAVOLA 14 Toscana. Indicatori sintetici del Servizio di assistenza domiciliare per anziani

Parametri fondamentali interpretativi dei Leps	Indicatori sintetici del livello essenziale di assistenza
Finanziamento	Costo (input) pro capite dell'assistenza domiciliare per anziani
Erogazione	Gli utenti (misura di output) per ogni 1.000 persone ultra65enni
Bisogno e/o efficacia	Il numero degli anziani sul totale della popolazione (misura proxy di bisogno)

Regione ha elaborato gli Isl, che sono indici sintetici di valutazione dei Leps, che consentono di rappresentare i livelli di attuazione di ogni singola tipologia di servizio erogato per ogni ambito. Essi possono essere organizzati in una tabella di sintesi, idonea a descrivere i tre parametri fondamentali interpretativi dei Leps (finanziamento, erogazione, bisogno e/o efficacia), a partire da unità elementari di misura rappresentate da una singola zona o da gruppi di zone (cfr. tavola 14).

L'elaborazione della Toscana serve ad avere un quadro degli elementi quantitativi dell'assistenza che si eroga nella Regione, elementi indispensabili per mettere in condizione la Regione di stabilire i livelli essenziali da raggiungere per singola tipologia di prestazione, tenendo conto della realtà esistente. Con il supporto di questi indicatori si può operare sugli aspetti quali-quantitativi dei livelli essenziali. Per esempio, conoscendo il dato attuale relativo agli indicatori (per esempio, spesa *pro capite* per l'assistenza domiciliare compresa tra un minimo di 15 e un massimo di 25 euro nei diversi ambiti sociali) si possono modulare con relativa precisione gli obiettivi regionali da raggiungere in termini di spesa, di anziani assistiti, ecc., tenendo conto della realtà di partenza nei vari ambiti sociali.

2.6. Le garanzie

L'argomento più trascurato nel dibattito nazionale sui Livelli essenziali delle prestazioni sociali è senza dubbio quello relativo alle garanzie per il cittadino affinché possa fruire dei Leps. L'argomento è strategico, perché nel momento in cui una prestazione finisce all'interno dei Leps dovrebbe diventare esigibile - pur con dei limiti che inevitabilmente verranno posti - e quindi l'esigibilità dovrebbe essere supportata da strumenti a tutela della stessa. Nel contempo, lo stesso aspetto riveste grande delicatezza per l'esposizione politica e finanziaria che produce negli enti pubblici, che sono tenuti a garantire la prestazione e la sua fruibilità a tutti gli aventi diritto. Non sorprende quindi che solo due Regioni si siano occupate di questo aspetto. Le altre Regioni probabilmente attendono la definizione nazionale dei Leps prima di definirne, insieme allo Stato, gli strumenti per la loro esigibilità.

La prima è stata la Regione Basilicata, che ha affidato al difensore civico regionale anche la funzione di Garante dei diritti di accesso e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LR 4/07).

La Regione Campania ha invece stabilito di esercitare il potere sostitutivo nei confronti degli enti locali e delle aziende pubbliche dei servizi alla persona in presenza di accertata e persistente inattività nell'esercizio delle funzioni conferite, con grave pregiudizio per la garanzia dei livelli essenziali. In questo caso, la Giunta regionale, constatata l'inottemperanza, assegna all'ente locale un termine di almeno 30 giorni per provvedere. Decorso inutilmente questo termine, interviene in via sostitutiva la Giunta regionale, anche attraverso la nomina di un commissario *ad acta* (LR 11/07).

3. GLI AMBITI TERRITORIALI

Abbiamo già visto (par. 1) che spetta allo Stato definire i Leps, ma poi spetta alle Regioni (comma 4, art. 22, l. 328/00) prevederne l'articolazione per ogni ambito territoriale secondo i modelli organizzativi adottati, tenendo conto delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali e soprattutto prevedendo l'erogazione (per ogni ambito) di tutte le tipologie di prestazioni (servizio sociale professionale e segretariato sociale, servizio di pronto intervento sociale, assistenza domiciliare, strutture residenziali e semiresidenziali).

Dunque, un adempimento regionale strategico per l'articolazione dei Livelli essenziali è rappresentato dalla ripartizione del territorio regionale in ambiti sociali territoriali, all'interno dei quali devono essere garantite tutte le prestazioni dei livelli essenziali.

Le Regioni italiane hanno già provveduto a ripartire il territorio regionale in ambiti sociali territoriali (o zone sociali) per la programmazione e la gestione dei servizi sociali. Tali ambiti sono quasi sempre intercomunali, con eccezione delle grandi città dove gli ambiti sono unicomunali o, in qualche caso, prevedono più ambiti per una sola grande città (Roma, Genova, ecc.).

Per favorire la programmazione e l'integrazione sociosanitaria e per evitare il proliferare di organismi, la maggior parte delle Regioni ha previsto degli ambiti territoriali che coincidono con i distretti sanitari o loro multipli.

Le dimensioni medie degli ambiti sono molto varie; si passa dai 113.500 abitanti della Campania ai 29.200 del Molise, mentre la media italiana è di 81.800 abitanti per ambito territoriale/zona (cfr. tavola 15).

Le Regioni più grandi hanno identificato degli ambiti più ampi, mentre quelle più piccole hanno identificato degli ambiti territoriali mediamente di dimensioni minori. Giova qui ricordare che ambiti troppo piccoli potrebbero avere difficoltà a garantire tutte le prestazioni dei livelli essenziali proprio per l'assenza della "massa critica" necessaria.

Queste ampie differenze nella dimensione degli ambiti suggeriscono un'ulteriore riflessione che può essere utile sviluppare per la discussione sulla determinazione dei Leps. Le decisioni regionali sugli ambiti sociali, se non ben gestite, potrebbero essere fonte di ulteriori disuguaglianze più o meno occulte nella distribuzione dei servizi nel territorio e nelle possibilità di accesso ai servizi stessi. Pensiamo all'effetto che avrebbe applicare lo stesso Livello assistenziale in Regioni diverse; per esempio, se lo standard fosse

TAVOLA 15 Gli ambiti territoriali nelle Regioni italiane				
Regioni	Popolazione (2005)	Numero distretti sanitari (2005)	Numero zone/ambiti sociali	Pop. media per ambito sociale
Campania	5.790.929	113	51	113.500
Emilia-Romagna	4.187.557	40	39	107.400
Toscana	3.619.872	42	34	106.500
Lombardia	9.475.202	98	98	96.700
Lazio	5.304.778	55	55	96.500
Sicilia	5.017.212	55	55	91.200
Puglia	4.071.518	48	48	84.800
Liguria	1.610.134	19	19	84.700
Veneto	4.738.313	56	56	84.600
Umbria	867.878	12	12	72.300
Sardegna	1.655.677	23	23	72.000
Bolzano	482.650	20	7*	68.900
Piemonte	4.341.733	65	max 65	66.800
Marche	1.528.809	24	24	63.700
Friuli V. G.	1.208.278	20	19	63.600
Calabria	2.004.415	35	35	57.300
Basilicata	594.086	11	15	39.600
Trento	502.478	13	13	38.700
Abruzzo	1.305.307	73	35	37.300
Valle d'Aosta	123.978	4	4	31.000
Molise	320.907	13	11	29.200
Totale/Media	58.751.711	839	718	81.800
Note: * Comunità comprensoriali.				Fonte: bibliografia.

quello di realizzare un centro diurno per anziani (di 20 posti) per ogni ambito, questo significherebbe farne uno ogni 29.200 abitanti in Molise, mentre in Campania se ne realizzerebbe solamente uno ogni 113.500 abitanti. In questo caso, la norma sui Livelli essenziali che è nata proprio per garantire un livello di servizi assistenziali uniforme in tutto il territorio nazionale produrrebbe invece delle ulteriori disuguaglianze (invece di ridurle). Una situazione contraddittoria e intollerabile.

Con questo non si vuol dire che è opportuno realizzare piccoli ambiti, diverso è il nostro orientamento, ma che, forse, per garantire l'equità occorre che gli standard tengano conto anche della popolazione di riferimento che usufruisce dei servizi.

Pertanto, sarebbe opportuno che eventuali standard quantitativi associati ai Leps definiti dallo Stato venissero stabiliti in relazione a bacini di popolazione invece che per ambiti territoriali (come peraltro richiesto dalla legge nazionale), al fine di evitare iniquità evidenti nella distribuzione dei servizi.

TAVOLA 16 Beneficiari del sistema dei servizi sociali per la l. 328/00

Beneficiari del sistema dei servizi sociali	Condizioni o limitazioni
I cittadini italiani	
I cittadini dell'Unione europea e loro familiari	Nel rispetto degli accordi internazionali e con le modalità e i limiti definiti dalle leggi regionali.
Gli stranieri	Se titolari della carta di soggiorno o di permesso di soggiorno di durata non inferiore a un anno, nonché i minori iscritti nella loro carta di soggiorno o nel loro permesso di soggiorno.
I profughi, gli stranieri, gli apolidi	Sono garantiti dallo Stato gli interventi di prima assistenza in favore dei profughi, limitatamente al periodo necessario alle operazioni di identificazione ed eventualmente fino alla concessione del permesso di soggiorno, nonché di rigetto e assistenza temporanea degli stranieri da respingere o da espellere (art. 129 D.lgs. 112/98).
Fonte: art. 2, l. 328/00; art. 41, D.lgs. 286/98; art. 129, D.lgs. 112/98.	

4. I BENEFICIARI

I Livelli essenziali delle prestazioni sociali sono destinati a soddisfare le necessità della popolazione. La loro definizione non può essere svincolata dall'identificazione di coloro che hanno diritto a usufruire delle prestazioni sociali. Chi sono dunque i beneficiari potenziali? Sono gli stessi in tutte le Regioni?

Secondo la l. 328/00, hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali, e quindi, si presume, dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali, tutti i cittadini italiani e, con delle limitazioni, anche gli stranieri comunitari, extracomunitari e apolidi (cfr. tavola 16). Sorprende che nell'elenco dei beneficiari delle prestazioni non compaiano i rifugiati, a meno che non li si ritenga ricompresi all'interno della categoria dei profughi.

Su questo argomento si sono espresse 14 Regioni, 12 delle quali con leggi regionali (o provinciali) e 2 con proposte di legge (Veneto) o di Piano sociale (Bolzano), in discussione nei rispettivi Consigli. Nell'identificazione dei beneficiari dei livelli essenziali (ipotizzando che siano gli stessi del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali) si registrano, ancora una volta, differenze significative fra le Regioni. Inoltre, ci sono differenze importanti anche tra i beneficiari italiani e stranieri. Questo rende complesso il tentativo di interpretazione degli orientamenti regionali, che comunque abbiamo cercato di semplificare nelle successive note.

Le Regioni italiane si dividono innanzitutto sull'assistenza agli italiani. La maggioranza delle Regioni (9 su 14) ha stabilito che hanno diritto di accedere alle prestazioni gli italiani residenti nel territorio regionale (cfr. tavola 17).⁵ In provincia di Trento, per avere accesso a tutte le prestazioni sociali occorre essere residenti nella provincia da più di tre anni consecutivi.

Gli italiani residenti in Regioni diverse da quelle in cui si chiede l'erogazione di prestazioni sociali possono accedere alle prestazioni, ma con dei vincoli o condizioni, in qualche caso, molto restrittive.

TAVOLA 17 I beneficiari italiani dei Leps secondo le Regioni		
Categoria dei beneficiari	Condizione	Regioni
Tutte le persone residenti nel territorio regionale	Che versino in condizioni contingenti di difficoltà e di bisogno (Basilicata) Accedono prioritariamente le persone in determinate condizioni (Lombardia)	Basilicata, Campania, Friuli V. G., Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana, Trento *
Cittadini italiani		Bolzano,** Calabria, Emilia-Romagna, Sardegna, Veneto **
Minori di età	Che versino in condizioni contingenti di difficoltà e di bisogno	Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli V. G., Liguria, Piemonte, Sardegna, Toscana
Cittadini italiani temporaneamente presenti nella Regione	Accesso sulla base di accordi fra le Regioni interessate (Calabria, Puglia). Fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti del Comune di residenza (Campania, Friuli V. G.) Solo interventi e prestazioni non differibili (Emilia-Romagna, Puglia, Sardegna, Trento) Solo interventi di prima assistenza (Liguria, Toscana) Accedono prioritariamente le persone in determinate condizioni (Lombardia)	Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli V. G., Liguria, Lombardia, Puglia, Sardegna, Toscana, Trento
Cittadini della Regione emigrati e le loro famiglie	Che versino in condizioni contingenti di difficoltà e di bisogno (Basilicata)	Basilicata, Sardegna
Note: Sono state considerate solo le leggi regionali successive alla l. 328/00. * Residenti da più di tre anni consecutivi in provincia. ** Proposta di legge regionale o di Piano sociale regionale. Fonte: bibliografia.		

In quest'ultimo caso, in Calabria e Puglia le prestazioni vengono erogate solo se vi è un accordo di reciprocità fra le Regioni interessate,⁶ in Emilia-Romagna, Puglia, Sardegna e Trento vengono erogate solo le prestazioni non differibili, mentre in Liguria e Toscana solo gli interventi di prima assistenza e infine, in Campania e Friuli V. G., le prestazioni vengono erogate fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti del Comune di residenza del beneficiario. Quest'ultima posizione sembra ragionevole, ma se non viene condivisa da tutte le Regioni interessate, è difficilmente praticabile dato che il Comune di residenza, valutando diversamente i casi non indifferibili, potrebbe non aderire al rimborso delle prestazioni erogate in altra Regione.

Le altre 5 Regioni - Calabria, Emilia-Romagna, Sardegna, Bolzano (Pdl), Veneto (Pdl) - hanno invece deciso che possono accedere al sistema assistenziale tutti gli italiani indipendentemente dalla Regione di residenza. Questa soluzione è in linea con la l. 328/00 e va incontro alle esigenze del cittadino, ma per funzionare nel medio-lungo periodo ha bisogno di essere condivisa da tutte le Regioni, per evitare iniquità e squilibri. Inoltre, come l'esperienza sanitaria ci insegna, questo orientamento potrebbe aver bisogno di una procedura condivisa per l'accesso (la prestazione viene autorizzata dal Comune di residenza o di domicilio?) e forse anche per la remunerazione

TAVOLA 18 I beneficiari stranieri dei Leps secondo le Regioni

Categoria dei beneficiari	Condizione	Regioni
Stranieri residenti nel territorio regionale	Che versino in condizioni contingenti di difficoltà e di bisogno (Basilicata) Accesso ridotto alle prestazioni (Trento) Accedono prioritariamente le persone in determinate condizioni (Lombardia)	Basilicata, Bolzano,* Campania, Emilia-Romagna, Friuli V. G., Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana, Veneto,* Trento
Cittadini dell'Unione europea	Stabilmente residenti e aventi fissa dimora in Alto Adige (Bolzano) Nel rispetto degli accordi internazionali vigenti (tutte le altre Regioni) Accesso ridotto alle prestazioni (Trento) Se temporaneamente presenti, accedono prioritariamente le persone in determinate condizioni (Lombardia)	Bolzano,* Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Veneto,* Trento
Minori stranieri	Che versino in condizioni contingenti di difficoltà e di bisogno	Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli V. G., Liguria, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Toscana
Donne straniere in stato di gravidanza	Gravidanza e nei 6 mesi successivi al parto	Basilicata, Friuli V. G., Liguria, Lombardia, Toscana
Stranieri con permesso di soggiorno temporaneamente presenti sul territorio regionale	Accesso sulla base di accordi fra le Regioni interessate (Calabria) Che versino in condizioni contingenti di difficoltà e di bisogno. (Basilicata) Solo interventi e prestazioni non differibili (Emilia-Romagna, Lombardia)	Basilicata, Bolzano, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli V. G., Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana
Apolidi	Che versino in condizioni contingenti di difficoltà e di bisogno (Basilicata, Veneto) Solo misure di pronto intervento sociale (Campania) Residenti e dimoranti (Bolzano). Accesso ridotto alle prestazioni (Trento) Accedono prioritariamente le persone in determinate condizioni (Lombardia)	Basilicata, Bolzano,* Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli V. G., Lombardia, Piemonte, Sardegna, Veneto,* Trento
Richiedenti asilo, rifugiati	Accedono prioritariamente le persone in determinate condizioni (Lombardia)	Friuli V.G., Liguria, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Toscana
Profughi temporaneamente presenti sul territorio regionale	Che versino in condizioni contingenti di difficoltà e di bisogno (Basilicata, Veneto) Solo le misure di pronto intervento sociale (Campania)	Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Veneto *
Stranieri con permesso umanitario	Accedono prioritariamente le persone in determinate condizioni (Lombardia)	Liguria, Lombardia, Toscana
Stranieri senza permesso di soggiorno	Solo le misure di pronto intervento sociale	Campania
Altri stranieri occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti	Solo interventi e prestazioni non differibili; (Calabria, Friuli V. G., (Lombardia, Sardegna, Trento) Solo interventi di prima assistenza (Liguria, Toscana)	Calabria, Friuli V. G., Liguria, Lombardia, Sardegna, Toscana, Trento

Note: Sono state considerate solo le leggi regionali successive alla l. 328/00. * Proposta di legge regionale o di Piano sociale regionale.
Fonte: bibliografia.

delle prestazioni, quando le norme sul domicilio di soccorso non risolvono tutte le casistiche.

Ancor più complicata è la definizione dei beneficiari stranieri dei Livelli di assistenza delle prestazioni sociali (cfr. tavola 18).

La maggioranza delle Regioni ha previsto che possano accedere alle prestazioni dei Livelli essenziali, senza limitazioni significative, gli stranieri residenti nel territorio regionale, i cittadini europei (nel rispetto degli accordi internazionali vigenti), gli apolidi e i minori stranieri (cfr. tavola 18). La provincia autonoma di Trento, invece, garantisce un *setting* incompleto di prestazioni sociali ai cittadini dell'Unione europea, agli stranieri e agli apolidi con residenza anagrafica in un Comune della provincia di Trento, che in base alle norme non potranno contare, per esempio, sull'assistenza residenziale e sui contributi economici continuativi.

La maggioranza delle Regioni (11) prevede l'accesso alle prestazioni sociali da parte degli stranieri con permesso di soggiorno temporaneamente presenti sul territorio regionale (non residenti), anche se due di queste pongono vincoli importanti sull'esigibilità (accordi di reciprocità delle Regioni) e sulla tipologia delle prestazioni erogabili (solo prestazioni non differibili).

A questo gruppo di possibili beneficiari si aggiungono i richiedenti asilo, i rifugiati, i profughi e gli stranieri con permesso umanitario, che vengono ammessi con poche limitazioni alle prestazioni sociali, ma da un gruppo minoritario di Regioni. Ammesse da un piccolo gruppo di Regioni al sistema integrato degli interventi e servizi sociali sono anche le donne straniere in stato di gravidanza, ma solo per il periodo di gravidanza e per i sei mesi successivi.

Per gli extracomunitari che non rientrano in queste categorie, come gli stranieri non residenti in Italia e/o senza permesso di soggiorno, diverse Regioni prevedono solo interventi assistenziali non differibili (cfr. tavola 18).

Questo frammentato panorama delle disposizioni regionali evidenzia differenze anche importanti fra le Regioni nell'identificazione dei beneficiari dei Leps e dei loro diritti, che rendono senz'altro ineguale la fruizione dei livelli essenziali. Il tema non va sottovalutato, perché può condizionare il raggiungimento di quel livello di uguaglianza nell'accesso e nell'esigibilità delle prestazioni sociali in tutto il territorio nazionale.

Uno degli aspetti che appare più a rischio nel sistema che si sta delineando è la cosiddetta "portabilità" del diritto da una Regione all'altra. Oggi, questo diritto non è garantito nella maggioranza delle Regioni italiane. Ne deriva che, per garantire l'uguaglianza sostanziale dei cittadini nell'accesso ai Leps, l'identificazione dei possibili beneficiari dei Livelli essenziali deve essere considerata come parte integrante e inscindibile della definizione dei Leps. Questo medesimo risultato si può ovviamente raggiungere anche con altri strumenti normativi (come gli accordi Stato-Regioni), ma l'inserimento nei Leps appare come quello più efficace in questi tempi di federalismo.

5. SINTESI CONCLUSIVA

Le modifiche del titolo V della Costituzione apportate con la Legge costituzionale n. 3/2001 hanno ridefinito gli ambiti delle competenze istituzionali, sviluppando ulteriormente il processo di decentramento delle funzioni amministrative. Alle Regioni viene riconosciuta la competenza esclusiva nell'implementazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali previsto dalla l. 328/00, mentre allo Stato viene assegnato il compito di definire i Livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Lo Stato non ha ancora adempiuto al suo compito di definizione dei Leps, mentre ha prodotto, attraverso vari e scarni passaggi normativi, una serie incompleta di criteri per la costruzione dei livelli essenziali che fanno riferimento esclusivamente:

- alla necessità di individuare le prestazioni dei Leps all'interno della griglia proposta dal Piano sociale nazionale e dell'art. 22 della l. 328/00;
- in ogni ambito territoriale;
- nei limiti delle risorse rese disponibili dallo Stato, dalle Regioni e dagli enti locali;
- privilegiando l'erogazione di prestazioni sociali a favore di particolari soggetti bisognosi.

La maggioranza delle Regioni italiane, seppur con intensità diverse e nel rispetto delle competenze statali, non ha voluto restare ferma in attesa di un provvedimento nazionale e ha cominciato a riflettere sul percorso di definizione e di implementazione dei Leps.

La ricognizione sugli atti delle Regioni ha dimostrato che spesso il tema dei livelli essenziali è stato affrontato con un eccessivo semplicismo, che ha portato a confondere i Livelli con le tipologie di servizi e prestazioni (segretariato sociale, pronto intervento sociale, assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale). Giova qui rammentare che le tipologie di servizi, essendo prive dell'identificazione dei destinatari, non sono ancora sufficienti a definire e qualificare le prestazioni.

I livelli essenziali, infatti, devono essere individuati utilizzando una griglia in cui sono presenti almeno due dimensioni: quella della tipologia delle prestazioni e quella delle aree di intervento/utenza (famiglia, minori, anziani, disabili, ecc.), così come indicato nella tavola 2. I livelli essenziali, in buona sostanza, dovrebbero essere costituiti da interventi e servizi collocati nella predetta griglia e caratterizzati in modo tale che siano in grado di identificare anche la categoria dei destinatari.

L'identificazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali non può essere il risultato di un lavoro generico e disorganico, ma deve essere il frutto dell'applicazione di criteri in grado di garantire un sistema dei servizi sostenibile, efficace ed equo. Su questo la maggioranza delle Regioni si è espressa con una notevole consonanza, identificando almeno quattro criteri in base ai quali individuare i Livelli essenziali. Essi sono:

1. il finanziamento disponibile;

2. gli standard di erogazione dei servizi sociali e sociosanitari da realizzare in ogni ambito territoriale;
3. i bisogni rilevati della popolazione;
4. la valutazione di efficacia delle prestazioni.

