

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo



Innovazione sociale

DOSSIER 255-2015

ISSN 1591-223X

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

La redazione del volume è a cura di

Alberto Zanardi Università di Bologna

Maria Augusta Nicoli Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Contributi di

Francesco Bertoni Provincia di Bologna, Servizio politiche sociali e per la salute

Paolo Bosi CAPP, Università di Modena e Reggio Emilia

Diletta Cicoletti IRS Istituto per la ricerca sociale

Marilena Lorenzini Fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali

Serena Ruffini CNA Bologna

Alceste Santuari Università di Trento

Raffaele Tomba Dipartimento *welfare* di Lega delle Autonomie locali, Emilia-Romagna

Stefano Toso CAPP e Università di Bologna

Questa ricerca è stata sviluppata nell'ambito della convenzione quadro triennale tra la Regione Emilia-Romagna e la Scuola superiore di politiche per la salute dell'Università di Bologna, Piano annuale 2011. La ricerca è stata curata da Alberto Zanardi, Università di Bologna.

Il curatore e gli autori ringraziano i dirigenti, i quadri e gli esperti della Regione Emilia-Romagna con cui hanno interagito nel corso della ricerca per la costante collaborazione e il fruttuoso confronto.

In copertina

Sebastião Salgado. In the Upper Xingu region of Brazil Mato Grosso state a group of Waura Indians fish in the Puilanga Lake near their village. Brazil, 2005.

Riproduzione consentita per fini non commerciali

La collana Dossier è curata dall'Area di programma Sviluppo delle professionalità per l'assistenza e la salute dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna responsabile Corrado Ruozi

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, giugno 2015

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna
e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss255>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Indice

Presentazione	7
<i>Executive summary</i>	11
<i>Abstract</i>	20
1. Livelli essenziali delle prestazioni sociali nell'ambito dell'Unione europea	21
1.1. La dimensione comunitaria dei servizi di interesse generale	21
1.2. Servizi sociali di interesse generale	24
1.3. Pluralità e diversità dei sistemi di <i>welfare</i> in ambito europeo	25
1.4. Il ruolo della Corte di giustizia dell'Unione europea e la Carta dei diritti fondamentali dei cittadini	29
1.5. Servizi sociali come "servizi di interesse generale"	35
1.6. Trattato di Lisbona	38
1.7. Livelli essenziali delle prestazioni: assistenza tra servizio sociale e attività economica	39
1.8. Sintesi	45
Riferimenti bibliografici	62
2. Livelli essenziali delle prestazioni sociali nell'ambito dell'ordinamento italiano	65
2.1. Gli articoli della Costituzione	65
2.2. Integrazione sociosanitaria dei servizi e degli interventi	71
2.3. Legge 8 novembre 2000, n. 328. "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"	80
2.4. Riforma del Titolo V della Costituzione: la costituzionalizzazione del principio di sussidiarietà e il nuovo ruolo delle Regioni	95
2.5. Livelli essenziali delle prestazioni e federalismo fiscale	103
2.6. Livelli essenziali delle prestazioni sociali: quale interpretazione?	110
2.7. Brevi considerazioni finali	139
Riferimenti bibliografici	141

(continua)

3.	Programmare e gestire le prestazioni essenziali	143
3.1.	Introduzione	143
3.2.	Interventi e servizi sociali dei Comuni italiani	144
3.3.	Interventi e servizi sociali nella legislazione della Regione Emilia-Romagna	157
3.4.	Prestazioni assistenziali erogate dall'INPS	178
3.5.	Aspetti organizzativi nell'erogazione dei LEPS	189
3.6.	Verso una concezione multidimensionali dei LEPS	197
3.7.	Conclusioni e una proposta	201
	Riferimenti bibliografici	213
	Appendice. Sintesi sui diritti sociali e sui LEPS	214
4.	Ricostruzione della spesa sociosanitaria integrata nei Distretti della Regione Emilia-Romagna nel 2010	221
4.1.	Introduzione	221
4.2.	Proposta di uno schema di classificazione per la spesa sociosanitaria	222
4.3.	Analisi critica delle fonti disponibili	227
4.4.	Ricostruzione della spesa sociosanitaria integrata per il 2010	231
4.5.	Altre spese sanitarie potenzialmente integrabili	255
4.6.	Spesa privata: il caso dell'area Anziani	258
4.7.	Conclusioni	260
	Riferimenti bibliografici	261
	Appendice. Spesa <i>pro capite</i> per produttori e finanziatori	263
5.	Interventi a sostegno del reddito e di contrasto della povertà	267
5.1.	Premessa	267
5.2.	Povertà in Emilia-Romagna: fonti statistiche e problemi di misura	267
5.3.	Politiche nazionali e regionali di lotta alla povertà	285
5.4.	Politiche contro la povertà e spesa sociale in Emilia-Romagna	314
5.5.	Conclusioni	326
	Riferimenti bibliografici	328