In realtà, le Regioni si sono limitate a individuare le tipologie di offerta riprendendo l'art. 22 (commi 2 e 4) della l. 328/00, e solo in pochissimi casi si sono spinte fino all'individuazione puntuale dei servizi da garantire, specificandone parametri e caratteristiche dell'offerta.

Questo lavoro, che ha comunque coinvolto la maggioranza delle Regioni, non ha prodotto - come era prevedibile attendersi - un avvio graduale della costruzione di Leps "provvisori". Infatti, solo cinque Regioni si sono poste degli obiettivi di offerta di prestazioni e servizi facenti parte dei (presumibili) Livelli essenziali da realizzare nell'arco temporale del Piano sociale regionale o del Piano sociale di zona.

L'aspetto che più di altri esprime la debolezza delle normative regionali è quello relativo alla definizione del tema dell'esigibilità delle prestazioni in relazione a particolari condizioni personali dei potenziali beneficiari, alle risorse disponibili e a precisi strumenti di garanzia. In sostanza, non sono stati affrontati i temi delle modalità di accesso alla rete dei servizi e gli aspetti quantitativi e qualitativi delle prestazioni legate ai Leps, sebbene questa sia una competenza che le Regioni dovranno esercitare. Su questo argomento si registrano pregevoli ma rare iniziative delle Regioni. Infatti, solo due di queste hanno previsto gli indicatori dei Livelli essenziali. Questo attiene al più ampio tema del sistema informativo dei Livelli essenziali, strumento indispensabile sia per il governo del settore sia per verificare l'implementazione dei Livelli nel territorio regionale. Lo sviluppo di questi aspetti è propedeutico all'attivazione del sistema delle garanzie che, finora, è stato previsto da due sole Regioni, prevedendo dei poteri regionali sostitutivi o la figura del Garante dei livelli essenziali, i cui poteri vanno, probabilmente, sviluppati ulteriormente.

L'identificazione dei Leps non può essere sganciata da due aspetti finora trascurati dal dibattito: la dimensione degli ambiti sociali territoriali e l'individuazione dei destinatari dei Leps. Le scelte che le Regioni adottano in questi campi possono influenzare in modo decisivo l'accesso e l'esigibilità delle prestazioni sociali. Come abbiamo visto nelle pagine precedenti, eventuali obiettivi quantitativi per i Leps che non tengano conto dei bacini di popolazione o l'individuazione dei beneficiari riservata ai soli residenti nella Regione possono ridurre sensibilmente la fruibilità dei servizi. Per questo sarebbe opportuno che l'individuazione dei Leps preveda, oltre alla definizione delle prestazioni sociali da garantire, anche le categorie generali dei destinatari e il bacino di popolazione di riferimento.

Bibliografia

- ASSR, Lo stato di attuazione dei distretti in Italia, 2006. www.assr.it
Decreto Legislativo 19/6/1999, n. 229: "Norme per la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

Decreto del Presidente della Repubblica 3/5/2001: "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003".

D.P.C.M. 29/11/2001: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Il Sole 24 ore sanità, "Distretti d'Italia in passerella: quanti, chi, cosa", 18-24 marzo 2003, pag. 10.

Legge 8/11/2000, n. 328: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Legge 27/11/2002, n. 289: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato".

Legge 27/12/2006, n. 296: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)".

Legge costituzionale 18/10/2001, n. 3: "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione".

Pesaresi F., Il sistema di governo dei piani sociali di zona, Appunti n.2/2003.

Presutti E., Zampano F., Approfondimento di un'ipotesi applicativa, in "I livelli essenziali delle prestazioni – Questioni preliminari e ipotesi di definizione, Quaderni Formez, 2006.

Provincia autonoma di Bolzano, Proposta di Piano sociale provinciale 2006-2008, Bolzano, 2006.

Provincia autonoma Bolzano: Bozza di "Piano sociale provinciale 2006-2008".

Provincia autonoma Trento: L.P. 21 luglio 2007, n. 13: "Politiche sociali nella provincia di Trento".

Regione Abruzzo: DCR 28/12/2006, n. 57/1: "Legge 8/11/2000, n. 328: Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Approvazione del Piano sociale regionale 2007-2009".

Regione Abruzzo: D.C.R. 24/10/2006, n. 47/2: "Legge 8/11/2000, n. 328, art. 8, comma 3, L.R. 9/11/2005, n. 33, art. 1, comma 93. Nuova determinazione degli ambiti territoriali sociali".

Regione Abruzzo: D.C.R. 26/6/2002, n. 69/8: "Legge 8.11.2000, n. 328: Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali - Piano sociale regionale 2002-2004".

Regione Abruzzo: D.G.R. 26/6/2002, n. 804: "Piano sociale regionale 2002-2004 – Atto di indirizzo applicativo per approvazione schema dettagliato per la predisposizione dei piani di zona dei servizi sociali".

Regione Basilicata: D.G.R. 21 dicembre 2001, n. 2726: "Piani sociali di zona – Assegnazione fondi - approvazione".

Regione Basilicata: L.R. 14 febbraio 2007, n. 4: "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale".

Regione Calabria: L.R. 5 dicembre 2003, n. 23: "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della l. 328/00)".

Regione Campania: L.R. 23 ottobre 2007, n.11: "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della L. 8/11/2000, n. 328".

Regione Campania: D.G.R. 29/6/2001, n. 1824: "Legge 8 novembre 2000, n. 328 – Determinazione degli ambiti territoriali pa gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete".

Regione Campania: D.G.R. 4/5/2001, n. 1826: "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Regione Campania, Linee guida per la programmazione sociale 2003 e per il consolidamento del sistema di welfare della Regione Campania, gen-2003.

Regione Campania: D.G.R. 26/1/2006, n. 109: "D.D.L. "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale" – Emendamenti."

Regione Emilia-Romagna: L.R. 12/3/2003, n. 2: "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Regione Emilia-Romagna: Bozza di "Piano sociale e sanitario 2007-2009".

Regione Friuli-Venezia Giulia: D.G.R. 29/5/2002, n. 1891: "Legge regionale 18/1996, articolo 6. Programma per la prima attuazione della l. 328/00. Assegnazione fondi statali 2001 e anni precedenti".

Regione Friuli Venezia Giulia: D.G.R. 29 novembre 2004, n. 3236: "L.R. 23/2004, art.7, comma 2: Linee guida per la predisposizione del programma delle attività territoriali (PAT) e del piano di zona (PDZ)".

Regione Friuli Venezia Giulia: L.R. 31 marzo 2006, n. 6: "Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale".

Regione Lazio: D.C.R. 1/12/1999, n. 591: "Approvazione del primo Piano socio-assistenziale regionale 1998-2001".

Regione Lazio: D.G.R. 25/10/2002, n. 1408: "Art. 48 legge regionale n. 38/1996. Approvazione del primo Piano socio-assistenziale 2002-2004".

Regione Liguria: L.R. 9/9/1998, n. 30: "Riordino e programmazione dei servizi sociali della Regione e mod. alla L.R. 42/1994 in materia di organizzazione e funzionamento della USL".

Regione Liguria: D.G.R. 7/12/2006, n. 1376: "Approvazione, ai sensi art. 62 L.R. 12/2006 "Promozione sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari" dei confini e dell'organizzazione ambiti territoriali sociali della Liguria".

Regione Liguria: L.R. 24 maggio 2006, n. 12: "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari".

Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni

Regione Liguria: D.C.R. 1/8/2007, n. 35: “Piano sociale integrato regionale 2007/2010 – Legge regionale 24 maggio 2006, n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) art. 25 e 62”.

Regione Lombardia: L.R. 12/3/2008, n. 3: “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”.

Regione Marche: D.C.R. 1/3/2000, n. 306: “Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000-2002”.

Regione Marche: D.G.R. 12/11/2002, n. 1968: “Approvazione linee guida per la predisposizione e l’approvazione dei piani di zona 2003”.

Regione Molise: D.C.R. 12 novembre 2004, n. 251: “Piano regionale delle politiche sociali 2004-2006”.

Regione Piemonte, Disegno di legge regionale n. 407 presentato dalla Giunta regionale l’8/4/2002: “Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali”.

Regione Piemonte: L.R. 8 gennaio 2004, n. 1: “Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”.

Regione Puglia, legge regionale 12/7/2002, n. 13: “Individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio-assistenziali”.

Regione Puglia: L.R. 10 luglio 2006, n. 19: “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia”.

Regione Puglia: D.G.R. 4 agosto 2004, n. 1104: “L.R. 25 agosto 2003, n.17 – art. 8. Piano regionale delle politiche sociali – interventi e servizi in Puglia. Approvazione.”

Regione Sardegna: L.R. 23 dicembre 2005, n. 23: “Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n.4 del 1998 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali)”.

Regione Sicilia: “Verso il Piano socio-sanitario della Regione siciliana”, 2002.

Regione Sicilia, Decreto presidenziale 4/11/2002, Linee guida per l’attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana”.

Regione Toscana: D.G.R. 20/9/2001, n. 1038: “Programma di iniziativa regionale “livelli di assistenza e cittadinanza sociale”.

Regione Toscana: D.C.R. 24/7/2002, n. 122: “Piano integrato sociale regionale 2002-2004”.

Regione Toscana: D.G.R. 17/9/2002, n. 961: “Piano zonale di assistenza sociale, art. 11 L.R. 72/97 – Approvazione indirizzi operativi e strumenti per la redazione del Piano di zona 2002-2004”.

Regione Toscana: L.R. 24 febbraio 2005, n. 41: “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”.

Regione Toscana: D.C.R. 31 ottobre 2007, n. 113: “Piano integrato sociale regionale (P.I.S.R.) 2007-2010”.

Regione Umbria: D.C.R. 20/12/1999, n. 759: “Piano sociale regionale 2000-2002”.

Regione Valle d’Aosta: L.R. 20 giugno 2006, n. 13: “Approvazione del piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008”.

Regione Veneto: disegno di legge della Giunta regionale n. 14 dell’11 luglio 2006: “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi alla persona”.

Regione Veneto: D.G.R. 18/6/2004, n. 1764: “Linee guida per la predisposizione dei Piani di zona. L. n. 328/2000, LL.RR. n. 56/1994, n. 5/1996, n. 11/2001”.

Note

1 Recentemente sono apparsi anche i Leps settoriali. Si leggeva infatti nel programma di legislatura del Ministro delle Politiche per la famiglia del Governo Prodi che era sua intenzione individuare i LEF (livelli essenziali delle prestazioni per la famiglia) in grado di tutelare i diritti della famiglia. Analogo riferimento settoriale compare anche all’art. 1, comma 1264 della l. 296/06 che fa esplicito riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire alle persone non autosufficienti.

2 Il che ha permesso, per fare qualche esempio, ad alcune Regioni di applicare a ticket per l’assistenza farmaceutica e ad altre di decidere di non farlo (modalità di accesso) oppure di ritenere come rispettose dei Lea sia le Regioni che assistono con l’ADI 8 anziani su mille ai pari di chi ne assiste 80 su mille (dimensionamento dei servizi).

3 La presente ricognizione prende in esame esclusivamente le determinazioni delle Regioni successive alla l. 328/00.

4 In particolare, per ogni scheda dei 14 servizi/interventi individuati dalla Regione Lazio sono indicate le finalità, le prestazioni/interventi, le prestazioni e interventi integrati, l’organizzazione, i destinatari, il servizio, e gli obiettivi operativi.

5 In questa sede si sono valutate solo le categorie dei beneficiari senza alcuna valutazione delle procedure (valutazione del bisogno) e dei requisiti personali (reddito, ecc.) per accedere alle prestazioni.

6 Siccome questi accordi ancora non esistono le prestazioni agli italiani non residenti nella Regione in cui si chiede l’assistenza non dovrebbero essere erogate.

La spesa pubblica per le prestazioni sociali

Franco Pesaresi

Dirigente Servizi sociali, Comune di Ancona, Presidente Anoss

1. LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SOCIALE

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di quantificare la spesa pubblica per l'assistenza sociale in Italia.

L'assistenza sociale comprende tutti quegli interventi, previsti da una normativa strutturata, volti a rispondere in modo mirato a specifici bisogni individuali o a categorie circoscritte di bisognosi. Gli strumenti di intervento dell'assistenza sociale sono i servizi sociali e le prestazioni monetarie, che possono avere carattere nazionale o locale. La tavola 1 elenca le grandi categorie delle prestazioni sociali erogate dai soggetti pubblici nazionali e locali.

In genere, le prestazioni assistenziali sono subordinate all'accertamento degli uffici pubblici di due condizioni:

1. uno specifico bisogno individuale manifesto (per esempio, la condizione di non autosufficienza, o un problema fisico o psichico, o un particolare disagio familiare, ecc.);
2. l'assenza o l'inadeguatezza delle risorse atte a far fronte alla situazione di bisogno verificata attraverso la prova dei mezzi (Ferrera, 2006).

Quanto si spende in Italia per l'assistenza sociale? Rispondere non è facile. Occorre innanzitutto individuare il livello di spesa delle prestazioni nazionali di tipo assistenziale (che in genere sono "diritti soggettivi") e occorre ricostruire la spesa dei livelli sub-nazionali di governo dove, però, gli interventi sono disomogenei e frammentati. I problemi riscontrati sono di due ordini; il primo deriva dai finanziamenti che vengono trasferiti dal centro alle Regioni e poi ai Comuni, in cui ciascun livello è tuttavia libero di integrare le risorse trasferite con risorse proprie, con il rischio di doppia contabilizzazione (Ferrera, 2006). Inoltre, come secondo aspetto problematico, si rilevano differenti valutazioni sulle prestazioni che possono essere considerate assistenziali piuttosto che previdenziali.

Quello che si può fare, partendo dalle tipologie di prestazione presentate nella tavola 1, è presentare una stima della spesa complessiva per l'assistenza sociale avvalendoci delle diverse fonti.

TAVOLA 1 Le prestazioni di assistenza sociale in Italia

	Prestazione sociale	Gestione	Destinatari
Livello nazionale	Assegno sociale (o pensione sociale)	Inps	Cittadini con più di 65 anni, con prova dei mezzi
	Pensione d'invalidità civile	Inps e Regioni	Cittadini inabili, con prova dei mezzi
	Assegno per le famiglie con almeno tre figli minori	Inps e Comuni	Famiglie con almeno tre figli minori, con prova dei mezzi
	Assegno di maternità per le madri sprovviste di altra copertura assicurativa	Inps e Comuni	Donne in stato interessante, prive di altra copertura assicurativa, con prova dei mezzi
	Assegno per il nucleo familiare	Inps	Lavoratori dipendenti e pensionati ex lavoratori dipendenti, con prova dei mezzi
	Trattamento di integrazione al minimo delle pensioni (ad esaurimento, sostituite dall'assegno sociale)	Inps	Pensionati titolari di pensione da lavoro, con prova dei mezzi
	Sostegno per l'accesso alle abitazioni in locazione	Ministero Infrastrutture e trasporti, Regioni e Comuni	Titolari di contratto di locazione, con prova dei mezzi
Livello locale	Sussidi alle famiglie in situazioni di disagio	Comuni	Tutti i nuclei familiari residenti in situazione di indigenza, ma con forte discrezionalità e vincolati alle disponibilità di bilancio dell'ente
	Esoneri e/o riduzioni da tariffe	Comuni/Regioni	Tutti i cittadini, ma con forte discrezionalità e vincolati alle disponibilità di bilancio dell'ente.
	Servizi sociali	Comuni, Province, Asl	Tutti i cittadini con diverse modalità di accesso
Fonte: rielaborazione da Ferrera (2006).			

2. LA SPESA EUROPEA PER LA PROTEZIONE SOCIALE

La spesa sociale europea

La dimensione della spesa per la protezione sociale nei vari Paesi europei e soprattutto la sua articolazione nelle diverse funzioni dipendono dal modello di welfare adottato da ciascun Paese, dalla specificità del quadro istituzionale interno e da altri fattori socio-demografici, come il processo di invecchiamento della popolazione. Questo determina un panorama piuttosto variegato, che cercheremo di illustrare molto brevemente facendo riferimento ai 15 Paesi che costituivano l'Unione europea prima dell'allargamento.

I dati sulla spesa per la protezione sociale che seguono sono di fonte Eurostat, che li calcola secondo la metodologia del "Sistema europeo delle statistiche integrate sulla protezione sociale" (European system of integrated social protection statistics, Esspros).

Il sistema Esspros di Eurostat, di fronte alle differenze nazionali ha dovuto dare una definizione convenzionale di "protezione sociale" all'interno della quale rientrano "tutti gli interventi di organismi pubblici o privati destinati ad alleggerire, senza contropartita e indipendentemente dalle

disponibilità personali, il carico rappresentato dall'evenienza di rischi o bisogni per le famiglie e le persone". Gli interventi considerati avvengono dunque in assenza sia di una contropartita equivalente e simultanea da parte del beneficiario (che non sta quindi acquistando sul mercato un servizio specifico al materializzarsi del bisogno), sia di polizze assicurative stipulate (*ex ante* e a fronte del possibile incorrere del bisogno) per iniziativa privata dello stesso beneficiario. L'adozione di sistemi contabili fissati a livello europeo permette che le informazioni statistiche contabili disponibili vengano ricondotte a classificazioni omogenee e definizioni comuni, assicurando coerenza nei riferimenti temporali o spaziali, permettendo così una comparazione fra i vari Paesi europei. I conti rappresentano in tal senso una sintesi degli interventi pubblici e privati effettuati nel campo della protezione sociale sia dal lato della spesa sia del finanziamento.

Per convenzione, la lista di rischi o bisogni suscettibili d'essere coperti dalla Protezione sociale, con le prestazioni indicate nella tavola 2, è stata formulata come segue:

1. malattia/assistenza sanitaria;
2. invalidità;
3. vecchiaia;
4. vedovanza/superstiti;
5. famiglia/infanzia;
6. disoccupazione;
7. abitazione;
8. esclusione sociale e altro non diversamente classificato.

La spesa include i benefici sociali erogati, i costi amministrativi per la gestione del sistema e altre spese residuali (Eurostat, 1996).

Il sistema di classificazione della spesa sociale europea, come è facile immaginare, non riesce a tener conto di tutte le specificità nazionali. Permangono infatti alcune differenze fra il sistema di classificazione italiano dell'Istat e quello di Eurostat.¹

Nell'Europa dei 15, dopo il picco del 1993, quando la spesa per la protezione sociale raggiunse il livello massimo del 28,7% del Pil, la spesa è scesa fino al 26,9% del 2000, è cresciuta di nuovo nel 2003 fino al 27,7% e poi è scesa leggermente nel 2004 al 27,6%.²

Le prime stime relative al 2005 prevedono un'ulteriore leggera riduzione della spesa (tendenzialmente attorno al 27,5%).

Questa tendenza sconta anche gli effetti delle riforme intraprese, in particolar modo in campo pensionistico, dalla maggior parte dei Paesi europei nel corso degli anni Novanta.

Scorporando i costi amministrativi e le altre spese residuali, pari all'1% del Pil, si ottengono le prestazioni sociali effettivamente trasferite alla popolazione, la cui incidenza sul Pil scende al 26,6%.

I Paesi con i livelli più sostenuti di spesa sociale, superiori al valore medio dei "quindici", sono la Svezia, che arriva al 32,9% del Pil, la Francia e la Danimarca, con valori intorno al 31%, e la Germania, l'Austria e il Belgio, che si collocano al 29% circa.

TAVOLA 2 Classificazione Esspros/Eurostat delle prestazioni per la protezione sociale, per funzione

Settore	Prestazioni in denaro	Prestazioni in servizi
Sanità	Permessi di malattia pagati Altri benefici finanziari	Assistenza dei ricoverati: <ul style="list-style-type: none"> • in modo diretto • rimborsi Cura dei pazienti non ricoverati, di cui, prodotti farmaceutici: <ul style="list-style-type: none"> • in modo diretto • rimborsi Altri benefici
Disabilità	Pensioni di invalidità Pensionamento anticipato dovuto alla ridotta capacità lavorativa Permessi di cura Integrazione economica del disabile Altri benefici finanziari	Alloggio Assistenza nelle attività quotidiane Riabilitazione Altri benefici
Anzianità	Pensioni di anzianità Pensioni di anzianità anticipate Pensioni parziali Indennità di accompagnamento Altri benefici finanziari	Alloggio Assistenza nelle attività quotidiane Altri benefici
Superstiti	Pensioni per superstiti Sussidio in caso di morte Altri benefici finanziari	Spese per funerali Altri benefici
Famiglia e infanzia	Sussidio di mantenimento per il figlio Sussidio di nascita Permessi parentali Indennità di famiglia o infanzia Altri benefici finanziari	Cura giornaliera dei bambini Alloggio Aiuto alla famiglia Altri benefici
Disoccupazione	Sussidi di piena disoccupazione Sussidi di disoccupazione parziale Sussidi familiari Indennità per formazione professionale Risarcimento per licenziamento Altri benefici finanziari	Mobilità e liquidazione Formazione professionale Altri benefici
Abitazioni		Benefici per affitto, di cui: <ul style="list-style-type: none"> • social housing • benefici per il proprietario-occupante
Esclusione sociale e casi non classificati altrove	Reddito di sostegno Altri benefici finanziari	Alloggio Recupero di alcolisti e tossicodipendenti Altri benefici

Fonte: Eurostat (1996).

L'Italia, che nel 2004 impiegava il 26,1% del Pil per la protezione sociale, si caratterizza per valori di spesa costantemente inferiori alla media europea, ma con un *trend* di crescita costante in questo secolo, che ha portato alla riduzione del differenziale a -1,5% rispetto alla media europea.

TAVOLA 3 Spesa per la protezione sociale in % sul Pil, Europa dei 15					
Nazioni	2000	2001	2002	2003	2004
Svezia	30,7	31,3	32,3	33,3	32,9
Francia	29,5	29,6	30,4	30,9	31,2
Danimarca	28,9	29,2	29,7	30,7	30,7
Germania	29,2	29,3	29,9	30,2	29,5
Belgio	26,5	27,3	28,0	29,1	29,3
Austria	28,2	28,6	29,1	29,5	29,1
Olanda	26,4	26,5	27,6	28,3	28,5
EU 15	26,9	27,1	27,4	27,7	27,6
Finlandia	25,1	24,9	25,6	26,5	26,7
Regno Unito	27,1	27,5	26,4	26,4	26,3
Italia	24,7	24,9	25,3	25,8	26,1
Grecia	25,7	26,7	26,2	26,0	26,0
Portogallo	21,7	22,7	23,7	24,2	24,9
Lussemburgo	19,6	20,8	21,4	22,2	22,6
Spagna	19,7	19,5	19,8	19,9	20,0
Irlanda	14,1	15,0	16,0	16,5	17,0

Fonte: nostra elaborazione su dati Eurostat (2007b).

TAVOLA 4 Spesa pro capite per la protezione sociale (€)		
Nazioni	2000	2004
Lussemburgo	8.858	11.257
Danimarca	8.547	9.460
Svezia	8.627	9.194
Francia	6.705	7.477
Austria	6.898	7.338
Germania	7.047	7.150
Belgio	6.059	7.016
Olanda	6.154	6.872
Finlandia	5.758	6.633
Regno Unito	6.444	6.376
EU 15	5.730	6.083
Italia	4.529	4.902
Irlanda	3.266	4.416
Spagna	2.692	3.025
Grecia	2.259	2.730
Portogallo	2.276	2.636

Note: euro a prezzi costanti. **Fonte:** nostra elaborazione su dati Eurostat (2007a).

Anche in termini *pro capite*, emergono situazioni piuttosto differenziate. Dall'esame dei valori espressi in euro a prezzi costanti, emerge che i Paesi che presentano i valori di spesa aggregata più elevati in termini di Pil sono generalmente anche quelli che registrano le prestazioni *pro capite* più consistenti (con l'esclusione del Lussemburgo). Oltre al Lussemburgo, le prestazioni *pro capite* più elevate sono in Danimarca, Svezia, Francia e Austria (cfr. tavola 4).

L'Italia, anche in relazione ai valori *pro capite*, si colloca su livelli modesti: fatto 100 il valore medio UE 15, l'Italia registra valori pari a 81 (Pizzuti, 2007).

La composizione della spesa sociale per funzioni

L'esame della composizione per funzione della spesa per la protezione sociale fa emergere un quadro estremamente eterogeneo (cfr. tavola 5). In tutti i Paesi dell'Europa dei "quindici", le voci di spesa più elevate risultano, sempre nel 2004, quelle per vecchiaia e per sanità: in termini di Pil, in media, la vecchiaia si colloca all'11,0% e la sanità al 7,5% (in Italia al 6,5%); in termini di risorse complessivamente destinate alla protezione sociale, queste due funzioni rappresentano rispettivamente il 41,2% e il 28,3% (cfr. tavola 6).

Sia la spesa per l'invalidità sia le misure per il sostegno alla famiglia e i minori consumano mediamente il 2,1% del Pil. Le misure contro la disoccupazione rappresentano il 6,6% del totale e una quota del Pil pari all'1,8%, mentre la voce superstiti raccoglie il 4,5% delle risorse totali, rappresen-

TAVOLA 5 Suddivisione della spesa per la protezione sociale per funzione in % sul Pil, Europa dei 15, 2004

Nazioni	Vecchiaia	Sanitarie	Inabili e invalidi	Famiglie, maternità e figli	Ammortizzatori mercato del lavoro	Prestazioni ai superstiti	Casa	Esclusione sociale
Svezia	12,0	8,0	4,7	3,0	2,0	0,7	0,6	0,7
Francia	10,9	8,8	1,7	2,5	2,3	1,9	0,8	0,4
Danimarca	11,1	6,1	4,1	3,9	2,8	0,0	0,7	1,0
Germania	12,0	7,7	2,2	3,0	2,4	0,4	0,2	0,5
Belgio	9,6	7,7	1,9	2,0	3,5	2,7	0,1	0,4
Austria	13,3	7,1	2,3	3,0	1,7	0,4	0,1	0,4
Olanda	9,6	8,1	2,9	1,3	1,7	1,4	0,3	1,3
EU 15	11,0	7,5	2,1	2,1	1,8	1,2	0,5	0,4
Finlandia	8,6	6,6	3,4	3,0	2,5	1,0	0,3	0,5
Regno Unito	10,7	7,8	2,4	1,7	0,7	0,9	1,5	0,2
<i>Italia</i>	<i>12,9</i>	<i>6,5</i>	<i>1,5</i>	<i>1,1</i>	<i>0,5</i>	<i>2,5</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
Grecia	11,9	6,7	1,3	1,7	1,5	0,9	0,6	0,6
Portogallo	9,3	7,1	2,4	1,2	1,3	1,6	0,0	0,2
Lussemburgo	5,8	5,5	3,0	3,8	1,0	2,3	0,2	0,5
Spagna	7,9	6,0	1,5	0,7	2,5	0,6	0,2	0,2
Irlanda	3,0	6,9	0,9	2,5	1,3	0,8	0,5	0,4

Fonte: nostra elaborazione su dati Eurostat (2007a).

tando l'1,2% del Pil. Solo lo 0,5% e lo 0,4% del Pil sono invece impiegati rispettivamente per le politiche per l'abitazione e per gli interventi volti a prevenire e attenuare fenomeni di esclusione sociale (cfr. tavola 5).

La variabilità delle risorse destinate da ciascun Paese alle varie funzioni è molto ampia. Per quel che riguarda la funzione "vecchiaia", si passa infatti dal 3,0% di Pil destinato dall'Irlanda al 13,3% destinato dall'Austria e al 12,9% dell'Italia. Anche nella funzione "invalidità", i valori oscillano molto, passando dallo 0,9% di Pil dell'Irlanda al 4,7% della Svezia e al 4,1% della Danimarca.

Un'elevata variabilità si osserva anche nella funzione relativa alle misure a sostegno della famiglia e dei figli: i Paesi che presentano i valori più consistenti sono la Danimarca (3,9% del Pil) e il Lussemburgo (3,8%) mentre, al lato opposto, tra i Paesi che spendono di meno per questa funzione troviamo la Spagna con lo 0,7% del Pil e l'Italia con l'1,1% (cfr. tavola 5).

In questo contesto, l'Italia si caratterizza per avere i valori in assoluto più elevati per la somma delle funzioni relative alla "vecchiaia" e ai "superstiti", che rappresentano congiuntamente il 15,4% del Pil e il 61,3% di tutta la spesa per la protezione sociale. Nel contempo, l'Italia si caratterizza per avere

TAVOLA 6 Percentuale (%) di spesa per funzione rispetto al totale della spesa per la protezione sociale, Europa dei 15, 2004

Nazioni	Vecchiaia	Sanitarie	Inabili e invalidi	Famiglie, maternità e figli	Ammortizzatori mercato del lavoro	Prestazioni ai superstiti	Casa	Esclusione sociale
Svezia	37,9	25,4	14,8	9,6	6,2	2,2	1,8	2,2
Francia	37,1	30,0	5,8	8,5	7,8	6,5	2,9	1,5
Danimarca	37,2	20,6	13,9	13,0	9,5	0,0	2,4	3,5
Germania	42,1	27,2	7,7	10,5	8,6	1,4	0,8	1,7
Belgio	34,2	27,7	6,8	7,1	12,5	9,8	0,1	1,6
Austria	46,9	25,0	8,3	10,7	6,0	1,3	0,4	1,5
Olanda	36,2	30,4	10,9	4,8	6,3	5,4	1,3	4,7
<i>EU 15</i>	<i>41,2</i>	<i>28,3</i>	<i>8,0</i>	<i>7,8</i>	<i>6,6</i>	<i>4,5</i>	<i>2,0</i>	<i>1,5</i>
Finlandia	33,3	25,5	13,2	11,5	9,8	3,7	1,1	2,0
Regno Unito	41,3	30,4	9,2	6,7	2,6	3,3	5,6	0,8
<i>Italia</i>	<i>51,3</i>	<i>25,9</i>	<i>6,1</i>	<i>4,4</i>	<i>2,0</i>	<i>10,0</i>	<i>0,1</i>	<i>0,2</i>
Grecia	47,4	26,5	5,0	6,9	5,9	3,5	2,3	2,4
Portogallo	40,2	30,4	10,4	5,3	5,7	7,1	0,0	1,0
Lussemburgo	26,0	25,0	13,5	17,4	4,7	10,5	0,7	2,2
Spagna	40,7	30,8	7,5	3,5	12,9	3,0	0,8	0,9
Irlanda	18,2	42,1	5,3	15,5	8,3	5,1	3,3	2,3

Fonte: nostra elaborazione su dati Eurostat (2007a).

i valori più bassi in assoluto nella funzione relativa agli “ammortizzatori del mercato del lavoro”, con lo 0,5% di Pil impiegato, nella funzione relativa all’“esclusione sociale”, con una percentuale di spesa prossima allo zero e, infine, nella funzione relativa alle politiche per le famiglie, dove la percentuale di Pil impiegato (1,1%) è superiore solo alla Spagna (cfr. tavola 5).

Dal 2000 al 2004, la spesa italiana per la protezione sociale è cresciuta leggermente meno di quella degli altri Paesi europei (2,6% rispetto al 2,7% di media annua europea di crescita a prezzi costanti) anche se nei settori dell’esclusione sociale, degli ammortizzatori del mercato del lavoro e della famiglia la crescita è stata superiore a quella media europea (Eurostat, 2007b).

Estrapolare la spesa assistenziale, rispetto a quella previdenziale o sanitaria, partendo dalla classificazione Esspros/Eurostat non è un esercizio praticabile, tenendo conto che parti rilevanti della spesa assistenziale italiana sono contabilizzate, insieme ad altre di tipo previdenziale e indennitario, nelle funzioni “anzianità” e “invalidità”. Le funzioni di spesa interamente definibili come assistenziali sono solo quelle relative alla “famiglia, maternità e figli” e all’“esclusione sociale”. Proprio le due voci che vedono l’Italia al più basso livello di spesa europea con la sola esclusione della Spagna.

Caratteristiche delle prestazioni sociali

In Europa, nel 2004, i trasferimenti monetari rappresentano poco meno del 70% delle prestazioni totali. In termini di Pil, i benefici monetari rappresentano il 17,6%, contro l'8,7% costituito dalle prestazioni in natura. Una maggior diffusione delle prestazioni in natura si osserva in Irlanda, Regno Unito, Svezia e Danimarca, con un peso pari a oltre il 40% delle prestazioni totali. In Italia, la quota dei trasferimenti monetari, pari a circa il 75% dell'intera spesa, è una delle più alte in ambito europeo (Pizzuti, 2007).

Le prestazioni erogate sulla base della verifica di uno stato di effettivo bisogno legato ai livelli reddituali e/o patrimoniali (*means-tested*), hanno un peso relativamente elevato in Irlanda, dove raggiungono il 26% della spesa complessiva, e nel Regno Unito, dove raggiungono il 16%, rispetto al 10% della media europea. Anche in Francia, Germania, Olanda e Finlandia le risorse destinate a strumenti *means-tested* si collocano al di sopra del valore medio. In Italia, queste prestazioni, legate alla prova dei mezzi, rivestono un ruolo più modesto, con valori fra i più bassi nel confronto con gli altri Paesi. Da rilevare, tuttavia, che le integrazioni al minimo, che sono ascrivibili alla categoria delle prestazioni *means-tested*, sono classificate in sede europea come universalistiche (Pizzuti, 2007).

Le fonti di finanziamento

I modelli di *welfare state* si differenziano fra loro non solo sotto l'aspetto delle prestazioni, ma anche per le diverse caratteristiche delle fonti di finanziamento della spesa sociale. In ogni Paese si osserva una combinazione di versamenti contributivi e di ricorso alla fiscalità generale; quest'ultima viene utilizzata soprattutto per coprire le prestazioni di natura più propriamente assistenziale e/o per finanziare parte dei deficit.

Nell'Europa dei "quindici", le risorse raccolte mediante il versamento dei contributi sociali rappresentano la principale fonte di finanziamento, costituendo in media, nel 2004, una quota pari al 59,4% del totale delle risorse; l'apporto della fiscalità generale si colloca invece al 37,5%. Il resto, pari al 3,1% è garantito da altre risorse. In termini di Pil, gli oneri sociali e il contributo dello Stato rappresentano, rispettivamente, il 16,8% e il 10,5%.

Gli unici Paesi in cui prevale il finanziamento mediante il canale fiscale sono la Danimarca e l'Irlanda, con quote oltre il 60% del totale delle risorse; nel Regno Unito e Svezia, le due fonti, contributi e fisco, si equivalgono. Quanto alla composizione degli oneri sociali, in via generale, la componente principale è quella a carico del datore di lavoro, che rappresenta nella media dei Paesi europei il 65% dei contributi totali (Pizzuti, 2007).

Anche in Italia la composizione del finanziamento è sbilanciata a favore dei contributi, che costituiscono una quota, pari al 56%, in linea con il valore medio europeo. Infatti, il sistema di protezione sociale italiano è finanziato dal sistema fiscale per il 42,4%, per il 56% dai contributi sociali e per l'1,6% da altre fonti (cfr. tavola 7) (Eurostat, 2007b).

TAVOLA 7 Composizione percentuale delle risorse per il finanziamento della spesa sociale in Europa, 2004

Nazioni	Contributi sociali			Contributo dello Stato	Altro	Totale
	Datore di lavoro	Lavoratore	Totale			
Belgio	49,3	21,8	71,1	27,0	1,9	100
Olanda	34,0	34,7	68,7	19,2	21,1	100
Spagna	50,9	16,4	67,3	30,3	2,4	100
Francia	45,5	20,6	66,1	30,4	3,5	100
Austria	37,2	26,8	64,0	34,6	1,4	100
Germania	36,3	27,6	63,9	34,5	1,7	100
Grecia	37,3	23,5	60,8	30,5	8,7	100
EU 15	38,6	20,8	59,4	37,5	3,1	100
Italia	41,2	14,8	56,0	42,4	1,6	100
Lussemburgo	27,3	24,5	51,8	44,6	3,6	100
Finlandia	39,4	10,9	50,3	44,3	5,4	100
Svezia	40,8	8,6	49,4	48,7	1,9	100
Regno Unito	32,5	16,2	48,7	49,7	1,7	100
Portogallo	31,7	15,7	47,4	42,2	10,4	100
Irlanda	23,1	14,5	37,6	60,8	1,6	100
Danimarca	10,2	19,6	29,8	63,5	6,7	100

Fonte: nostra elaborazione su dati Pizzuti (2007).

Nell'ultimo decennio, in Italia, i contributi sociali in termini di Pil sono passati dal 17,2% del 1995 al 15% del 2004, con una riduzione di oltre 2 punti - quasi interamente a vantaggio del datore di lavoro - mentre il contributo dello Stato è salito dal 7,6% all'11,4%. Ciò è riconducibile all'abolizione dei contributi sanitari del 1998 e all'istituzione dell'Irap, nonché a un graduale processo di fiscalizzazione degli oneri sociali (Pizzuti, 2007). La stessa tendenza si è registrata anche in Europa, anche se in modo più debole.

In sintesi, si può dire che il welfare italiano si è sempre contraddistinto nel panorama europeo per una spesa complessiva inferiore alla media dei "quindici" e, soprattutto, per un'eccessiva concentrazione della spesa a favore delle pensioni. Per contro, gli interventi assistenziali per la famiglia e contro l'esclusione sociale sono tra i più bassi in Europa (superiori solo a quelli della Spagna) ed è assente anche una vera e propria assicurazione contro la disoccupazione. Anche la spesa sanitaria è inferiore alla media. Da rilevare inoltre che la spesa italiana per la protezione sociale è caratterizzata da una fortissima presenza dei trasferimenti monetari rispetto all'erogazione di servizi e da una bassa presenza di prestazioni legate alla prova dei mezzi. Una situazione che evidenzia squilibri significativi nel sistema di welfare da correggere con riforme che coinvolgano tutto il sistema di protezione sociale.

Occorre infine rilevare che i dati Eurostat sono molto utili per comprendere i livelli di spesa italiani per la protezione sociale anche in rapporto comparativo con gli altri Paesi europei, ma non aiutano a comprendere completamente, in virtù dei criteri di classificazione adottati, quanto di questa spesa è impiegato per l'assistenza.

3. LE PRESTAZIONI MONETARIE NAZIONALI

Le prestazioni monetarie di tipo assistenziale sono interventi erogati alla persona che, in genere, prescindono da requisiti di tipo contributivo, ma che richiedono l'accertamento di un bisogno individuale manifesto e della contemporanea impossibilità della persona bisognosa di farvi fronte con mezzi propri. Le prestazioni economiche nazionali si configurano come veri e propri diritti sociali, in quanto erogate attraverso procedure standardizzate a chiunque si trovi nelle condizioni previste.

Il presente paragrafo cerca di valutare la dimensione delle prestazioni monetarie nazionali con connotazione assistenziale o redistributiva. Il riferimento alle politiche con contenuto sociale e redistributivo rappresenta un confine labile che discende dal fatto che lo stesso intervento spesso ha componenti sia socio-assistenziali sia previdenziali. Stante questa labilità dei confini, il riferimento alle politiche nazionali con contenuto assistenziale e redistributivo verrà interpretato considerando la finalità sociale dell'intervento, laddove risulta rilevante la componente redistributiva e l'obiettivo di soddisfacimento dei diritti sociali, così come attualmente identificabili sulla base degli assetti normativi e istituzionali italiani.

La classificazione nazionale della spesa sociale

Non è facile definire la spesa nazionale per le erogazioni economiche di tipo assistenziale. Occorre selezionare gli elementi da considerare e, in qualche caso, le caratteristiche prevalenti di interventi misti assistenziali-previdenziali ai fini della loro computazione. Dubbi permangono sulla collocazione di alcune misure economiche.

L'Istat, nell'ambito dei conti nazionali, compila correntemente i Conti della protezione sociale secondo il Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale Esspros, coerentemente con le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti nazionali Sec95 (Regolamento comunitario 2223/96). L'adozione di sistemi contabili fissati a livello europeo permette che le informazioni statistiche contabili disponibili vengano ricondotte a classificazioni omogenee e definizioni comuni, assicurando coerenza nei riferimenti temporali o spaziali.

Purtroppo, non esiste una definizione univoca e condivisa di termini quali "protezione sociale", "welfare" o "benessere sociale". Tali termini e altri ancora sono suscettibili di diversa interpretazione definitoria a seconda del contesto di studio in cui sono inseriti. Per questo il sistema Esspros, seguito anche dall'Istat, ha adottato una definizione convenzionale che assicura comparabilità tra le statistiche compilate dai vari Paesi europei, come

abbiamo visto nel paragrafo precedente. Alla classificazione per funzione propria di Esspros (malattia, invalidità, famiglia, vecchiaia, superstiti, disoccupazione, abitazione, esclusione sociale), l'Istat affianca inoltre una suddivisione fra tre settori di intervento: sanità, previdenza, assistenza.

Nella previdenza sono inclusi tutti gli interventi di protezione sociale diversi da quelli collegati allo stato di salute che presuppongono la costituzione in tempi precedenti di una posizione contributiva.

Nella sanità sono inclusi tutti gli interventi legati allo stato di salute (con l'esclusione di indennità di malattia e indennità temporanea per infortunio o malattia professionale, che sono ricompresi nella previdenza).

Nell'assistenza, infine, sono inclusi tutti gli interventi di protezione sociale, diversi da quelli collegati allo stato di salute e che non presuppongono la costituzione in tempi precedenti di una posizione contributiva. Non deve qui sfuggire la difficoltà definitoria dell'Istat, che assegna al settore "assistenza" tutte le prestazioni non assegnate ai settori "sanità" e "previdenza" e quindi in qualche modo residuali.

La spesa per le prestazioni economiche assistenziali nazionali

La classificazione nazionale della spesa sociale, dunque, non ci aiuta del tutto a identificare le prestazioni economiche assistenziali nazionali e la relativa spesa effettiva.

Infatti, nei conti nazionali sulla protezione sociale elaborati dall'Istat, non tutte le prestazioni che riteniamo assistenziali vengono in realtà contabilizzate come tali dall'istituto. In particolare, il problema riguarda la suddivisione tra previdenza e assistenza. Infatti, tra gli istituti assistenziali esistenti in Italia collochiamo anche l'assegno per il nucleo familiare e l'integrazione al trattamento minimo delle pensioni, in quanto non sottostanno a una logica assicurativa e presentano, a nostro avviso, finalità di assistenza sociale. L'Istat, invece, considera queste misure nella voce previdenziale (Ferrera, 2006).

Alla luce di queste valutazioni, le prestazioni economiche assistenziali nazionali sono pertanto quelle indicate nella tavola 8.

Nel 2004, la spesa per le prestazioni monetarie assistenziali nazionali ammontavano a 37.635 milioni di euro, pari al 2,71% del Pil (cfr. tavola 9).

La prestazione che impiega maggiori risorse è l'integrazione al trattamento minimo delle pensioni (37,0% del totale), seguita dall'indennità di accompagnamento (circa il 21,7% del totale). Queste rappresentano anche le misure con il più elevato numero di prestazioni in essere, che nel 2004 erano rispettivamente 4.794.000 per l'integrazione al trattamento minimo e 1.629.290.000 per l'indennità di accompagnamento.

Dentro la voce più importante - e cioè l'integrazione al trattamento minimo delle pensioni - troviamo un'estrema varietà di trattamenti, che tende a scomparire al compimento dei 70 anni, ma resta elevata prima di tale soglia. Questa intensa differenziazione genera non soltanto un'innegabile complessità gestionale, ma è anche fonte di alcune disparità di trattamento

TAVOLA 8 Le prestazioni economiche assistenziali nazionali

Prestazione economica	Descrizione	Importo mensile 2004 in €
Assegno sociale (o pensione sociale)	L'assegno sociale, che ha sostituito nel 1995 la pensione sociale, è riservato alle persone con almeno 65 anni e con un reddito di modesto importo. Di fatto si configura come l'unica forma di reddito minimo riservata però solo agli anziani.	367,97 per 13 mesi
Trattamento di integrazione al minimo delle pensioni	Si tratta di un supplemento che si corrisponde al pensionato quando la sua pensione contributiva è di importo inferiore ad un minimo stabilito per legge per fargli raggiungere quel trattamento minimo pensionistico (che nel 2004 era di € 5.358,34 annui). Per ottenere l'integrazione non si devono superare determinati tetti di reddito personale e familiari. Chi ha cominciato a lavorare dopo il 1995 non potrà più avere l'integrazione al minimo ma potrà richiedere l'assegno sociale.	L'importo può variare molto
Maggiorazioni sociali	Si tratta di integrazioni in favore di persone anziane in situazione di povertà per garantire loro il raggiungimento di un importo minimo di pensione (€ 525,89 per 13 mensilità nel 2004). Il supplemento spetta a tutti i titolari di pensione contributiva o assistenziale con almeno 70 anni di età e con un reddito annuo inferiore alle soglie prestabilite.	L'importo può variare
Pensione d'invalidità civile	Possono accedere gli invalidi (totali o parziali) che non sono in possesso dei requisiti contributivi minimi per accedere alla pensione di invalidità di tipo assicurativo e che hanno un reddito inferiore ad un determinato importo. La finalità è quella di prevenire le situazioni di indigenza per tutti quei cittadini che per cause legate all'invalidità fisica o psichica non possono (del tutto o in parte) ottenere un reddito sufficiente da un lavoro. Ad essa si può aggiungere l'indennità di accompagnamento.	230 per 13 mesi
Indennità di accompagnamento	Possono accedere persone che, a prescindere dall'età e dalla condizione economica, presentano una totale disabilità e bisogni di cura continuativa ed inoltre che non siano ricoverate gratuitamente in istituto.	436,77
Assegno per le famiglie con almeno tre figli minori	Si tratta di una prestazione economica riservata alle famiglie con tre o più figli con meno di 18 anni e con un reddito Isee inferiore alle soglie stabilite.	116,06 per 13 mesi
Assegno di maternità per le madri sprovviste di altra copertura assicurativa	L'assegno è volto a garantire una forma di tutela alle madri (italiane e straniere con carta di soggiorno) che non lavorano al momento del parto e che quindi sono sprovviste di copertura previdenziale per la maternità. Viene concesso alle famiglie con un reddito Isee inferiore alle soglie stabilite.	278,55 per 5 mesi
Assegno per il nucleo familiare³	Si tratta di una prestazione di sostegno al reddito per carichi di famiglia diretta solo ad alcune categorie di lavoratori: i dipendenti e i pensionati ex lavoratori dipendenti.	L'importo può variare molto
Sostegno per l'accesso alle abitazioni in locazione	Il contributo è volto ad abbattere l'incidenza dell'affitto sul reddito disponibile delle famiglie a basso reddito. Obiettivo: ridurre al 14% l'incidenza dell'affitto sul reddito annuo familiare.	Max 3.500 annui

Fonte: nostra elaborazione su dati Ferrara, 2006.

TAVOLA 9 La spesa per le prestazioni di assistenza sociale, complessiva e per tipologia, 2004

Prestazioni	Valore assoluto (milioni €)	% Pil	% spesa totale assistenza sociale	Totale prestazioni in essere	Importo medio (€)
Assegno sociale (e pensione sociale)	3.346	0,24	8,9	760.087	339,19
Integrazione al trattamento minimo delle pensioni	13.945	1,00	37,0	4.794.000*	223,76
Pensione di invalidità civile	2.544	0,18	6,8	889.305	238,42
Indennità di accompagnamento	8.166	0,59	21,7	1.629.290	417,67
Maggiorazione sociale	1.620	0,12	4,3	1.400.000	133,20 [†] 237,39 ^{††}
Assegno per il nucleo familiare	5.495	0,40	14,6		
Fondo per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione	248	0,02	0,7		
Assegno per le famiglie con almeno tre figli	423	0,03	1,1	397.416	118,38
Assegno di maternità per le madri	290	0,02	0,8	169.454	283,92
Pensioni di guerra	1.558	0,11	4,1	421.686	307,83
Totale	37.635	2,71	100,0		

Note: * Di cui 3.859.733 totalmente integrate. † Assicurazione sociale. †† Invalidità civile.
Fonte: Nostra elaborazione su dati Ferrera (2006); Commissione di indagine sull'esclusione sociale (2006); Istat (2007c).

tra i soggetti più svantaggiati, che andrebbero appianate attraverso l'introduzione di un trattamento minimo comune. Occorrerebbe in sostanza utilizzare dei "parametri omogenei in tutti i casi in cui è necessario garantire un minimo vitale individuale (in assenza di altre fonti di reddito accertate mediante idonee prove dei mezzi) e rideterminando i rimanenti importi in funzione di questa soglia, in modo da tener conto - con opportune scale di equivalenza - delle maggiori necessità derivanti da specifiche cause invalidanti" (Cies, 2006).

L'altro grande gruppo di prestazioni sociali riguarda i disabili. La legge di riforma dei servizi sociali - la l. 328/00 - si proponeva di avviare un processo di razionalizzazione e riordino delle molteplici prestazioni esistenti a favore delle persone con disabilità e, fra queste, anche dell'indennità di accompagnamento, che rappresenta la prestazione più importante. Il riordino, purtroppo, non è avvenuto e quindi si è persa l'occasione per rivedere almeno alcuni dei punti critici della prestazione.

La percentuale di spesa indirizzata invece al sostegno alla famiglia tramite misure nazionali e costituenti diritti soggettivi rappresenta il 17% circa delle misure assistenziali nazionali. Tale spesa è riconducibile a quattro misure: l'assegno per le famiglie con almeno tre figli minori, l'assegno di maternità per le madri sprovviste di altra copertura, i sussidi per l'accesso

alle abitazioni in locazione e, infine, l'assegno per il nucleo familiare. Va tuttavia ricordato che per accedere a quest'ultimo istituto, che peraltro rappresenta la voce più cospicua per le politiche per la famiglia, in quanto da solo assorbe quasi il 15% della spesa per le misure economiche nazionali, è necessario essere lavoratori dipendenti, o pensionati ex lavoratori dipendenti. A livello nazionale, dunque, le misure a sostegno della famiglia che non hanno requisiti categoriali restano solamente l'assegno per le famiglie con almeno tre figli minori, l'assegno di maternità per le madri sprovviste di altra copertura e i sussidi per l'accesso alle abitazioni in locazione, che assorbono complessivamente circa il 2,5% della spesa per le misure economiche assistenzialistiche nazionali, ovvero lo 0,07% del Pil (Ferrera, 2006).

4. IL FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI

Il quadro normativo

Il Fondo per le politiche sociali è stato previsto, per la prima volta, dalla l. 449/97,⁴ con una dotazione iniziale di 28 miliardi di lire per l'anno 1998, di 115 miliardi di lire per l'anno 1999 e di 143 miliardi di lire per l'anno 2000, e a cui si aggiungevano le risorse relative agli interventi disciplinati da una serie di leggi (legge sul volontariato, sull'infanzia, sulla disabilità, sulla tossicodipendenza, ecc.) (cfr. tavola 10).

L'obiettivo prioritario della norma è stato quello di ricondurre in un unico Fondo gli stanziamenti previsti dalle varie leggi tematiche, operando in tal modo una prima razionalizzazione della normativa di settore. Un'ulteriore esigenza è stata quella di unificare, anche sotto l'aspetto della responsabilità politica, tutta una serie di interventi disciplinati in modo settoriale e di sottoporre gli stessi a una logica di tipo programmatico. In particolare poi, il comma 45 dell'art. 59 della l. 449/1997 ha individuato ambiti e finalità del Fondo, indicando i settori di intervento locale come di seguito:

- la promozione di interventi per la realizzazione di standard essenziali e uniformi di prestazioni sociali su tutto il territorio dello Stato concernenti i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, la condizione degli anziani, l'integrazione e l'autonomia dei portatori di handicap, il sostegno alle famiglie, la prevenzione e il trattamento delle tossicodipendenze, l'inserimento e l'integrazione dei cittadini stranieri;
- il sostegno a progetti sperimentali attivati dalle Regioni e dagli enti locali;
- la promozione di azioni concertate ai livelli nazionale, regionale e locale per la realizzazione di interventi finanziati dal Fondo sociale europeo;
- la sperimentazione di misure di contrasto delle povertà;
- la promozione di azioni per lo sviluppo delle politiche sociali da parte di enti, associazioni e organismi operanti nell'ambito del volontariato e del terzo settore.

Il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 1125, ha successivamente modificato la denominazione del fondo in "Fondo nazionale per le politiche sociali"

TAVOLA 10 Finanziamenti relativi a specifiche leggi confluiti nel Fnps

I. 449/97	Finanziamenti confluiti nel Fnps in base alla d.lgs. 112/98	I. 388/00	I. 448/01
legge 19 novembre 1987, n. 476			
legge 19 luglio 1991, n. 216		legge 19 luglio 1991, n. 216	
legge 11 agosto 1991, n. 266		legge 11 agosto 1991, n. 266	
legge 5 febbraio 1992, n. 104		legge 5 febbraio 1992, n. 104	
legge 28 agosto 1997, n. 284		legge 28 agosto 1997, n. 284	
legge 28 agosto 1997, n. 285		legge 28 agosto 1997, n. 285	
d.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309		d.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309	
		d.l. 27 maggio 1994, n. 318, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 luglio 1994, n. 465	
	legge 23 dicembre 1997, n. 451	legge 23 dicembre 1997, n. 451	
		legge 27 dicembre 1997, n. 449, art. 59, comma 47	
		legge 3 agosto 1998, n. 269;	
		legge 15 dicembre 1998, n. 438	
		legge 23 dicembre 1998, n. 448, artt. 65 e 66	
		legge 31 dicembre 1998, n. 476	
		legge 18 febbraio 1999, n. 45	
		legge 21 maggio 1998, n. 162	
		d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286, a esclusione delle somme stanziata dall'art. 18 (modificato dall'art. 12, legge 11 agosto 2003, n. 228)	
	Legge 6 marzo 1998, n. 40		
		legge 8 marzo 2000, n. 53, art. 28	
		legge 7 dicembre 2000, n. 383, art. 13	

Fonte: I. 449/97, d.lgs. 112/98, I. 388/00, I. 448/01.

(Fnps), qualificandone in tal modo la portata e il carattere nazionale, provvedendo inoltre a far confluire nel fondo ulteriori risorse provenienti da leggi di settore (cfr. tavola 10). Da ultimo, la stessa legge ha previsto l'intesa con la Conferenza unificata, di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, prima di procedere all'effettivo trasferimento delle risorse secondo le varie finalizzazioni e priorità.

Successivamente, la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", e, soprattutto, la legge 23 dicembre 2000, n. 388 (legge finanziaria 2001), art. 80, comma 17, hanno riordinato l'assetto normativo, ridefinendo l'insieme delle leggi i cui stanziamenti confluiscono nel Fondo nazionale per le politiche sociali, così come indicato nella tavola 10.

Con la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (l. 328/00, art. 20), il Fondo assume maggior rilievo e viene definito come lo strumento mediante il quale lo Stato concorre al finanziamento della spesa sociale. Nel Fondo, così, affluiscono tutti i finanziamenti connessi alle leggi nazionali di settore vigenti nell'ambito delle politiche sociali, oltre alle risorse aggiuntive stanziare dalla stessa legge n. 328 del 2000.

L'art. 4, comma 1, della l. 328/00 stabilisce inoltre che il finanziamento delle politiche sociali è plurimo e ad esso concorrono i diversi livelli di governo (Stato, Regioni ed enti locali), mentre l'art. 4, comma 5, chiarisce le competenze dello Stato rispetto a quelle delle Regioni e degli enti locali.

Con queste norme si è così conclusa la fase di unificazione e accorpamento di tutti gli interventi legislativi preesistenti in campo sociale e la successiva legislazione ha, coerentemente, sempre fatto riferimento, in termini di stanziamento, alle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le politiche sociali.

L'entrata in vigore della legge costituzionale n. 3 del 2001, nell'ambito della modifica del titolo V della Costituzione, ha determinato lo spostamento della materia dell'assistenza sociale dall'area della potestà legislativa concorrente Stato/Regioni a quella della potestà legislativa esclusiva delle Regioni. Il nuovo testo dell'art. 119 della Costituzione, nel delineare il nuovo sistema dell'autonomia finanziaria delle Regioni, ha posto dei limiti ben precisi al legislatore statale nella disciplina delle modalità di finanziamento delle funzioni spettanti in via esclusiva alle Regioni. In tal senso, non sono ritenuti più ammissibili dei finanziamenti a destinazione vincolata, in materie e funzioni la cui disciplina spetti alla legge regionale, così come ribadito dalla Corte Costituzionale in una serie di sentenze, fra cui, la n. 423/04, proprio in materia di Fondo nazionale per le politiche sociali. In tale direzione, l'art. 46 della legge n. 289 del 2002 (legge finanziaria anno 2003), stabiliva al comma 1 che gli stanziamenti previsti affluiscono al Fondo nazionale per le politiche sociali senza vincolo di destinazione. Inoltre, al comma 3 dello stesso articolo, si prevedeva una relazione diretta tra le risorse ripartibili con il Fondo, anche tenendo conto delle altre risorse

ordinarie destinate alla spesa sociale dalle Regioni e dagli enti locali, e la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale.

I criteri di riparto del Fnps

È il Ministro per la solidarietà sociale, d'intesa con la Conferenza unificata Stato-Regioni, che adotta il decreto annuale di riparto delle risorse sulla base delle linee guida e dei parametri contenuti nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, basati sulla struttura demografica, sui livelli di reddito e sulle condizioni occupazionali della popolazione (art. 20, l. 328/00).

Il riparto alle Regioni avviene tenendo conto di macro-aree di intervento e, all'interno di ciascuna area, facendo riferimento a quote capitarie "pesate", così come indicato nella tavola 11.

Il 2% delle risorse indistinte è destinato al fondo perequativo destinato al riequilibrio tra le Regioni ed è distribuito per il 30% alle Regioni Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna (in quanto Regioni più povere) e per il restante 70% a tutte le Regioni, comprese quelle sopra indicate, sulla base dei criteri di ripartizione della quota indistinta del Fondo nazionale per le politiche sociali.

Le stesse percentuali di riparto delle risorse indistinte alle Regioni applicate nel 2002 sono state poi utilizzate per tutti gli anni successivi fino al 2007.

Dunque, l'individuazione dei parametri di riparto è effettuata assegnando maggiore importanza alla struttura demografica della popolazione rispetto, per esempio, ad altri criteri come i livelli di reddito o le condizioni occupazionali. Questa scelta è stata probabilmente influenzata dalla maggiore disponibilità di dati demografici e perché le caratteristiche socio-demografiche della popolazione sono uno degli elementi predittivi

TAVOLA 11 Criteri di riparto delle risorse indistinte del Fnps alle Regioni

Aree di intervento	%	Indicatori per il riparto tra le Regioni
Responsabilità familiari	15	Popolazione residente
Diritti dei minori	10	Popolazione <18 anni Popolazione < 4 anni
Persone anziane	60	Popolazione >65 anni Popolazione >75 anni
Contrasto della povertà	7	Tasso disoccupazione % poveri
Disabili (in particolare disabili gravi)	7	Numero disabili gravi
Immigrati	-	Numero immigrati
Lotta alla droga	.	Popolazione obiettivo
Avvio della riforma	1	Popolazione residente

Fonte: Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003.

dei bisogni sociali di una popolazione. L'utilizzo dei dati demografici come criterio principale per il riparto alle Regioni produce pertanto una quota capitaria di finanziamento corretta, in quanto tiene conto non solo della popolazione complessiva, ma anche della popolazione-obiettivo (minori, anziani, disabili, ecc.).

Le risorse del Fnps

Con l'entrata in vigore della l. 328/00, si evidenzia un incremento notevole della consistenza del Fnps, che tra il 2000 e il 2001 aumenta del 200%, passando da poco più di 500 milioni di euro a quasi 1 miliardo e 600 milioni. Tale incremento è sostanzialmente dovuto all'assegnazione di risorse per interventi specifici quali l'erogazione degli assegni di maternità e degli assegni ai nuclei familiari con tre figli, definiti come diritti soggettivi.

Negli anni successivi, il Fnps aumenta ancora la sua consistenza in modo costante di anno in anno, fino al 2004, ma in maniera molto meno accentuata. Nel 2005, il Fnps subisce una forte riduzione (di 575 milioni di euro rispetto all'anno precedente), operata dal Governo di centro-destra, non completamente recuperata negli anni 2006-2007, anni in cui il fondo è tornato a crescere (cfr. tavola 12). Per il 2007, occorre rammentare che il riparto ha distribuito 1.565 milioni di euro, cui si dovrebbero successivamente aggiungere ulteriori 186 milioni di euro (accantonati), come dichiarato nel testo del decreto di riparto.

Per quanto riguarda i soggetti beneficiari delle risorse del Fondo, si deve evidenziare che tutti gli anni circa la metà (48%) delle risorse sono state destinate alle Regioni. Prenden-

TAVOLA 12 Fnps 1998-2007

Anno	Erogato alle Regioni	%	Erogato ai Comuni	%	Erogato all'Inps	%	A gestione statale	%	Totale
1998	127.476.721	33	188.867.977	49	9.554.453	3	55.555.914	15	381.445.065
1999	258.641.615	30	164.026.711	32	9.554.453	2	84.053.360	16	516.276.139
2000	249.000.000	50	167.000.000	33	11.620.280	2	78.333.600	15	508.116.120
2001	758.000.000	48	225.000.000	14	475.656.804	30	132.069.004	8	1.590.713.072
2002	771.000.000	48	266.076.467	16	487.535.313	30	97.349.221	6	1.622.889.199
2003	897.000.000	51	44.500.000	3	678.279.253	40	96.985.863	6	1.716.555.931
2004	1.000.000.000	48	44.466.939	3	808.630.000	47	31.250.001	2	1.884.346.940
2005	518.000.000	40	44.466.940	3	706.630.000	54	38.984.000	3	1.308.080.940
2006	775.000.000	48	44.466.940	3	755.429.000	46	50.027.000	3	1.624.922.940
2007*	745.000.000	48	44.466.940	3	732.000.000	47	43.450.208	3	1.564.917.148

Note: * Per il 2007 è atteso un ulteriore riparto di ulteriori disponibilità e delle somme accantonate (186 milioni di euro). **Fonte:** nostra elaborazione su dati del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2005), Decreto riparto Fnps 2005, Decreto Riparto Fnps 2006, Decreto interministeriale 16/6/2007 di riparto del Fnps 2007.

do in considerazione l'ammontare complessivo delle risorse destinate alle Regioni, si deve segnalare un andamento uguale a quello del Fondo complessivo; crescenti fino al 2004, poi un taglio radicale del 50% circa e una ripresa negli anni successivi, ma ancora lontana dai livelli del 2004 (745 milioni nel 2007, cui dovrebbero aggiungersi altri 90 milioni circa in corso d'anno).

Ai Comuni, dal 2001, oltre le già previste risorse relative alla sperimentazione del reddito minimo di inserimento erogate direttamente fino all'anno 2002, sono state trasferite unicamente risorse finanziarie relative al Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, di cui alla l. 285/97, che ammontano stabilmente al 3% del fondo.⁶

Anche le somme a gestione statale si sono costantemente ridotte, fino a raggiungere l'importo di 43 milioni di euro, pari a quasi il 3% del totale del Fnps.

Infine, un peso sempre più consistente l'hanno assunto i fondi destinati all'Inps per finanziare taluni interventi che costituiscono i diritti soggettivi. In particolare, si tratta del cosiddetto assegno per il terzo figlio, degli assegni di maternità (l. 448/98, artt. 65 e 66), delle agevolazioni concesse a favore dei genitori e familiari di persone con handicap grave (l. 104/92, art. 33) e delle indennità a favore dei lavoratori affetti da talassemia major e drepanocitosi (l. 448/01, art. 39). Questi finanziamenti, nel 2007, sono arrivati complessivamente a 732 milioni di euro, pari al 47% delle risorse stanziare (cfr. tavola 12).

Al di là della dimensione del Fnps, colpisce l'andamento non lineare del riparto alle Regioni, che crea difficoltà nella pianificazione regionale delle attività.

Il futuro istituzionale del Fnps

Un problema delicato posto dal nuovo testo costituzionale riguarda le modalità di finanziamento nazionale della spesa sociale e dei rapporti finanziari intergovernativi.

L'art. 119 della Costituzione stabilisce che le Regioni (e gli enti locali) hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa e che, di conseguenza, stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri e dispongono di partecipazione al gettito di tributi erariali riferibili al loro territorio. Sempre l'art. 119 prevede che la legge dello Stato disciplini un fondo perequativo senza vincolo di destinazione per i territori con minore capacità fiscale. Le risorse derivanti dai tributi propri, dalle partecipazioni al gettito dei tributi erariali e dal fondo perequativo consentono alle Regioni e agli enti locali di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite (art. 119 Cost., comma 4). Le norme costituzionali non solo non fanno alcun riferimento al finanziamento delle politiche sociali e dei Livelli essenziali, ma esplicitano chiaramente il concetto che le risorse identificate dalla Costituzione devono servire al finanziamento di tutte le attività d'istituto.

Il comma 5 prevede inoltre un'ulteriore possibilità di finanziamento statale. Si stabilisce infatti che "per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e

sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti alla persona o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, città metropolitane e Regioni". Questi ultimi finanziamenti hanno lo scopo di tutelare i principi fondamentali del nostro ordinamento costituzionale, debbono essere diretti a soggetti determinati per cui non possono interessare indistintamente tutte le Regioni o tutti i Comuni, oppure possono essere stanziati solo per scopi che eccedono il normale esercizio delle funzioni dell'ente al quale sono erogate.

A questo punto, spetta alla legge statale determinare i mezzi perequativi e gli interventi aggiuntivi, laddove necessari, tali da consentire la garanzia delle esigenze unitarie connesse con le prestazioni concernenti diritti civili e sociali.

Le norme costituzionali non permettono l'erogazione a tutte le Regioni di fondi, come il Fnps, a destinazione vincolata in materia e funzioni la cui disciplina spetti alla legge regionale, siano esse rientranti nella competenza esclusiva delle Regioni ovvero in quella concorrente. Su questo le sentenze della Corte costituzionale sono state categoriche. Di conseguenza, fondi statali con vincolo di destinazione sono legittimi solo in materia di competenza esclusiva statale.

Il Fondo nazionale per le politiche sociali (Fnps) non è riconducibile a nessuno degli strumenti di finanziamento previsti dall'art. 119 della Costituzione. A questo proposito, la Corte costituzionale in una recente sentenza (n. 423 del 16/12/2004) ha osservato che "la 'generalità' dei destinatari delle risorse (tutte le Regioni), nonché le finalità perseguite consistenti nel finanziamento, tra l'altro, delle funzioni pubbliche regionali, determinano una deviazione sia dal modello del fondo perequativo da istituire senza vincoli di destinazione - che deve essere indirizzato ai soli 'territori con minore capacità fiscale per abitante' (art. 119, terzo comma) - sia dalla sfera degli 'interventi speciali' e delle 'risorse aggiuntive', che lo Stato destina esclusivamente a 'determinate' Regioni [...] per finalità enunciate dalla norma costituzionale". Nel caso del Fnps, manca sia il requisito soggettivo, in quanto le relative risorse sono destinate alla generalità dei Comuni e delle Regioni, sia quello oggettivo, in quanto le quote del Fondo nazionale non sono dirette a finanziare scopi diversi dal normale esercizio delle funzioni regionali e locali.

Da ciò non consegue - prosegue la Corte costituzionale - la soppressione del Fondo nazionale per le politiche sociali, sia perché lo stesso è destinato a finanziare anche funzioni statali, sia perché la sua perdurante operatività per gli aspetti di incidenza sul sistema dell'autonomia finanziaria regionale si giustifica in via transitoria fino all'attuazione del nuovo modello delineato dall'art. 119 della Costituzione. Una volta attuato tale modello, dovranno essere riformati i vigenti meccanismi di finanziamento della spesa sociale attraverso la riconduzione degli interventi statali ai soli strumenti consentiti dal nuovo art. 119 della Costituzione.

Pertanto, la norma costituzionale, una volta approvata la legge ordinaria applicativa dell'art.119, non permetterà l'erogazione alla generalità delle Regioni e dei Comuni di finanziamenti a destinazione vincolata per le politiche sociali, che costituiscono, secondo la Corte costituzionale, uno strumento di ingerenza nell'esercizio delle funzioni degli enti locali.

In futuro, dunque, cambieranno le modalità di finanziamento che l'intervento statale potrà assumere nelle materie relative allo stato sociale non di competenza statale. Le funzioni sociali regionali e locali non saranno più finanziate dal Fnps, ma saranno finanziate senza vincolo di destinazione dalle risorse provenienti dalle compartecipazioni regionali ai tributi statali, dall'attivazione del fondo perequativo e da risorse delle Regioni attraverso i tributi propri.

In questa fase transitoria, si può (ed eventualmente come) utilizzare il Fnps per finanziare le politiche sociali, con particolare riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni sociali?

Occorre innanzitutto rammentare che diverse norme identificano indirettamente il Fnps come il fondo per finanziare i Livelli essenziali. Lo ha fatto, come abbiamo già visto, l'art. 22 comma 2 della l. 328/00 e, più recentemente, l'art. 46, comma 3 della l. 289/02.

In questa prima fase, dunque, il Fnps potrebbe essere utilizzato per finanziare i livelli essenziali delle prestazioni sociali. Si potrebbe in sostanza far approvare dalla Conferenza Stato-Regioni l'identificazione dei Livelli essenziali (o una parte di questi) e gli obiettivi ad essi relativi, per poi finanziarli con il Fnps, che a questo proposito va identificato proprio come lo strumento finanziatore dei Livelli essenziali.

Per la seconda fase, quella in cui non si potrà contare sul Fnps, si può prevedere l'utilizzo delle risorse aggiuntive e degli interventi speciali dello Stato (art. 119 Cost., comma 5) per finanziamenti vincolati finalizzati a garantire i livelli essenziali nelle Regioni più svantaggiate e arretrate. In sostanza, un fondo perequativo finalizzato. L'intervento è senz'altro compatibile con la norma costituzionale, dato che la stessa norma prevede finanziamenti statali aggiuntivi proprio "per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti alla persona, [...] in favore di determinate [...] Regioni".

In conclusione, nella fase attuale il finanziamento statale dei livelli essenziali delle prestazioni sociali può realizzarsi attraverso il Fondo nazionale per le politiche sociali.

Quando verrà approvata la legge attuativa dell'art. 119 della Costituzione, il finanziamento statale ordinario avverrà attraverso la compartecipazione al gettito di tributi erariali e il Fondo perequativo, che però non permettono di destinare le risorse ai livelli essenziali o ad altre finalità precedentemente individuate. In questo caso, un finanziamento perequativo finalizzato a sostenere lo sviluppo dei servizi nelle Regioni in cui gli stessi sono meno sviluppati può essere garantito dai finanziamenti aggiuntivi e dagli interventi speciali indicati al comma 5 dell'art. 119 della Costituzione.

Pertanto, pur con qualche cautela, possiamo dire che la proposta di finanziamento dei Livelli essenziali che abbiamo presentato è compatibile con l'attuale fase "transitoria" di mantenimento in vita del Fnps.

Le cose diventeranno più problematiche, a legislazione invariata, nel momento in cui si eliminerà il Fondo nazionale per le politiche sociali, venendo meno la possibilità di finanziare in modo vincolato la realizzazione dei livelli essenziali. Le modalità di finanziamento qui proposte potranno anche essere mantenute, ma il sistema sarà molto più incerto e inefficace, non potendo contare su una leva finanziaria incentivante. Tutte le attività regionali saranno infatti finanziate in modo indistinto dalle risorse statali (e dalle risorse proprie regionali). In questo scenario, le risorse aggiuntive e gli interventi speciali dello Stato (comma 5, art. 119 Cost.), per le caratteristiche che le sono proprie, potranno anche essere recuperati come fondi perequativi finalizzati, potendo essere utilizzati per rimuovere gli squilibri sociali presenti in determinati territori.

In futuro, pertanto, dovrebbe crescere la funzione ispettiva e di vigilanza dello Stato tesa a garantire i livelli essenziali in tutto il territorio, senza più gli strumenti finanziari finalizzati per superare i ritardi e incentivare le Regioni. Questo dovrebbe portare a un aumento della conflittualità fra Stato e Regioni, già oggi molto elevata. Meglio sarebbe modificare il quadro normativo per rendere certi percorsi più facili e lineari; ma il fatto che i vincoli principali provengano dalla Costituzione rendono questo percorso improbabile, a meno che non venga affrontato in un quadro di revisione più ampia del testo costituzionale (Pesaresi, 2006).

5. LA SPESA REGIONALE

Il sistema regionale di finanziamento delle politiche sociali

La l. 328/00 (art. 4) dispone che siano le Regioni a ripartire agli enti locali i finanziamenti assegnati dallo Stato (Fnps) per obiettivi e interventi di settore, nonché, in forma sussidiaria, a cofinanziare gli interventi e i servizi sociali degli enti locali.⁷ Le spese da sostenere da parte dei Comuni e delle Regioni sono a carico delle risorse loro assegnate dal Fnps, nonché degli autonomi stanziamenti a carico dei propri bilanci. Si tratta di un'affermazione rilevante, poiché evidenzia il fatto che gli stanziamenti del Fondo nazionale per le politiche sociali si affiancano agli autonomi stanziamenti dei livelli inferiori di governo, senza però entrare nel merito delle relazioni che devono sussistere fra queste due diverse fonti di finanziamento.

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 afferma che le Regioni devono garantire che le risorse ripartite non siano sostitutive di quelle già destinate dai singoli enti territoriali. La realizzazione di questo obiettivo non ha praticamente alcun supporto nella strumentazione nazionale. La normativa offre però qualche elemento per rendere cogente il processo programmatorio. In applicazione delle indicazioni contenute

nell'art. 20 della l. 328/00, il Piano prevede che i destinatari dei fondi predispongano una relazione sulle attività svolte, sulle risorse impegnate e sui risultati raggiunti. Tale relazione, per ora non attivata, deve essere adeguatamente pubblicizzata e inviata al Dipartimento degli affari sociali (Bosi, Caruso, 2002). Sempre sul fronte delle garanzie, l'art. 20 della l. 328/00 stabilisce infine che, qualora le Regioni e i Comuni non provvedano all'impegno contabile della quota erogata del Fnps, il Ministro per la Solidarietà sociale provvede alla rideterminazione e alla riassegnazione delle risorse e, in caso di mancato impegno dei fondi per un tempo prolungato, anche la revoca degli stanziamenti.

Quasi tutte le Regioni italiane gestiscono le risorse sociali attraverso un fondo sociale regionale. Al fondo, nella maggior parte delle Regioni, affluisce il Fnps e ulteriori risorse aggiuntive stabilite da ogni singola Regione. Questa previsione non garantisce che l'impiego di tali risorse avvenga in modo unitario e coordinato o che nel tempo non si siano accumulati finanziamenti *ad hoc* per specifiche politiche settoriali. Di fatto, nella maggioranza dei casi i fondi sociali regionali non contengono tutte le risorse per il sociale.

I fondi sociali regionali, in genere, vengono ripartiti con criteri riconducibili al sistema delle quote capitarie "pesate", facendo riferimento alla struttura demografica della popolazione, con eventuali correttivi legati all'estensione del territorio ed alla densità della popolazione. Le risorse del fondo sociale regionale trasferite agli enti locali, in genere, non presentano specifici vincoli di finalizzazione, anche se molte Regioni hanno previsto che almeno una quota del Fondo stesso fosse destinata alla realizzazione dei Piani sociali di zona; in questi casi la finalizzazione non è specifica, ma l'erogazione dei contributi è condizionata all'approvazione dei piani di zona. L'unico vincolo previsto da tutte le Regioni stabilisce che il finanziamento erogato deve rappresentare un cofinanziamento rispetto alle iniziative degli enti locali. Questo vuol dire che gli enti locali devono aggiungere ulteriori risorse per finanziare le politiche sociali e sono pertanto predisposti strumenti di rilevazione per la verifica del rispetto di tale condizione. In altri casi, meno frequenti, sono previste percentuali minime di cofinanziamento da parte degli enti locali (Formez, 2003).

La spesa regionale per le politiche sociali

La rilevazione della spesa per le politiche sociali presenta numerose difficoltà metodologiche e pratiche. I bilanci regionali non sempre permettono un'immediata comprensione dell'ammontare complessivo delle risorse disponibili per le politiche sociali, della destinazione dei fondi e delle fonti di finanziamento. Inoltre, i fondi sociali regionali generalmente non comprendono tutte le risorse disponibili, dato che si affiancano ad essi ulteriori stanziamenti per interventi settoriali. In sostanza, i fondi regionali non sempre rappresentano grandezze comparabili. Le delibere di spesa diretta e di riparto delle risorse agli enti locali sono in genere assunte separatamente

e non consentono un'agevole ricostruzione dei flussi di spesa e di finanziamento degli enti locali. Infine, negli atti di programmazione e nelle relazioni disponibili sul raggiungimento degli obiettivi di politica sociale, i dati relativi alla spesa regionale spesso non distinguono nettamente tra risorse di natura corrente (per la gestione dei servizi e degli interventi sociali) e risorse destinate agli investimenti; tra risorse di natura sociale e risorse di natura sanitaria, tra risorse provenienti da fondi statali e regionali. "Inoltre, sono raramente disponibili dati a consuntivo, mentre le pubblicazioni di diversa natura privilegiano le previsioni di spesa, spesso senza distinguere tra risorse stanziata ed effettivamente riferibili all'anno in corso, e risorse imputabili a esercizi precedenti. Tutto ciò comporta evidenti problemi in ordine alla ricostruzione della spesa sociale delle Regioni, al suo finanziamento e utilizzo, e rende impervia la comparazione tra Regioni in ordine sia all'entità per abitante, sia alle modalità di spesa e finanziamento" (Formez, 2003).

L'unica fonte disponibile che fornisce un dato sulla spesa sociale regionale finanziata con risorse proprie e quindi depurata dei finanziamenti statali (Fnps e altro) è il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (2005). In essa risulta che le Regioni, con i fondi propri, contribuiscono al finanziamento della spesa sociale dei Comuni nella misura del 6% circa.⁸ La spesa regionale per l'assistenza è tendenzialmente decrescente, dato che dal 2000 al 2003 essa è passata da 556 a 310 milioni di euro.⁹ Tale decremento si accompagna al costante aumento del Fnps di quegli stessi anni, per cui sembra evidente che le Regioni complessivamente intese hanno utilizzato la crescita del Fondo nazionale per le politiche sociali per ridurre i propri impegni sul fronte assistenziale (cfr. tavola 13).

Al notevole incremento delle risorse statali del 2001 non pare essersi determinata la crescita delle risorse proprie delle Regioni. In sostanza, l'accresciuta disponibilità di risorse a favore degli enti locali è il risultato immediato dell'incremento di risorse statali e non, invece, di un accresciuto impegno congiunto che ha visto protagoniste anche le Regioni.

È del tutto evidente che se tutti gli enti facessero in questo modo la spesa locale per l'assistenza alla persona non aumenterebbe mai in modo significativo, anche se il suo livello è straordinariamente più basso di quello dei Paesi europei con cui ci confrontiamo.

TAVOLA 13 La spesa regionale per l'assistenza 2000-2003

Anno	Spesa regionale per l'assistenza finanziata con risorse proprie	Quota Fnps erogata alle Regioni
2000	556.000.000	249.000.000
2001	249.000.000	758.000.000
2002	354.000.000	771.000.000
2003	310.500.000	897.000.000

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2005).

6. LA SPESA PROVINCIALE

La l. 328/00 (art. 7) ha assegnato alle Province principalmente il compito di attuare il sistema informativo dei servizi sociali, raccogliendo dunque informazioni sui bisogni, sulla domanda e l'offerta dei servizi.

La stessa legge richiama le competenze della Provincia in materia di formazione degli operatori e inoltre individua spazi, che ogni Regione dovrà definire, di partecipazione delle Province alla definizione e all'attuazione dei Piani sociali di zona.

Nonostante le competenze sociali assai delimitate delle Province, le spese provinciali in questo settore hanno continuato a crescere, passando da 331 milioni di euro del 2000, anno di approvazione della legge quadro, a 503 milioni di euro del 2003. Occorre però rilevare che la gran parte della spesa sociale delle Province fa capo alle sole Province di Trento e Bolzano (71,5% nel 2003), tanto che le altre Province utilizzano ai fini sociali solamente 143 milioni di euro. Le somme trasferite dalle Province ai Comuni (o ai loro enti gestori) per le attività assistenziali raggiungono i 270 milioni di euro (2003), ma se escludiamo le Province autonome di Trento e Bolzano, l'importo dei trasferimenti si riduce a 25 milioni di euro circa (cfr. tavola 14).

Tenendo conto del fatto che le Province autonome di Trento e Bolzano ricevono una quota del Fnps (14.362.895 euro nel 2003), possiamo affermare che il contributo proprio delle Province italiane alla spesa sociale nazionale ammonta a 488.339.941 euro.

Per contabilizzare correttamente la spesa provinciale per interventi e servizi sociali nell'ambito della spesa sociale nazionale e, soprattutto, per evitare doppie contabilizzazioni, occorre sapere che l'intera spesa della Provincia autonoma di Bolzano è stata contabilizzata anche all'interno dell'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. In questo caso, la Provincia autonoma di Bolzano è stata considerata dall'Istat come un'associazione di Comuni, dato che la stessa provincia concentra tutte le competenze in materia sociale. Nel caso dei Comuni della Provincia autonoma di Trento, occorrerà invece rammentare che la loro attività sociale è finanziata per 173.618.103 euro dalla Provincia.

TAVOLA 14 La spesa delle Province per gli interventi e servizi sociali 2000-2003

Anno	Spesa complessiva	Spesa complessiva escluse Bolzano e Trento	Somme trasferite ai Comuni e loro enti gestori	Somme trasferite ai Comuni e loro enti gestori escluse Bolzano e Trento
2000	331.010.706	119.710.629		
2001	381.413.688	125.375.524	177.038.466	18.823.964
2003	502.702.836	143.415.253	269.997.757	24.979.654

Fonte: Istat (2003, 2005b).

7. LA SPESA COMUNALE

Gli interventi pubblici relativi alla rete dei servizi sociali territoriali sono prevalentemente posti in essere a livello comunale o intercomunale. Anche le risorse appositamente stanziare dallo Stato e dalle Regioni sono quasi totalmente utilizzate direttamente dai Comuni o dai loro enti gestori.

Per conoscere il livello della spesa sociale comunale, le fonti disponibili sono sostanzialmente due:

1. i certificati di bilancio che gli enti locali sono tenuti a redigere a consuntivo delle proprie gestioni per la presentazione al Ministro dell'Interno;
2. l'indagine sulla spesa sociale comunale promossa dall'Istat per gli anni 2003 e 2004.

I certificati di bilancio dei Comuni si occupano di tutta l'attività comunale, offrendo tuttavia una disaggregazione funzionale dei dati limitata e non sempre esauriente. Per ricostruire la spesa sociale occorre tener conto che il "settore sociale" dell'amministrazione comunale, secondo i certificati di bilancio, ricomprende le seguenti voci:

- Asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori;
- Strutture residenziali e di ricovero per anziani;
- Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona;
- Servizio necroscopico e cimiteriale.

Una prima possibile stima della spesa sociale è perciò data dall'insieme delle prime tre voci (scorporando quindi la voce relativa ai servizi necroscopici e cimiteriali, che non hanno nulla a che vedere con il "sociale"), che nel 2003 assommava - sempre secondo i certificati di bilancio - a circa 5.900 milioni di euro.

Tale risultato si differenzia - ma non in modo straordinario - dall'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni relativa al 2003, che rilevava una spesa sociale di 5.261 milioni di euro.¹⁰

Per comprendere queste differenze occorre tenere conto del fatto che i dati dei certificati di bilancio derivano dalla rendicontazione riferita all'intera gestione finanziaria, mentre il dato relativo all'indagine censuaria "è reperito tramite un questionario specificamente focalizzato sugli interventi di tipo sociale, compilato a opera di 'addetti ai lavori' e includente tutta la spesa dedicata a tali finalità (secondo la logica della registrazione del 'costo pieno' del servizio prodotto). In linea di principio, derivando da un'osservazione mirata e con finalità implicite di 'contabilità industriale', il dato dell'indagine *ad hoc* dovrebbe quindi essere più preciso e circoscritto: in effetti, è plausibile che nei dati di bilancio siano ricomprese voci non propriamente sociali" (Ministero Solidarietà sociale, 2006).

Proprio per questo assumeremo come punto di riferimento l'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni realizzata dall'Istat per gli anni 2003 e 2004. L'indagine, frutto di una stretta collaborazione fra l'Istat e vari ministeri, ha utilizzato una griglia di acquisizione dei dati che ha fatto riferimento sia agli schemi classificatori internazionali (in particolare lo schema Esspros), sia alle indicazioni fornite dalla legge quadro sull'assistenza (l. 328/00).

La rilevazione ha distinto sette aree di utenza dei servizi: Famiglia e minori, Disabili, Dipendenze, Anziani, Immigrati, Disagio adulti, Multiutenza. Ciascuna area al suo interno ha adottato una nomenclatura degli interventi ricondotta a tre macro-tipologie: interventi e servizi, trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi, spese per strutture. “In particolare, si deve considerare che nella prima tipologia sono elencati i servizi alla persona, come ad esempio il Servizio sociale professionale, gli interventi di integrazione sociale, quelli educativo-assistenziali e per l’inserimento lavorativo, l’assistenza domiciliare, ecc.; per trasferimenti in denaro si intendono tutti quei contributi erogati a famiglie, a singoli e associazioni e che rispondono a bisogni di natura diversa (dal pagamento delle rette degli asili nido o dei centri diurni o di prestazioni residenziali, ai contributi economici per l’alloggio, per integrare il reddito familiare, per affido familiare, per i servizi scolastici, per i servizi di trasporto, ecc.); infine, le spese in strutture riguardano le strutture a ciclo diurno o semiresidenziale (asili nido, servizi integrativi per la prima infanzia, centri diurni, centri di aggregazione/sociali, ecc.), le strutture comunitarie e residenziali (strutture residenziali in senso stretto, centri estivi o invernali con pernottamento, aree attrezzate per nomadi) e il pronto intervento sociale (unità di strada, ecc.)” (Ministero solidarietà sociale, 2006).

La spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali nel 2004

Nel 2004, la spesa comunale per l’assistenza sociale ammontava a 5 miliardi e 377 milioni di euro, con un valore pari allo 0,4% del Pil (cfr. tavola 15). La spesa è aumentata del 2,2% rispetto all’anno precedente (5 miliardi e 261 milioni di euro), mentre è rimasto invariato il rapporto fra spesa e Prodotto interno lordo.

Grandi sono le differenze regionali di spesa *pro capite*. Il valore più elevato si è registrato nel Nord-est, dove i Comuni hanno speso mediamente in un anno 135 euro per abitante, contro una media nazionale di 92 euro. I Comuni del Sud, al contrario, hanno speso appena 38 euro *pro capite* per erogare servizi e interventi socio-assistenziali, evidenziando una netta distanza dal resto del Paese.

In Calabria, con appena 27 euro per abitante, si raggiunge il livello più basso, mentre la spesa *pro capite* più alta risulta quella della Valle d’Aosta, con 345 euro; seguono in graduatoria le Province autonome di Bolzano e Trento, con valori ben al di sopra di 200 euro per abitante (cfr. tavola 15).

I settori di intervento comunale riguardano principalmente:

- la famiglia e i minori di età, con il 38,9% della spesa;
- gli anziani, con il 24,2% della spesa;
- i disabili, con il 19,8% della spesa.

Su queste tre aree di utenza si concentra più dell’80% delle risorse impegnate, mentre i servizi destinati alle altre tipologie di beneficiari assorbono quote di spesa molto più contenute: il 7% per le politiche di contrasto alla povertà, il 2% per gli immigrati, l’1% per i tossicodipendenti (cfr. tavola 16).

TAVOLA 15 Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per Regione e ripartizione geografica, 2004

Regione e ripartizione geografica	Spesa ¹ valori assoluti	Spesa media pro capite
Piemonte	533.564.093	124,1
Valle d'Aosta ²	42.200.920	344,6
Lombardia	974.492.199	104,6
Trentino-Alto Adige	249.733.410	257,8
Bolzano/Bozen ³	136.600.810	288,0
Trento ⁴	113.132.600	228,9
Veneto	442.355.415	94,7
Friuli Venezia Giulia	178.874.516	148,9
Liguria	164.538.880	103,8
Emilia-Romagna	610.461.972	148,3
Toscana	415.758.895	116,1
Umbria	66.132.884	77,5
Marche	140.936.680	93,2
Lazio	536.397.543	102,4
Abruzzo	67.111.034	51,9
Molise	13.909.251	43,2
Campania	213.498.725	37,0
Puglia	159.710.139	39,4
Basilicata	26.580.770	44,5
Calabria	54.164.328	26,9
Sicilia	320.430.174	64,0
Sardegna	166.762.210	101,3
Nord-ovest	1.714.796.092	111,9
Nord-est	1.481.425.313	135,2
Centro	1.159.226.002	103,6
Sud	534.974.247	38,1
Isole	487.192.384	73,2
Italia	5.377.614.038	92,4

Note

¹ Per spesa si intendono gli impegni di spesa in conto corrente di competenza relativi al 2004, di Comuni e associazioni di Comuni per l'erogazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente).

² La Regione Valle d'Aosta mantiene il ruolo di ente che oltre a programmare gestisce le politiche sociali e non delega ai Comuni, singolarmente o associati nelle Comunità montane, l'esercizio di tali funzioni.

³ Nell'indagine la Provincia di Bolzano è stata considerata come una associazione di Comuni; la Provincia di Bolzano concentra infatti tutte le competenze in materia sociale e i Comuni non hanno alcuna competenza e spesa propria.

⁴ Nella Provincia di Trento la rilevazione ha interessato i Comuni e gli enti gestori delle funzioni delegate dalla Provincia autonoma ai Comuni stessi (11 comprensori e i Comuni di Trento e Rovereto). Tali funzioni sono finanziate dalla Provincia con apposito Fondo socio-assistenziale.

Fonte: Istat, 2007.

Nell'area "famiglia e minori", la spesa media *pro capite* del 2004 varia tra i 36 euro del Sud e i 135 euro del Nord-est (con un minimo di 24 euro in Calabria e con punte di 282 euro in Valle d'Aosta e 219 in Emilia-Romagna).¹¹ La spesa *pro capite* per anziano¹² varia fra circa 46 euro l'anno al Sud e 173 al Nord-est (anche in questo caso i valori più bassi si hanno in Calabria e i più alti in Valle d'Aosta). La spesa *pro capite* riferita ai disabili¹³ varia fra 448 euro al Sud e 4.182 al Nord-est (cfr. tavola 17).

Oltre che per area di intervento (anziani, disabili, ecc.), gli interventi assistenziali dei Comuni possono essere ricondotti a tre macro-tipologie di spesa (cfr. tavola 18):

- i servizi resi direttamente alla persona (ad esempio, l'assistenza domiciliare, il "segretariato sociale", ecc.), pari a circa il 38% della spesa complessiva;
- i contributi economici per i cittadini bisognosi (sostegno al reddito, assegni di cura, ecc.), pari a circa il 24% della spesa complessiva;
- la gestione di strutture stabili sul territorio (gli asili nido, i centri diurni, le strutture residenziali, ecc.), pari a circa il 38% della spesa complessiva.

La spesa per gli interventi e i servizi prevale nell'area dei disabili (47,6%), degli anziani (46,4%), delle dipendenze (52,3%) e delle multiutenze (100%) mentre la spesa per i trasferimenti in denaro prevale nell'area del disagio adulti (50,2%), dove vengono utilizzate soprattutto per l'integrazione del reddito familiare e per il pagamento delle spese per l'alloggio. La spesa per le strutture sociali prevale invece nell'area famiglia e minori (56,9%), dove "pesano" soprattutto gli asili nido (39% dell'area) e le Comunità residenziali per minori. (cfr. tavole 16, 17 e 18).

Le differenze territoriali si confermano notevoli. Passando da Nord verso Sud si evidenzia, oltre alla diminuzione generale della spesa assistenziale in tutte e tre le sue componenti, la netta riduzione della spesa per strutture rispetto ai servizi e ai trasferimenti in denaro (Istat, 2007).

TAVOLA 16 Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni per area di utenza e per Regione, 2004

Regione e ripartizione geografica	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Disagio adulti	Immigrati	Dipendenze	Multiutenze	Totale
Piemonte	198.504.445	120.523.898	117.939.993	37.507.235	12.987.555	1.021.168	45.079.799	533.564.093
Valle d'Aosta	12.322.130	26.591.048	2.421.804	537.632	276.034	0	52.272	42.200.920
Lombardia	385.633.210	265.595.186	191.823.459	45.465.106	17.573.629	9.607.173	58.794.436	974.492.199
Trentino-A. A.	62.321.075	79.686.452	77.466.433	17.852.373	2.942.049	2.211.123	7.253.905	249.733.410
Boziano/Bozen	26.311.000	50.763.000	45.001.810	10.215.000	2.120.000	2.190.000	0	136.600.810
Trento	36.010.075	28.923.452	32.464.623	7.637.373	822.049	21.123	7.253.905	113.132.600
Veneto	113.330.926	125.096.810	125.456.712	26.747.589	10.962.913	8.752.684	32.007.781	442.355.415
Friuli V. G.	53.800.819	51.046.868	46.644.891	12.837.435	3.917.399	744.075	9.883.029	178.874.516
Liguria	76.557.261	45.599.813	17.140.505	9.768.987	2.607.375	1.915.611	10.949.328	164.538.880
Emilia-Romagna	299.552.298	132.827.871	84.106.253	22.499.588	18.369.345	6.596.363	46.510.254	610.461.972
Toscana	154.958.849	110.664.537	66.569.112	29.785.159	9.783.913	2.369.931	41.627.394	415.758.895
Umbria	29.332.749	13.123.957	12.286.248	2.829.680	2.796.702	1.247.005	4.516.543	66.132.884
Marche	46.851.968	24.501.051	34.114.196	7.721.355	4.042.597	1.456.428	22.249.085	140.936.680
Lazio	216.180.583	88.950.072	111.791.145	65.501.803	26.684.175	6.618.393	20.671.372	536.397.543
Abruzzo	28.625.611	17.263.768	13.571.265	2.549.759	774.638	404.187	3.921.806	67.111.034
Molise	5.754.221	3.971.904	2.791.084	718.270	231.348	313.597	128.827	13.909.251
Campania	96.871.546	44.274.317	33.036.188	10.997.439	1.829.318	2.193.912	24.296.005	213.498.725
Puglia	80.458.160	30.668.363	20.334.723	11.496.580	3.253.078	1.906.717	11.592.518	159.710.139
Basilicata	12.895.190	5.354.175	3.748.920	1.492.509	501.835	232.504	2.355.637	26.580.770
Calabria	22.723.427	5.941.451	5.834.600	12.098.865	563.783	696.052	6.306.150	54.164.328
Sicilia	137.552.358	74.051.700	59.767.897	30.740.315	5.140.144	4.215.662	8.962.098	320.430.174
Sardegna	62.960.453	38.004.820	38.349.620	13.989.303	2.018.396	2.548.359	8.891.259	166.762.210
Nord-ovest	673.017.046	458.309.945	329.325.761	93.278.960	33.444.593	12.543.952	114.875.835	1.714.796.092
Nord-est	529.005.118	388.658.001	333.674.289	79.936.985	36.191.706	18.304.245	95.654.969	1.481.425.313
Centro	447.324.149	237.239.617	224.760.701	105.837.997	43.307.387	11.691.757	89.064.394	1.159.226.002
Sud	247.328.155	107.473.978	79.316.780	39.353.422	7.154.000	5.746.969	48.600.943	534.974.247
Isole	200.512.811	112.056.520	98.117.517	44.729.618	7.158.540	6.764.021	17.853.357	487.192.384
Italia	2.097.187.279	1.303.738.061	1.065.195.048	363.136.982	127.256.226	55.050.944	366.049.498	5.377.614.038

Fonte: Istat, 2007.

TAVOLA 17 Spesa media pro capite per interventi e servizi sociali dei Comuni per area di utenza, 2004

Regione e ripartizione geografica	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Disagio adulti	Immigrati	Dipendenze	Multiutenze	Totale
Piemonte	133,5	127,1	3.093,8	13,8	67,9	0,3	10,5	124,1
Valle d'Aosta	281,7	1.098,8	2.896,9	6,8	69,9	0,0	0,4	344,6
Lombardia	113,2	150,2	2.479,6	7,5	32,8	1,2	6,3	104,6
Trentino-A. A.	159,5	474,4	16.910,4	29,0	63,8	2,7	7,5	257,8
Bolzano/Bozen	133,2	659,7	21.097,9	33,9	102,6	5,6	0,0	288,0
Trento	186,4	317,8	13.261,7	24,3	32,3	0,1	14,7	228,9
Veneto	64,9	142,4	3.411,4	8,8	41,5	2,2	6,9	94,7
Friuli V. G.	134,5	192,6	4.170,7	16,7	70,7	0,7	8,2	148,9
Liguria	152,5	108,9	1.572,7	10,2	43,8	1,4	6,9	103,8
Emilia-Romagna	219,1	142,5	3.085,9	8,7	78,6	0,8	11,3	148,3
Toscana	126,0	134,4	2.079,2	13,3	54,6	0,8	11,6	116,1
Umbria	98,6	66,2	1.494,1	5,4	57,9	1,7	5,3	77,5
Marche	85,4	72,8	3.068,4	8,2	53,0	1,1	14,7	93,2
Lazio	107,5	90,9	2.139,4	19,4	117,9	1,5	3,9	102,4
Abruzzo	53,3	63,7	1.092,6	3,2	21,8	0,4	3,0	51,9
Molise	42,3	57,1	997,5	3,6	66,4	1,1	0,4	43,2
Campania	33,1	51,4	394,4	3,0	24,2	0,5	4,2	37,0
Puglia	41,1	45,1	427,8	4,5	71,6	0,6	2,9	39,4
Basilicata	47,7	46,1	546,2	4,0	90,6	0,5	3,9	44,5
Calabria	23,8	16,6	248,1	9,6	19,2	0,4	3,1	26,9
Sicilia	56,9	84,2	1.018,4	9,9	77,5	1,0	1,8	64,0
Sardegna	89,2	136,4	2.170,4	12,7	133,0	1,8	5,4	101,3
Nord-ovest	123,7	145,1	2.588,7	9,5	42,3	0,9	7,5	111,9
Nord-est	135,5	173,2	4.181,6	11,4	60,4	1,9	8,7	135,2
Centro	109,5	101,5	2.169,3	14,9	81,7	1,2	8,0	103,6
Sud	36,5	45,6	448,3	4,4	36,7	0,5	3,5	38,1
Isole	64,2	96,8	1.285,0	10,6	87,9	1,2	2,7	73,2
Italia	89,9	115,8	1.889,0	9,8	57,9	1,1	6,3	92,4

Note: I valori medi pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza. La popolazione di riferimento per l'area "famiglia e minori" è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati dai dati del Censimento della popolazione 2001. La popolazione di riferimento per l'area "disabili" è costituita dal numero di disabili che vivono in famiglia quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (2004-2008) e dal numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali quali risultano dalla "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali anno 2004". La popolazione di riferimento per l'area "dipendenze" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 15 anni (2004). La popolazione di riferimento per l'area "anziani" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 65 anni (2004). La popolazione di riferimento per l'area "immigrati e nomadi" è costituita dagli immigrati residenti (2004). La popolazione di riferimento per l'area "disagio adulti" è costituita dalla popolazione con età compresa tra i 18 e i 65 anni (2004). La popolazione di riferimento per l'area "multiutenza" è costituita dalla popolazione residente (2004).

Fonte: Istat, 2007.

TAVOLA 18 Spesa dei Comuni singoli e associati per area di utenza e per macro-area di interventi e servizi sociali, 2004

Macro-area di interventi e servizi sociali				
Area di utenza	Interventi e servizi	Trasferimenti in denaro	Strutture	Totale
Valori assoluti				
Famiglia e minori	378.599.969	524.972.912	1.193.614.398	2.097.187.279
Anziani	605.415.694	304.080.983	394.241.384	1.303.738.061
Disabili	507.501.482	218.587.713	339.105.853	1.065.195.048
Disagio adulti	119.978.659	182.220.194	60.938.129	363.136.982
Immigrati	48.569.011	33.649.297	45.037.918	127.256.226
Dipendenze	28.792.547	16.891.228	9.367.169	55.050.944
Multiutenze	366.049.498	0	0	366.049.498
Totale	2.054.906.860	1.280.402.327	2.042.304.851	5.377.614.038
Valori percentuali di riga				
Famiglia e minori	18,1	25,0	56,9	100,0
Anziani	46,4	23,3	30,2	100,0
Disabili	47,6	20,5	31,8	100,0
Disagio adulti	33,0	50,2	16,8	100,0
Immigrati	38,2	26,4	35,4	100,0
Dipendenze	52,3	30,7	0,0	100,0
Multiutenze	100,0	.	.	100,0
Totale	38,2	23,8	38,0	100,0
Valori percentuali di colonna				
Famiglia e minori	18,4	41,0	58,4	39,0
Anziani	29,5	23,7	19,3	24,2
Disabili	24,7	17,1	16,6	19,8
Disagio adulti	5,8	14,2	3,0	6,8
Immigrati	2,4	2,6	2,2	2,4
Dipendenze	1,4	1,3	0,5	1,0
Multiutenze	17,8	.	.	6,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Istat, 2007.

Chi finanzia la spesa sociale dei Comuni?

Le fonti di finanziamento delle spese sociali dei Comuni sono diverse.

Lo Stato, attraverso il Fondo nazionale delle politiche sociali, ha fatto arrivare ai Comuni direttamente o indirettamente (attraverso le Regioni) il 17,8% nel 2003 e il 19,4% nel 2004 della spesa per i servizi sociali dei Comuni. Tale quota, come è noto, si è ridotta negli anni successivi.

Le Regioni, nel 2003, hanno contribuito alla spesa locale erogando ai Comuni, oltre al Fnps, un contributo aggiuntivo di 310 milioni di euro, che è pari al 5,9% della spesa comunale complessiva. Le Province hanno contribui-

to alla spesa con trasferimenti agli enti locali di quasi 256 milioni di euro, pari al 4,9% della spesa comunale (2003); si tratta soprattutto di risorse delle Province autonome di Trento e Bolzano depurate della quota di Fnps.

Anche gli utenti dei servizi sociali e socio-educativi hanno contribuito, con le rette di frequenza/degenza o con le quote di partecipazione alla spesa, al finanziamento delle politiche sociali, con un importo di circa 1.200 milioni di euro,¹⁴ pari al 23% della spesa (cfr. tavole 19 e 20).

La quota maggioritaria della spesa sociale è invece a carico delle risorse proprie dei Comuni, per un importo che nel 2003 era di 2.555 milioni di euro, pari al 48,6% della spesa complessiva. Risulta evidente che nel 2004, in corrispondenza dell'aumento del Fnps, i Comuni e le Regioni hanno complessivamente ridotto l'utilizzo di risorse proprie per finanziare le politiche sociali. Il loro intervento diretto, che assommava nel 2003 a 3.121 milioni di euro circa si è ridotto nel 2004 (nonostante l'inflazione) a circa 3.098 milioni di euro.

8. LA SPESA PER I SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA

Una delle principali voci di spesa per l'assistenza sociale locale è costituita dalla gestione degli asili nido. Infatti, gli asili nido assorbono circa il 16% della spesa sociale complessiva dei Comuni e dei loro enti gestori e circa il 40% delle risorse destinate alla tutela dei minori e al supporto della famiglia nella crescita dei figli. La ricerca censuaria dell'Istat rileva a questo proposito tre tipologie di servizi: a) la spesa per gli asili nido, b) la spesa per i trasferimenti in denaro alle famiglie

TAVOLA 19 Flussi di finanziamento del sistema dei servizi sociali territoriali 2003-2004

Anno	Fnps statale erogato alle Regioni	Fnps statale erogato ai Comuni	Regioni (erogazioni aggiuntive ai Comuni)	Province (trasferimenti ai Comuni)	Proventi dagli utenti dei servizi di assistenza	Quota a carico dei Comuni	Spesa dei Comuni per assistenza
2003	897.000.000	44.500.000	310.500.000	255.634.862	1.198.000.000	2.554.982.904	5.260.617.766
2004	1.000.000.000	44.466.939			1.236.000.000 *		5.377.614.038

Note: * stima. Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2005), Istat (2005a, 2005b, 2007).

TAVOLA 20 Flussi di finanziamento del sistema dei servizi sociali territoriali 2003-2004, %

Anno	Fnps statale erogato alle Regioni	Fnps statale erogato ai Comuni	Regioni (erogazioni aggiuntive ai Comuni)	Province (trasferimenti ai Comuni)	Proventi dagli utenti dei servizi di assistenza	Quota a carico dei Comuni	Spesa dei Comuni per assistenza
2003	17,0	0,8	5,9	4,9	22,8	48,6	100,0
2004	18,6	0,8			23,0		100,0

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2005), Istat (2005a, 2005b, 2007).

TAVOLA 21 Asili nido e servizi per la prima infanzia: utenti e spesa. Italia, 2004

Voci di spesa	Spesa	Utenti	Pro capite
Trasferimenti in denaro per il pagamento di retta per asili nido	28.695.798	19.681	1.458,0
Asili nido (gestione strutture)	821.934.684	126.471	6.499,0
Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia (gestione strutture)	32.740.652	42.172	776,4
Totale asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia	883.371.134	188.324	4.690

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2007.

per il pagamento di rette degli asili nido, c) la spesa per i servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia.¹⁵ Complessivamente, nel 2004, per queste tre voci i Comuni spendevano 883.371.134 euro (cfr. tavola 21).

Ovviamente, la spesa principale è relativa alla gestione degli asili nido che, nel 2004, assorbivano 851 milioni di euro, riuscendo ad accogliere 146.152 piccoli utenti (tavola 22).

Se si considerano gli utenti degli asili nido (bambini da zero a due anni residenti in Italia) nel 2004, si evidenzia una capacità ricettiva ancora molto limitata: in media hanno beneficiato del servizio pubblico 897 bambini su 10.000.

Le differenze territoriali sono molto ampie, sia in termini di spesa, sia in termini di offerta e di utilizzo dei servizi, evidenziando ancora una volta la carenza di strutture che caratterizza le Regioni del Sud. Infatti, i bambini tra zero e due anni iscritti agli asili nido comunali sono 232 su 10.000 al Sud, mentre al Nord sono più di 1.200. A livello regionale, i livelli più bassi di accesso agli asili nido si hanno per i bambini della Campania (105 su 10.000), mentre i livelli massimi si hanno in Emilia-Romagna (2.220 su 10.000) (tavola 23).

Tutti i Comuni della Valle d'Aosta e della Provincia di Bolzano hanno almeno un asilo nido nel loro territorio. A un livello elevato si colloca anche l'Emilia-Romagna, dove il 72% dei Comuni ha almeno un asilo nido. Al livello più basso troviamo il Molise, dove solo il 2% dei Comuni offre il servizio rispetto a una media italiana del 34% (cfr. tavola 24).

Mediamente i Comuni italiani spendono per gli asili nido 5.820 euro l'anno per ogni bambino iscritto (tavola 21); la variabilità a livello territoriale in questo caso è piuttosto contenuta, ma vi sono Regioni dove la spesa è mediamente più alta, come il Lazio (10.620 euro) e la Liguria (8.644 euro) e Regioni dove è sensibilmente più bassa, come la Lombardia, il Molise e la Provincia di Bolzano (circa 4.300 euro).

La spesa per gli asili nido comprende anche le rette pagate dai Comuni per i bambini che frequentano gli asili nido convenzionati (Istat, 2007).

I cittadini concorrono al funzionamento del servizio, sostenendo parte del costo degli asili nido. Il contributo delle famiglie in media è di 1.236 euro

TAVOLA 22 Asili nido: utenti, spesa e compartecipazione degli utenti per Regione, 2004

Regione e ripartizione geografica	Utenti	Spesa	Compartecipazione degli utenti	% compartecipazione sulla spesa	Spesa	Valori medi per utente	Compartecipaz.
Piemonte	11.191	75.392.885	17.730.455	23,5	6.737	1.584	1.584
Valle d'Aosta	594	4.623.708	793.795	17,2	7.784	1.336	1.336
Lombardia	35.746	153.448.365	48.917.143	31,9	4.293	1.368	1.368
Trentino-A. A.	2.502	16.121.607	7.186.207	44,6	6.443	2.872	2.872
Bolzano/Bozen	512	2.150.000	1.000.000	46,5	4.199	1.953	1.953
Trento	1.990	13.971.607	6.186.207	44,3	7.021	3.109	3.109
Veneto	9.952	46.426.908	12.251.808	26,4	4.665	1.231	1.231
Friuli V. G.	2.256	14.125.677	2.693.008	19,1	6.261	1.194	1.194
Liguria	3.870	33.451.179	3.770.982	11,3	8.644	974	974
Emilia-Romagna	24.085	139.980.420	37.096.417	26,5	5.812	1.540	1.540
Toscana	14.776	79.882.319	16.477.244	20,6	5.406	1.115	1.115
Umbria	2.513	15.476.441	2.925.805	18,9	6.159	1.164	1.164
Marche	4.835	22.409.125	6.728.741	30,0	4.635	1.392	1.392
Lazio	12.551	132.558.295	12.988.951	9,8	10.562	1.035	1.035
Abruzzo	2.040	11.211.716	1.719.454	15,3	5.496	843	843
Molise	246	1.066.156	175.956	16,5	4.334	715	715
Campania	2.028	12.813.724	869.072	6,8	6.318	429	429
Puglia	3.988	21.937.587	1.954.124	8,9	5.501	490	490
Basilicata	795	2.938.714	641.971	21,8	3.696	808	808
Calabria	772	2.747.846	315.744	11,5	3.559	409	409
Sicilia	8.519	53.424.848	3.333.206	6,2	6.271	391	391
Sardegna	2.893	10.592.962	2.135.766	20,2	3.662	738	738
Nord-ovest	51.401	266.916.137	71.212.375	26,7	5.193	1.385	1.385
Nord-est	38.795	216.654.612	59.227.440	27,3	5.585	1.527	1.527
Centro	34.675	250.326.180	39.120.741	15,6	7.219	1.128	1.128
Sud	9.869	52.715.743	5.676.321	10,8	5.342	575	575
Isole	11.412	64.017.810	5.468.972	8,5	5.610	479	479
Italia	146.152	850.630.482	180.705.849	21,2	5.820	1.236	1.236

Note: Questa voce comprende sia le strutture che le rette per gli asilo nido.

Fonte: Istat, 2007.

TAVOLA 23 Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia: utenti e spesa, 2004

Regione e ripartizione geografica	Utenti	Spesa	Compartecipazione degli utenti	% compartecipazione sulla spesa	Spesa	Valori medi per utente	Compartecipaz.
Piemonte	3.540	1.113.901	232.677	20,9	315	66	66
Valle d'Aosta	1.342	418.772	107.270	25,6	312	80	80
Lombardia	5.362	2.756.381	271.177	9,8	514	51	51
Trentino-A. A.	1.358	7.248.433	844.036	11,6	5.338	622	622
Bolzano/Bozen	1.329	7.240.000	820.000	11,3	5.448	617	617
Trento	29	8.433	24.036	285,0	291	829	829
Veneto	4.464	2.832.063	726.627	25,7	634	163	163
Friuli V. G.	519	210.229	20.023	9,5	405	39	39
Liguria	1.688	3.317.823	147.430	4,4	1.966	87	87
Emilia-Romagna	5.771	4.866.517	1.055.832	21,7	843	183	183
Toscana	6.674	3.317.676	680.836	20,5	497	102	102
Umbria	435	664.100	130.721	19,7	1.527	301	301
Marche	4.199	1.367.147	272.413	19,9	326	65	65
Lazio	1.242	433.798	62.564	14,4	349	50	50
Abruzzo	158	285.924	14.533	5,1	1.810	92	92
Molise	0	0	0	-	-	-	-
Campania	1.321	1.655.780	9.720	0,6	1.253	7	7
Puglia	1.949	591.025	1.500	0,3	303	1	1
Basilicata	20	6.000	0	0,0	300	0	0
Calabria	384	331.010	0	0,0	862	0	0
Sicilia	677	398.258	6.375	1,6	588	9	9
Sardegna	1.069	925.815	142.830	15,4	866	134	134
Nord-ovest	11.932	7.606.877	758.554	10,0	638	64	64
Nord-est	12.112	15.157.242	2.646.518	17,5	1.251	219	219
Centro	12.550	5.782.721	1.146.534	19,8	461	91	91
Sud	3.832	2.869.739	25.753	0,9	749	7	7
Isole	1.746	1.324.073	149.205	11,3	758	85	85
Italia	42.172	32.740.652	4.726.564	14,4	776	112	112

Note: In questa categoria rientrano i micronidi, i nidi famiglia e i servizi integrativi per la prima infanzia.

Fonte: Istat, 2007.

TAVOLA 24 Asili nido e Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia: indicatori territoriali, 2004

Regione e ripartizione geografica	Asili nido		Servizi integrativi	
	Percentuale di Comuni coperti dal servizio	Indicatore presa in carico utenti (per 10.000 persone)	Percentuale di Comuni coperti dal servizio	Indicatore presa in carico utenti (per 10.000 persone)
Piemonte	27	1.029	6	325
Valle d'Aosta	100	1.744	22	3.941
Lombardia	54	1.346	8	202
Trentino-A. A.	41	802	35	435
Bolzano/Bozen	100	322	100	836
Trento	10	1.302	0	19
Veneto	35	748	14	336
Friuli V. G.	43	766	11	176
Liguria	37	1.106	49	482
Emilia-Romagna	72	2.220	34	532
Toscana	55	1.653	29	747
Umbria	29	1.162	20	201
Marche	40	1.245	25	1.081
Lazio	18	847	12	84
Abruzzo	17	624	9	48
Molise	2	321	0	0
Campania	8	105	25	68
Puglia	24	334	2	163
Basilicata	16	498	1	13
Calabria	6	139	1	69
Sicilia	33	560	1	44
Sardegna	11	728	5	269
<i>Nord-ovest</i>	43	1.246	11	289
<i>Nord-est</i>	46	1.284	23	401
<i>Centro</i>	35	1.164	21	421
<i>Sud</i>	12	232	10	90
<i>Isole</i>	22	594	3	91
<i>Italia</i>	34	897	13	259

Note: La voce degli asili nido comprende sia le strutture che le rette per gli asilo nido, mentre nei servizi integrativi o innovativi rientrano i micronidi, i nidi famiglia e i servizi integrativi per la prima infanzia. Popolazione di riferimento: popolazione di età compresa tra 0 e 2 anni, utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione o della ripartizione. **Fonte:** nostra elaborazione su dati Istat, 2007.

l'anno per ogni bambino, ma in questo caso si assiste a una variabilità molto consistente da Regione a Regione (tavola 22). In particolare, la spesa delle famiglie assume i valori più alti nel Nord-est, oltre 1.500 euro, decresce a poco più di 1.100 al Centro e scende sotto i 500 euro nelle Isole (in particolare in Sicilia).

Man mano che si scende dal Nord al Sud, seppur con alcune eccezioni, diminuiscono drasticamente le risorse impegnate, il numero di utenti, la presenza delle strutture sul territorio e le quote di spesa pagate dalle famiglie.

In Italia, oltre ai tradizionali asili nido, sono presenti anche i “servizi innovativi e integrativi per la prima infanzia” (come i micronidi e i nidi famiglia). I servizi di questo tipo hanno costi molto ridotti rispetto agli asili nido e possono rappresentare una valida alternativa in alcune realtà locali, come i piccoli Comuni montani, dove il numero di bambini non è sufficiente a giustificare un investimento consistente per le strutture. La spesa pubblica rilevata per queste strutture è in media 776 euro per utente in un anno e il contributo delle famiglie è poco superiore a 100 euro l'anno per bambino (tavola 23). I servizi innovativi e integrativi non sono diffusi su tutto il territorio, ma rappresentano una realtà significativa in alcune Regioni italiane, come la Valle d'Aosta, le Marche e la Provincia di Bolzano (cfr. tavola 24) (Istat, 2007).

9. LA SPESA SOCIALE PUBBLICA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

L'Italia è in grave ritardo nelle politiche pubbliche per i non autosufficienti rispetto agli altri Paesi europei. I motivi sono diversi. Il nostro sistema di protezione sociale non ha mai avuto carattere di universalità e i provvedimenti, non sempre organici, hanno privilegiato la creazione di un welfare come derivazione del mondo del lavoro, in cui le problematiche dell'assistenza sono affrontabili in quel contesto o sono essenzialmente caricate sulle famiglie. In questo quadro si colloca il limitato sviluppo dei servizi domiciliari e residenziali sociali e sociosanitari per i non autosufficienti e la maggiore attenzione invece verso i trasferimenti monetari (l'indennità di accompagnamento) senza neanche il bisogno di rendicontarne la spesa.

L'intervento pubblico sociale e sanitario nei confronti della non autosufficienza è crescente, ma copre solo la metà circa della spesa complessiva; il resto è garantito dalla spesa diretta delle famiglie. Se poi si considera anche il valore dell'assistenza fornita direttamente (e gratuitamente) dai familiari, l'intervento pubblico diventa largamente minoritario nella spesa per la non autosufficienza. All'interno di questo quadro, la spesa assistenziale per la non autosufficienza copre una percentuale ancora più bassa, che nel caso degli anziani non autosufficienti è pari solamente a un terzo della spesa complessiva (Pesaresi, 2007, non pubblicato). Quest'ultima viene garantita essenzialmente dalle indennità di accompagnamento e dai servizi sociali comunali.

L'indennità di accompagnamento e la pensione di invalidità civile

L'indennità di accompagnamento è la misura di politica sociale più importante per le persone non autosufficienti, sia per numero di beneficiari sia per l'importo complessivo della spesa. Essa assorbe più di un quinto di tutte le risorse assistenziali nazionali e i tre quarti della spesa per la non autosufficienza.

L'intervento ha una diffusione (7,7% di anziani) simile a quella di analoghe misure adottate in altri Paesi europei in termini di beneficiari, ma la cui copertura risulta però inferiore se si considera il livello delle prestazioni offerte e l'inesistenza di una graduazione dei benefici per livelli diversificati di bisogno (Ranci, 2005).

L'indennità di accompagnamento è stata originariamente istituita per tutelare le persone disabili adulte;¹⁶ solo successivamente è stata estesa anche alle persone anziane che oggi rappresentano la grande maggioranza dei beneficiari (70%). I requisiti di accesso dei beneficiari fanno riferimento a persone che, a prescindere dall'età e dalla condizione economica, presentino una totale disabilità e bisogni di cura continuativa, e inoltre che non siano ricoverate gratuitamente in istituto. L'indennità di 455,42 euro (2007) viene finanziata dalla fiscalità generale e viene attribuita direttamente ai beneficiari che possono disporne liberamente.

Il numero dei beneficiari dell'indennità di accompagnamento è aumentato quasi costantemente in questi anni. Erano 869.541 nel 1996, ma dopo 8 anni, nel 2004, erano quasi raddoppiati (1.629.290) e assorbivano 8.166 milioni di euro (Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2006).

La sua natura di diritto esigibile da parte di tutti i cittadini in possesso di determinati requisiti, l'assenza di tetti di spesa pubblici e la sua libertà d'uso, che non ha bisogno di rendicontazione hanno favorito la crescita costante della diffusione dell'indennità in relazione alle crescenti necessità dei non autosufficienti, soprattutto anziani.

Come viene usata l'indennità di accompagnamento dai beneficiari? Non esistono studi nazionali su questo aspetto, ma intanto si può dire che nel caso di anziani ospitati in strutture residenziali l'indennità viene utilizzata per pagare la retta a carico degli utenti. Per gli anziani assistiti a domicilio è probabile che l'indennità di accompagnamento venga utilizzata per remunerare indirettamente i membri della famiglia (l'indennità ricevuta tende a confluire nel *budget* familiare) che si prendono cura dei congiunti anziani o per contribuire a remunerare l'assistente familiare, laddove presente. Pertanto, l'indennità di accompagnamento si è nel tempo trasformata in una misura di integrazione del reddito che permette di ridurre il costo dei servizi residenziali o di acquistare prestazioni a domicilio a basso costo nel mercato, soprattutto irregolare (Da Roit, 2006).

Da diversi anni si discute del possibile riordino degli emolumenti derivanti dall'indennità di accompagnamento e dalle altre pensioni di invalidità civile. Era la stessa l. 328/00 a prevedere una delega al Governo a questo fine. La legge di riforma prevedeva infatti di intervenire con decreto legislativo per l'armonizzazione delle diverse prestazioni orientate al sostegno economico delle persone con disabilità e, nel contempo, proponeva anche un'indennità a sostegno dei bisogni di cura commisurata alla gravità della disabilità (anche per consentire l'assistenza e la sorveglianza continuativa ai soggetti con gravi limitazioni dell'autonomia). Quella delega, però, non è mai stata esercitata dal Governo, che ha fatto esaurire il tempo per l'esercizio della

TAVOLA 25 Indennità di accompagnamento e relativo importo annuo, complessivo e medio, per Regione, 2003

Regione	Numero	Importo complessivo (migliaia di €)	Importo medio (€)
Piemonte	100.177	492.980	4.920
Valle d'Aosta	2.706	14.044	5.190
Lombardia	203.250	1.004.303	4.941
Bolzano	7.106	34.526	4.859
Trento	7.697	37.803	4.911
Veneto	101.531	502.438	4.949
Friuli V. G.	33.675	167.144	4.963
Liguria	48.126	241.067	5.009
Emilia-Romagna	111.607	556.578	4.987
Toscana	98.999	492.122	4.971
Umbria	36.118	180.968	5.010
Marche	45.710	224.058	4.902
Lazio	125.886	620.318	4.928
Abruzzo	44.204	217.306	4.916
Molise	7.751	36.634	4.726
Campania	163.710	806.085	4.924
Puglia	104.215	507.417	4.869
Basilicata	16.788	81.596	4.860
Calabria	70.307	347.135	4.937
Sicilia	137.455	660.994	4.809
Sardegna	52.770	257.458	4.879
estero	1.545	7.723	4.998
Italia	1.521.332	7.490.605	4.924

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2006).

stessa senza presentare una proposta, anche se permane la necessità di un riordino della misura. Infatti, l'indennità di accompagnamento continua a essere un contributo fisso mensile destinato solo a disabili gravissimi indipendentemente dalle loro condizioni economiche. Ne restano esclusi tutti coloro che presentano bisogni di cura rilevanti pur non necessitando di un'assistenza continua. Inoltre, l'importo erogato non è sufficiente a coprire i costi di un ricovero in struttura residenziale o a garantire assistenza domiciliare privata in un mercato regolare. Per adempiere con maggiore efficacia al suo compito, la misura economica dovrebbe essere modulata in relazione ai bisogni dei beneficiari e dovrebbe essere collegata anche all'erogazione di servizi territoriali alla persona (Da Roit, 2004).

Oltre all'indennità di accompagnamento ci sono anche le altre pensioni di invalidità civile che sono erogate a invalidi, una parte dei quali non autosufficienti, per le loro necessità assistenziali. Infatti, per avere diritto alle prestazioni economiche il grado di invalidità riconosciuto deve essere

almeno del 74%. Si è invalidi parziali con un grado di invalidità che va dal 74% al 99%, mentre con un'invalidità del 100% si è invalidi civili totali. Quanti di questi, che nel 2004 erano 889.305, sono definibili come non autosufficienti? Nessuno ce lo può dire con precisione. Conosciamo però il numero di coloro che lo sono sicuramente estrapolando il dato degli invalidi civili totali che percepiscono anche l'indennità di accompagnamento. Costoro sono innegabilmente non autosufficienti e, nel 2004, erano 422.420 (pari al 47,5% degli invalidi civili),¹⁷ con una spesa assistenziale di almeno 1.193 milioni di euro.¹⁸

I servizi comunali per la non autosufficienza

La rete dei servizi territoriali è sensibilmente più ridotta rispetto a quella di altri Paesi; questi servizi sono inoltre sottoposti a forte selettività, in base non solo al livello di non autosufficienza, ma spesso anche al reddito e alla presenza di sostegni familiari.

Per quel che riguarda l'assistenza agli anziani, l'assistenza domiciliare sociale e sanitaria si attesta su valori quantitativi che costituiscono la metà della media europea. Infatti, mentre in Europa vengono assistiti a domicilio mediamente l'8,5% degli anziani, questa percentuale in Italia è del 4,1%. I servizi domiciliari mancano di integrazione fra sociale e sanitario, spesso sono limitati nel tempo e molto disomogenei fra una Regione e l'altra. Fra le note positive va rilevato che la spesa per questi servizi e, in alcuni casi anche il numero di utenti, sta costantemente aumentando, insieme a una maggiore attenzione verso i bisogni degli anziani con livelli più elevati di non autosufficienza. A fianco di questi servizi più tradizionali, negli ultimi anni, sono state introdotte dai Comuni e dalle Regioni, altre due prestazioni: gli assegni di cura e i *voucher*. Nel primo caso si tratta, come è noto, di prestazioni in denaro, mentre nel secondo caso di titoli che danno il diritto a ricevere servizi (soprattutto domiciliari). La loro diffusione è però modesta (lo 0,8% degli anziani) e la loro disciplina è ancora "giovane" e disomogenea, per cui è probabile che si evolverà ulteriormente per aderire in modo più efficace alla rete integrata dei servizi a disposizione della non autosufficienza.

L'assistenza semiresidenziale realizzata dai centri diurni per anziani non autosufficienti non è al centro delle attenzioni delle politiche sociali per anziani. È poco presente nelle Regioni, è poco codificata e non ha neanche un sistema informativo che rilevi la sua attività in tutte le Regioni italiane. È forse l'attività più arretrata nel panorama dei servizi italiani per anziani non autosufficienti. I dati ci segnalano che solo l'1% di anziani frequenta i centri diurni.

L'assistenza residenziale accoglie circa il 2% degli anziani, un numero molto basso rispetto a ciò che accade negli altri Paesi europei. Probabilmente questo è dovuto al fenomeno delle badanti, unitamente a una tenuta "familiare" ancora superiore a quella degli altri Paesi europei. Si tratta ovviamente di un dato positivo ma che, probabilmente, è destinato cambiare in futuro, tenuto conto del bassissimo livello di sviluppo del settore nel

Sud d'Italia. I costi per l'assistenza residenziale sono in gran parte coperti dalle famiglie, fatta eccezione per le prestazioni sanitarie e per i cittadini parzialmente o totalmente sostenuti dalle amministrazioni locali, perché indigenti e senza sostegni familiari.

Nell'area di intervento degli adulti disabili, il servizio sociale più diffuso è l'assistenza domiciliare socio-assistenziale (Sad) che, nel 2004, raggiungeva 28.089 utenti. A questi poi si aggiungono altri 4.632 disabili assistiti con Adi integrata dai servizi sociali. Altri 11.529 disabili hanno ricevuto un *voucher* o un assegno di cura che, in grandissima parte, hanno utilizzato per un sostegno domiciliare, per cui possiamo dire che oltre 44.000 disabili adulti hanno beneficiato di una qualche forma di assistenza domiciliare sociale. Il secondo servizio per diffusione, ma il primo per costo, è costituito dal centro diurno, che ha accolto quasi 33.000 disabili in strutture comunali o convenzionate (cfr. tavola 27). Nei presidi residenziali sono infine ospitati 29.457 disabili, di cui 1.619 minori (Istat, 2007b).

La spesa assistenziale per la non autosufficienza

In Italia, la spesa assistenziale per i non autosufficienti è stimata, per il 2004, in 10.921 milioni di euro, pari allo 0,79% del Pil. La spesa è quasi interamente dedicata alle prestazioni in denaro erogate dall'Inps che assommano a 9.359 milioni di euro, pari all'85,7% della spesa complessiva (0,67% del Pil). La spesa per i servizi assistenziali dei Comuni è di 1.562 milioni di euro (14,3% della spesa complessiva, pari allo 0,11% del Pil) utilizzata in grandissima parte per servizi alla persona (cfr. tavola 26).

Per gli anziani non autosufficienti si stima una spesa pubblica di 6.747 milioni di euro, pari al 61,8% della spesa complessiva, mentre per gli adulti disabili la spesa è stata di 4.174 milioni di euro (38,2% del totale).

Per valutare correttamente i dati presentati occorre rilevare che la spesa comunale per i non autosufficienti è stata stimata sulla base dei dati a disposizione. Infatti, sono noti i costi dei vari servizi rivolti agli anziani, ma non si conosce la quota di anziani non autosufficienti che beneficiano dei servizi. Così abbiamo convenzionalmente stabilito che i servizi che sono prevalentemente rivolti ai non autosufficienti vengono totalmente considerati come spesa per gli anziani e i disabili non autosufficienti, mentre altri servizi che prevedono interventi non prevalenti (o con informazioni insufficienti sui contenuti dei servizi e sui beneficiari) nei confronti dei non autosufficienti non sono stati considerati. Così non sono ricomprese nelle spese la voce relativa ai contributi per i servizi alla persona (di cui non sono noti i contenuti e i beneficiari), che pure assomma 34 milioni di euro per gli anziani e 17 milioni di euro per i disabili, ma non viene neanche ridotta discrezionalmente la spesa per l'assistenza domiciliare, che certo non è erogata solamente ai non autosufficienti. Il risultato è probabilmente leggermente sovradimensionato rispetto alla spesa effettiva, ma forse è anche il metodo più oggettivo stante la disponibilità dei dati.

TAVOLA 26 Stima della spesa sociale per i non autosufficienti. Italia, 2004

Prestazioni	Disabili		Anziani		Anziani + disabili		Totale
	Stato	Comuni	Stato	Comuni	Stato	Comuni	
Indennità di accompagnamento ¹	2.449.800.444		5.716.201.036		8.166.001.480		8.166.001.480
Pensione di invalidità civile	1.193.336.500*				1.193.336.500*		1.193.336.500*
Adi		9.938.175		42.445.037		52.383.212	52.383.212
Sad		99.924.822		314.540.039		414.464.861	414.464.861
Telesoccorso e teleassistenza		446.939		11.455.585		11.902.524	11.902.524
Altri servizi domiciliari comunali ²		3.223.830		28.410.593		31.634.423	31.634.423
Contributi economici per cure sanitarie		5.028.478		20.973.638		26.002.116	26.002.116
Assegni di cura e voucher		14.790.131		79.502.677		94.292.808	94.292.808
Assistenza residenziale ³		211.089.757		53.857.618		264.947.375	264.947.375
Assistenza residenziale ³		186.686.950		479.722.459		666.409.409	666.409.409
Totale	3.643.136.944	531.129.082	5.716.201.036	1.030.907.646	9.359.337.980	1.562.036.728	10.921.374.708
%	33,3	4,9	52,3	9,4			100
% Pil					0,67	0,11	0,79

Note: * stima. 1 La percentuale di anziani che beneficiano dell'indennità di accompagnamento è crescente, nel 2003 era del 70%, e in base a questa percentuale è stata ripartita la spesa fra anziani e disabili. 2 Negli "Altri servizi domiciliari comunali" sono compresi i pasti a domicilio, la lavanderia a domicilio e i contributi per l'affido di anziani e disabili. 3 Nell'assistenza residenziale e semiresidenziale sono compresi anche i contributi per le rette.

Fonte: nostre elaborazioni su dati forniti da Istat (2007, 2007c), Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2006).

TAVOLA 27 Componenti della spesa pubblica assistenziale per le cure di lungo termine (Ltc) in rapporto al Pil. Italia, 2004-2005

Componenti	2004		2005	
	Totale	+65 anni	Totale	+ 65 anni
Componente sanitaria per Ltc	0,77	0,45	0,80	0,46
Indennità di accompagnamento	0,65	0,48	0,65	0,49
Altre prestazioni (comunali) per Ltc	0,14	0,11	0,14	0,11
Totale	1,56	1,05	1,59	1,07

Fonte: nostra elaborazione su dati della Ragioneria generale dello Stato (2005, 2006).

Le risultanze finali della nostra ricerca che hanno portato a quantificare nello 0,79% del Pil la spesa assistenziale per la non autosufficienza del 2004 sono confortate dalle valutazioni della Ragioneria generale dello Stato (2005, 2006), che ha stimato tale spesa giungendo allo stesso risultato (cfr. tavola 27). Occorre però rilevare che la Ragioneria generale dello Stato stima le “Altre prestazioni Ltc” (e cioè le prestazioni erogate a livello locale per finalità socio-assistenziali riconducibili alla funzione delle cure/assistenza di lungo termine) in 1,9 miliardi di euro, rispetto alle nostre stime pari a 1.562 milioni di euro.¹⁹

All'interno della spesa comunale per la non autosufficienza, la quota più importante, pari al 42,3% (646 milioni di euro), è assorbita dalle strutture e, in particolare, dall'assistenza residenziale. Colpisce la grande differenza della spesa comunale *pro capite* degli assistiti, che è di 11.205 euro per i disabili e di 5.866 euro per gli anziani, che deriva da una diversa regolamentazione delle due aree di intervento (standard organizzativi, partecipazione alla spesa, ecc.). Il 37,7% della spesa comunale (589 milioni di euro) è invece dedicata a interventi e servizi per i non autosufficienti, quasi tutti utilizzati per varie forme di assistenza domiciliare. Anche in questo caso viene confermato il più alto costo *pro capite* dell'assistenza ai disabili rispetto all'assistenza agli anziani; per fare un esempio, l'assistenza domiciliare socio-assistenziale mediamente costa ai Comuni 3.557 euro annui per ogni disabile, mentre costa 1.710 per ogni anziano. Infine, anche i Comuni utilizzano una parte delle proprie risorse per i trasferimenti monetari e precisamente il 20,2% (316 milioni di euro), quasi tutti dedicati ai contributi per il pagamento delle rette delle strutture residenziali (cfr. tavola 28).

L'altro dato che emerge con grande forza è lo straordinario differenziale di offerta di servizi fra una Regione e l'altra, che renderà difficile e non breve il necessario intervento per la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni sociali in tutto il territorio nazionale. In particolare, grande è il ritardo delle Regioni del Sud rispetto a quelle del Nord e del Centro.

In sintesi, si può pertanto affermare che anche nel caso dell'assistenza ai non autosufficienti la caratteristica del welfare italiano viene confermata: moderata spesa pubblica con ampia prevalenza dei trasferimenti monetari rispetto ai servizi e ampia spesa privata. Ad aggravare il quadro c'è da registrare una grande differenziazione regionale sia in termini di offerta di servizi sia di spesa pubblica.

TAVOLA 28 Spesa sociale comunale per alcuni servizi per i non autosufficienti. Italia, 2004

Servizio	Anziani		Disabili	
	Spesa	Utenti	Spesa	Utenti
Interventi e servizi				
Assistenza domiciliare socio- assistenziale	314.540.039	183.987	99.924.822	28.089
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	42.445.037	60.409	9.938.175	4.632
Telesoccorso e teleassistenza	11.455.585	63.670	446.939	1.691
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	79.502.677	55.481	14.790.131	11.529
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	24.756.325	90.153	1.104.724	1.281
Trasferimenti in denaro				
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	20.973.638	13.752	5.028.478	4.121
Retta per centri diurni	4.484.064	3.386	27.814.580	5.988
Retta per prestazioni residenziali	175.889.380	36.153	76.822.444	8.541
Contributi economici per affido familiare	3.654.268	1.687	2.119.106	725
Strutture				
Centri diurni	49.373.554	109.242	183.275.177	26.916
Strutture residenziali	303.833.079	51.793	109.864.506	9.805
Totale	1.030.907.646		531.129.082	

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2007.

10. VALUTAZIONI CONCLUSIVE

Nel 2004, l'Italia utilizzava il 26,1% del proprio Pil per i programmi di protezione sociale contro una media dell'Unione europea dei 15 del 27,6%. Si tratta di una percentuale inferiore a quella di molti Paesi, ma non è solo questo che differenzia l'Italia dal resto dell'Europa. La particolarità italiana sta nella composizione della spesa. La gran parte della spesa per la protezione sociale del nostro Paese è assorbita dal sistema pensionistico e, in particolare, dalle funzioni "vecchiaia e superstiti". Tali funzioni assorbono il 15,4% del Pil rispetto a una media europea dell'11,3%. In termini percentuali si tratta del 61,3% della spesa complessiva. Si tratta del dato più elevato nell'Europa dei 15. La quota assistenziale italiana della protezione sociale è al contrario straordinariamente bassa rispetto al resto d'Europa. Secondo Eurostat, la spesa per prestazioni agli invalidi e inabili assorbe l'1,5% del Pil, contro il 2,1% dell'Europa, la spesa per prestazioni in favore delle famiglie, della maternità e dei figli a carico è la metà della media europea (1,1% del Pil contro il 2,1% europeo), la spesa per promuovere l'inclusione e la partecipazione sociale è vicina allo zero, mentre in Europa assorbe lo 0,4% del Pil. Stesso discorso per la spesa di sostegno all'accesso o alla conduzione della casa di abitazione. Il dato complessivo vede l'Italia con una spesa assistenziale pari al 2,6% del Pil, contro una media europea del 5,1% (Eurostat 2007). Quello italiano è il dato più basso. Nessun altro Paese europeo registra una simile distorsione funzionale in seno al proprio *welfare state*. In realtà, se alle voci di spesa considerate da Eurostat e dall'Istat aggiungiamo l'assegno per il nucleo familiare e l'integrazione al trattamento minimo delle pensioni, che a nostro avviso sono interventi assistenziali,²⁰ la quota di Pil dedicata alla spesa per l'assistenza sociale sale al 3,1%, più elevata ma ancora lontana dalla media dell'Unione europea dei 15. Considerando anche queste voci di spesa, tenuto conto delle argomentazioni e delle valutazioni che abbiamo sviluppato in questo lavoro, possiamo stimare la spesa pubblica italiana per l'assistenza sociale nel 2004 in 43.173 milioni di euro (cfr. tavola 29).²¹

Come abbiamo visto, la spesa per l'assistenza sociale prevede una pluralità di interventi forniti da vari enti e livelli di governo. La distinzione principale è tra le prestazioni monetarie, di cui è responsabile il governo centrale, e i servizi alla persona, forniti soprattutto dagli enti locali. I trasferimenti monetari centrali assorbono più dell'87% della spesa complessiva, mentre la spesa sociale erogata dagli enti locali impiega non più del 12,8% delle risorse complessive (solo per un terzo utilizzate per prestazioni monetarie). Il welfare pubblico del nostro Paese è dunque caratterizzato da un netto sbilanciamento per l'elevatissima erogazione di prestazioni monetarie e la scarsa fornitura di servizi alla persona; una ridotta spesa pubblica destinata ai servizi sociali alla persona e un'elevata spesa privata nel settore costituiscono tratti di fondo della realtà italiana.

La quota di spesa sociale locale, già di per sé marginale rispetto alla

TAVOLA 29 Spesa pubblica per prestazioni di assistenza sociale, complessiva e per tipologia, 2004

Prestazioni	Valore assoluto (milioni di euro)	% su Pil	% su spesa totale per assistenza
Assegno sociale (e pensione sociale)	3.346	0,24	7,7
Integrazione al trattamento minimo delle pensioni	13.945	1,00	32,3
Pensione di invalidità civile	2.544	0,18	5,9
Indennità di accompagnamento	8.166	0,59	18,9
Maggiorazione sociale	1.620	0,12	3,7
Assegno per il nucleo familiare	5.495	0,40	12,7
Fondo per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione	248	0,02	0,6
Assegno per le famiglie con almeno tre figli	423	0,03	1,0
Assegno di maternità per le madri	290	0,02	0,7
Pensioni di guerra	1.558	0,11	3,6
Ministero solidarietà sociale	31	0,00	0,1
Totale prestazioni nazionali	37.666	2,71	87,2
Servizi sociali comunali	5.378	0,39	12,5
Province *	129	0,01	0,3
Totale prestazioni locali	5.507	0,40	12,8
Totale spesa per assistenza	43.173	3,11	100,0

Note: * Il dato si riferisce al 2003. **Fonte:** nostra elaborazione su dati Ferrera (2006), Commissione di indagine sull'esclusione sociale (2006), Istat (2005, 2007, 2007c).

spesa assistenziale complessiva, dopo l'approvazione della l. 328/00 ha continuato a crescere, ma con ritmi assimilabili o addirittura più bassi del periodo precedente. In sostanza, non si è verificato il grande incremento di spesa locale socio-assistenziale necessario a far decollare il settore (Cogno, 2004). Tutto questo per varie ragioni.

.Le risorse statali del Fondo nazionale per le politiche sociali che alimentano, seppur indirettamente (passando attraverso le Regioni), la spesa comunale, sono relativamente ridotte e paiono inadeguate a sviluppare in modo significativo i servizi territoriali e a modificare i differenziali territoriali di offerta, oggi molto elevati (Cogno, 2004).

Nelle Regioni, per contro, si è riscontrato come il finanziamento regionale con mezzi propri di bilancio sia rimasto sostanzialmente invariato a seguito dell'entrata in vigore della riforma nazionale e in molti casi si sia addirittura registrata una riduzione degli stanziamenti propri regionali in corrispondenza dell'aumento del Fnps. Pertanto, l'immissione di nuove risorse nazionali nel sistema non ha determinato un "effetto moltiplicatore" della spesa sociale sostenuto anche dalle Regioni. In questo quadro si colloca anche la spesa sociale dei Comuni, che è poco vincolata sia da standard nazionali sia

regionali e riguarda prestazioni generalmente non universali (con condizioni di accesso molto diverse tra i Comuni) che i Comuni gestiscono con un elevato contenuto di discrezionalità, lasciandosi condizionare dalla maggiore o minore ricchezza dei bilanci comunali annuali (Cogno, 2004).

Un altro aspetto cruciale consiste nelle grandi differenze tra le aree del Paese nell'offerta di servizi e nelle condizioni per accedervi.

Per cercare di arricchire i dati a disposizione anche in funzione della costruzione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali, abbiamo cercato di riclassificare la spesa sociale secondo le indicazioni generali sulla metodologia per la costruzione dei Leps fornite dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 (Dpr 3/5/2001). Il Piano invita a costruirli con l'ausilio di una griglia articolata su due dimensioni che consenta una classificazione di tutte le prestazioni sociali e una ripartizione della spesa sociale per *target* e per *setting* assistenziale.

Questo esercizio di riclassificazione della spesa, pur nella sua sperimentaltà e scontando probabili imprecisioni, evidenzia alcuni aspetti, fra i quali si segnalano i seguenti:

1. La griglia proposta dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 per la costruzione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali ha bisogno di significative modifiche per rappresentare in modo efficace le prestazioni sociali dei livelli essenziali. Infatti, tra le tipologie di servizi e prestazioni risulta fuorviante e inefficace la proposta di classificare insieme strutture residenziali e semiresidenziali distinte a loro volta in due diverse tipologie (per soggetti con fragilità sociale e relative a strutture a carattere comunitario). Molto più semplice e chiaro prevedere una tipologia per tutte le strutture residenziali e una tipologia per tutte le strutture semiresidenziali. Colpisce che manchi nella griglia delle tipologie di servizi e prestazioni la voce relativa alle prestazioni monetarie, che rappresenta la grande maggioranza delle prestazioni italiane. Anche sul fronte delle aree di intervento della griglia, sono opportuni degli interventi di aggiustamento, alcuni dei quali necessari; per esempio, l'area "Avvio della riforma" appare non appropriata ai fini classificatori delle prestazioni e potrebbe essere sostituita dall'area generica "Utenza indifferenziata", per tutti quegli interventi rivolti all'intera popolazione (per distinguerla da tutte le altre aree, che puntano a un singolo target: anziani, minori, disabili, ecc.); inoltre, tenuto conto dell'utilità dell'informazione, forse vale la pena di aggiungere anche una voce relativa alla spesa per le politiche per gli immigrati. Per la riclassificazione abbiamo pertanto apportato le modifiche che ritenevamo necessarie alla griglia ministeriale, così come indicato nella tavola 30.²²
2. La spesa per le prestazioni monetarie, tenuto anche conto della spesa comunale, sale al 90,1% della spesa sociale complessiva, una dimensione di evidente e forte squilibrio che sottrae risorse e marginalizza i servizi alla persona e non permette la costruzione di una rete completa e organica di servizi sociali.
3. Colpisce positivamente che fra le tipologie di servizi e interventi, dopo le prestazioni monetarie²³ si collochi la spesa per le strutture semiresidenziali

TAVOLA 30 Griglia corretta per la definizione e classificazione dei Leps (importi in milioni di euro)

Tipologie di servizi e prestazioni	Prestazioni monetarie	Promozione sociale e Servizio sociale professionale	Servizio di pronto intervento sociale per situazioni di emergenza personali e familiari	Assistenza domiciliare	Strutture semi-residenziali	Strutture residenziali e Centri di accoglienza residenziali	Totale
Aree di intervento							
Responsabilità familiari	6.693	231					6.924
Dritti dei minori	40	151		40	1.020	173	1.424
Persone anziane	1.862	133		477	68	326	2.866
Contrasto della povertà	19.341	106	8	19	6	47	19.527
Disabili	10.929	417		131	222	117	11.816
Droghe	17	27	2	1	5	3	55
immigrati	34	62	2	2	5	38	143
Utenza indifferenziata		418					418
Totale	38.916	1.545	12	670	1.326	704	43.173

Note: La griglia utilizzata è quella proposta dal Dpr 3/5/2001 con le modifiche proposte dall'autore. L'Assegno sociale, l'integrazione al minimo delle pensioni, la maggiorazione sociale e il fondo per il sostegno all'accesso alle abitazioni sono stati assegnati all'area del contrasto alla povertà. La pensione di invalidità e l'indennità di accompagnamento sono stati assegnati all'area della disabilità. L'assegno per il nucleo familiare, l'assegno per le famiglie con almeno tre figli e l'assegno di maternità sono stati assegnati all'area delle politiche familiari. Le pensioni di guerra sono state assegnate all'area delle persone anziane. Nella tipologia di servizio denominata "promozione sociale e servizio sociale professionale" sono assegnate, oltre alle spese per il servizio sociale professionale e per il segretariato sociale, anche le spese relative a i servizi alla persona non classificabili nelle altre tipologie (per esempio la mensa, il sostegno socio-educativo scolastico, ecc.).

Fonte: nostra elaborazione con modifica della griglia proposta nel Dpr 3/5/2001.

(che ricomprende al suo interno, per esempio, asili nido, centri diurni per anziani e per disabili, ecc.), superando abbondantemente la spesa diretta per le strutture residenziali.

4. Fra le aree di intervento, la parte del leone viene svolta dalla spesa per il contrasto della povertà, che assorbe il 45% del totale. Si tratta di una spesa di quasi 20 miliardi di euro, che però viene distribuita quasi integralmente ai soli anziani.

5. La seconda voce di spesa per importanza è costituita dall'assistenza ai disabili, che assorbe 11.816 milioni di euro, pari a poco più di un quarto della spesa complessiva (27,4%), mentre la spesa a favore degli anziani costituisce solo il 6,6%, ma questo non deve sorprendere, viste le ulteriori risorse trasferite agli anziani attraverso le aree di intervento relative alla disabilità e al contrasto della povertà. (cfr. tavola 30)

In definitiva, il settore dell'assistenza e dei servizi sociali italiano appare "pletorico e lacunoso al tempo stesso. Pletorico per la grande varietà di schemi che esso prevede, ciascuno rivolto a rispondere a una particolare fattispecie di bisogno, molto spesso su base categoriale. Lacunoso per il persistente sottosviluppo dei servizi e anche perché al suo interno alcuni bisogni continuano a non trovare adeguata risposta: pensiamo soprattutto alla mancanza di reddito in quanto tale (la povertà estrema) o la non autosufficienza" (Ferrera, 2006).

Nonostante questa situazione (o forse a causa di questo), il dibattito sulla riforma del welfare si è generalmente concentrato sulle pensioni e sulla sanità, mentre la questione dell'assistenza sociale è stata affrontata per decenni esclusivamente in modo marginale e residuale rispetto agli altri due settori "forti" della protezione sociale.

La spesa per l'assistenza continua ad essere trascurata all'interno del sistema di welfare ed è dunque necessario che verso questo settore si dirigano risorse aggiuntive, soprattutto per finanziare i nuovi servizi. Ma dove trovare queste risorse? Il quadro politico e i vincoli macroeconomici attuali rendono molto difficile una politica di riforma del welfare per la difficoltà di reperire nuove risorse.

Le scelte politiche hanno infatti sempre più a che fare con la ripartizione tra differenti istanze di risorse scarse, per cui la contrapposizione tra i diversi interessi in gioco genera consistenti blocchi al riformismo. Evidentemente la sfida va giocata su vari livelli e con una pluralità di interventi, se si vogliono raggiungere risultati significativi. Il primo intervento è relativo al riordino delle prestazioni monetarie nazionali sui due fronti principali: i trattamenti al minimo e le prestazioni per i disabili. Nel primo caso, occorre introdurre degli elementi di equità utilizzando dei parametri omogenei in tutti i casi in cui è necessario garantire un minimo vitale individuale in assenza di altre fonti di reddito accertate con la prova dei mezzi. Una riforma complessiva, peraltro prevista dalla l. 328/00 e non attuata, si impone anche per tutte le prestazioni per i disabili con l'obiettivo di armonizzare i trattamenti, tenendo conto delle maggiori necessità derivanti da condizioni aggravanti o da specifiche cause invalidanti.

In parte la sfida resta anche quella del “riequilibrio” fra i grandi comparti di spesa, e soprattutto del trasferimento di risorse fra previdenza (in particolare fra previdenza pensionistica) e assistenza, oggi così sottodimensionata (Ferrera, 2006). All’interno di queste politiche non può essere dimenticata l’esigenza di finanziare (o co-finanziare) adeguatamente la realizzazione dei Livelli essenziali di assistenza con le risorse fiscali e con gli strumenti stabili (Fondo nazionale o altro) che l’attuale dibattito politico e giuridico non sono ancora riusciti a ben definire. Per ultimo, occorre forse individuare un livello più alto di partecipazione alla spesa da parte di coloro che hanno i redditi più elevati, attraverso un uso più ampio e generalizzato dell’Isee.

Bibliografia

- Boeri T., Perotti R., *Meno pensioni più welfare*, Il Mulino, Bologna, 2002.
- Bosi P., Caruso E., *La spesa per l’assistenza*, 2002.
- Cogno R., *Il finanziamento e la spesa*, in Gori C. (a cura di) “La riforma dei servizi sociali in Italia”, Carocci, Roma, 2004.
- Commissione di indagine sull’esclusione sociale (Cies)–Ministero della solidarietà sociale, *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l’esclusione sociale*, Roma, 2006.
- Da Roit B., *La riforma dell’indennità di accompagnamento*, in Gori C. (a cura di) “La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti”, Il Mulino, Bologna, 2006.
- Da Roit B., *Il riordino delle erogazioni monetarie per gli invalidi civili*, in Gori C. (a cura di) “La riforma dei servizi sociali in Italia”, Carocci, Roma, 2004.
- Di Felice V., Manghi V., *Il Fondo nazionale per le politiche sociali 1998-2004*, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma, 2005.
- D.P.R. 3 maggio 2001: “Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003”
- Eurostat, *Esspros manual*, European communities, Luxembourg, 1996.
- Eurostat, *European social statistics – social protection – Expenditure and receipts – data 1996-2004*, European communities, Luxembourg, 2007.
- Eurostat, *Social protection in the European Union, Statistics in focus n.99/2007*, European communities, Luxembourg, 2007.
- Ferrera M., *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna, 2006.
- Formez, *L’attuazione della riforma del welfare locale*, Formez, Roma, 2003.
- Gori C. (a cura di), *La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna, 2006.
- Istat, *Gli interventi e i servizi sociali delle amministrazioni provinciali – anno 2001*, Istat, Roma, 2004. Sito web: www.istat.it
- Istat, *La prima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – anno 2003*, Istat, Roma, 2005. Sito web: www.istat.it
- Istat, *Gli interventi e i servizi sociali delle amministrazioni provinciali – anno 2003 Tavole statistiche*, Istat, Roma, 2005. Sito web: www.istat.it
- Istat, *La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – anno 2004*, Istat, Roma, 2007. Sito web: www.istat.it
- Istat, *L’assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia: anno 2004*, Roma, 2007b.
- Istat, *Contabilità nazionale. Conti economici nazionali. Anni 1970-2005*, Roma, 2007c.
- Mesini D., Gambino A., *La spesa per l’assistenza continuativa in Italia*, in Gori C. (a cura di) “La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti”, Il Mulino, Bologna, 2006.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma, 2005.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, II parte, sezione I, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma, 2006.
- Ministero della solidarietà sociale, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, II parte I servizi sociali territoriali, Ministero della solidarietà sociale, Roma, 2006.
- Pesaresi F., *Stato, Regioni ed enti locali: responsabilità e impegni per lo sviluppo dei servizi*, in C. Gori (a cura di) “La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti”, Il Mulino, Bologna, 2006.
- Pizzuti F.R. (a cura di), *Rapporto sullo stato sociale 2007*, Utet università, Novara, 2007
- Ragioneria generale dello Stato, Ministero dell’Economia e delle Finanze, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario*, Rapporto n.7, dicembre 2005.

Ragioneria generale dello Stato, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, Rapporto n.8, dicembre 2006.

Note

1 Tra le differenze si segnala che:

- La definizione di benefici sociali nei conti nazionali include la funzione Educazione, mentre Esspros non la considera, anche se registra alcune spese connesse alla formazione professionale sotto la voce disoccupazione;
- La definizione Esspros di beneficio sociale riguarda sia i trasferimenti correnti sia in conto capitale; la definizione dei conti nazionali italiani, invece, si riferisce soltanto ai trasferimenti correnti;
- Esspros registra alcune riduzioni della tassazione e altre imposte obbligatorie pagabili, in alcuni casi, dai proprietari di appartamenti.

2 Media ponderata.

3 Non tutti sono d'accordo a considerare questa, che è finanziata con i contributi dei datori di lavoro, come una prestazione assistenziale. Autorevoli autori come Ferrera (2006) e Boeri e Perotti (2002) la inseriscono tra le prestazioni assistenziali in virtù del loro carattere residuale e selettivo.

4 Legge 27 dicembre 1997, n. 449 (art. 59, commi 44, 45, 46, 47) recante "Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica".

5 Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59^o, all'art. 133, comma 1.

6 I Comuni beneficiari sono solo 16 grandi città.

7 Per le funzioni indicate nell'art. 132 del Decreto Legislativo 31/3/1998, n. 112.

8 Che si abbassa al 3,9% se prendiamo in considerazione i certificati dei bilanci comunali.

9 La complessità relativa alla ricerca dei dati regionali corretti può aver influenzato anche la rilevazione del Ministero. Una nostra elaborazione effettuata su dati Formez (2003) ci ha portato a calcolare in 217 milioni di euro la spesa sociale finanziata con risorse proprie di 6 Regioni italiane (Abruzzo, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Sicilia, Veneto) nel 2001. Questa elaborazione potrebbe farci stimare la spesa sociale propria delle Regioni nel 2001 con un valore circa del doppio rispetto a quello calcolato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali nel 2005.

10 Ambedue le rilevazioni non tengono conto delle spese per l'assistenza scolastica (trasporto scolastico, refezione, ecc.) che nel 2003 ammontava a poco più di 2 milioni di euro.

11 riferita al numero di componenti delle famiglie con almeno un minore.

12 riferita alla popolazione di età superiore o pari a 65 anni.

13 riferita al numero di disabili che vivono nelle famiglie e nelle residenze.

14 L'importo appare elevato tenuto conto che la compartecipazione ai servizi più "costosi" e cioè l'assistenza residenziale e gli asili nido hanno prodotto entrate comunali complessive pari a 549 milioni di euro. Il dato va dunque assunto con la necessaria cautela in attesa di comprendere se essa ricomprende o meno anche i proventi degli utenti della assistenza scolastica (trasporto e mense scolastiche) il cui costo non è valutato nella spesa sociale.

15 nei servizi integrativi o innovativi rientrano i micronidi, i nidi famiglia e i servizi integrativi per la prima infanzia.

16 legge n.18 del 1980.

17 È probabile che il numero reale dei soggetti non autosufficienti che beneficiano della pensione di invalidità civile e non beneficiano della indennità di accompagnamento sia (leggermente) superiore a quelli individuati ma non abbiamo ulteriori elementi per quantificarli.

18 Nel 2003 erano 410.495 con una spesa di almeno 1.149 milioni di euro.

19 La spesa sociale locale per la non autosufficienza è stata stimata anche da Mesini e Gambino (2006) che, attraverso un percorso diverso, hanno stimato un range di spesa fra 1.119 e 2.351 milioni di euro ricomprendendo quindi sia i valori della presente ricerca che quelli proposti dalla Ragioneria generale dello Stato.

20 Non così li considera Eurostat ed Istat come è stato spiegato nel cap.3.

21 Nel computo complessivo della spesa evidenziata nella tab. 28, per evitare duplicazioni nella contabilizzazione, non abbiamo riproposto il Fondo nazionale per le politiche sociali le cui risorse sono contabilizzate nelle spese dell'Inps o dei Comuni riproponendo solo la quota di 31 milioni di euro che il Ministero della solidarietà sociale gestisce direttamente. Per lo stesso motivo non abbiamo sommato le risorse proprie aggiuntive delle Regioni dato che sono contabilizzate nella spesa finale dei Comuni. Per quel che riguarda le province abbiamo tenuto conto solo della spesa non trasferita ai Comuni (o non contabilizzata nella spesa dei Comuni). Per contabilizzare correttamente la spesa provinciale per interventi e servizi sociali nell'ambito della spesa sociale nazionale occorre sapere che l'intera spesa della provincia autonoma di Bolzano è stata contabilizzata all'interno dell'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. In questo caso la provincia autonoma di Bolzano è stata considerata dall'Istat come una associazione di Comuni, dato che la stessa provincia concentra tutte le competenze in materia sociale. Nel caso dei Comuni della provincia

autonoma di Trento occorrerà invece rammentare che la loro attività sociale è finanziata per 173.618.103 euro dalla provincia. Tutto questo significa che le province alimentano la spesa sociale direttamente di 128.942.184 euro (2003) tenendo conto del resto della spesa provinciale già computato nella spesa comunale in quanto ad essa trasferito.

22 Le voci nuove o modificate della tab. 29 sono sottolineate.

23 E non considerando la voce promozione sociale e segretariato sociale che include spese residuali e disomogenee.

Progetto grafico:
Riccardo Sartori

Editing e impaginazione:
d1221.net

Finito di stampare nel mese di febbraio 2008 presso
La Fenice Grafica
Via Roma 71, 26812 Borghetto Lodigiano (LO)

Printed in Italy