(continua)

6. Interventi a favore della famiglia e dell'infanzia	331
6.1. Introduzione	331
6.2. Metodologia di ricerca	332
6.3. Quadro normativo: riferimenti e obiettivi	334
6.4. Ricerca sul campo: risultati e approfondimenti	340
6.5. Alcune considerazioni conclusive	352
Riferimenti bibliografici	353
Appendici	354
1. Interviste effettuate	
2. Traccia interviste casi studio	

Presentazione¹

Il presente lavoro di ricerca - inserito nella programmazione triennale dell'Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna 2011-2013 - ha avuto come obiettivo quello di contribuire all'avvio di progetti che sono poi entrati nel merito di aspetti cruciali per le politiche del *welfare*, tra cui:

- la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS);
- modelli di analisi della spesa sociosanitaria integrata;
- i cambiamenti sociali, demografici ed economici in particolare l'impoverimento;
- il supporto alle famiglie e all'infanzia.

A partire dagli elementi di conoscenza tratti dal presente documento di ricerca sono state attivate diverse piste di lavoro, che qui vengono riprese per dare il senso di continuità che esiste tra l'azione di analisi e la messa in campo di strategie di intervento.

Uno degli strumenti utilizzati per garantire tale continuità è rappresentato dall'Officina del *welfare*. Si tratta di un ciclo di incontri organizzati dall'Assessorato alle Politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con l'Agenzia sanitaria e sociale regionale, ed è inteso come laboratorio per la riflessione e lo scambio tra operatori di area sociale sulle criticità e sulle esperienze innovative del sistema dei servizi, con l'obiettivo di creare una comunità in cui scambiarsi informazioni, idee, dati, ricerche, esperienze e pratiche innovative, ma anche dubbi e preoccupazioni. Proprio in questo contesto laboratoriale sono stati presentati i dati di questo Dossier e a partire da ciò sono state avviate azioni progettuali mirate.

Nell'Officina del *welfare* - quale occasione di incontro e di confronto molto frequentata da operatori dei servizi, associazioni, cooperative, volontari - sono state create le condizioni per mettere a fuoco da un lato la conoscenza derivante dai dati raccolti, dall'altro la conoscenza "tacita" derivante dalle esperienze locali. Queste diverse fonti di conoscenza hanno potuto integrarsi e fondersi per generare nuove progettualità o consolidare l'innovazione già presente.

Ogni appuntamento dell'Officina si apre con la presentazione dell'ipotesi di lavoro e l'inquadramento del tema della giornata, con un intervento di approfondimento sul contesto generale e regionale. La parte centrale dell'Officina è articolata in tre tappe. La prima è dedicata alle presentazioni da parte dei territori di esperienze significative rispetto al tema della giornata, selezionate sulla base degli elementi di innovazione e riproducibilità che le caratterizzano. La seconda tappa ospita un intervento di altri Servizi o Direzioni (lavoro, sanità, ecc.) che individuino ambiti in cui è possibile realizzare politiche di integrazione con le politiche sociali. La terza tappa del seminario è centrata sulle proposte di azione (laboratori, progetti di ricerca in essere o in programmazione). La parte conclusiva raccoglie gli elementi maggiormente significativi emersi nel corso dei lavori, utili alla programmazione futura delle politiche di *welfare*.

¹ A cura di Maura Forni, Direzione generale Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna, e Maria Augusta Nicoli, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna.

Nel ripercorre il legame esistente tra i contenuti di questo Dossier e i momenti di riflessione dedicati all'interno dell'Officina del *welfare*, si seguirà una sequenza logica più che temporale per rendere più immediata la connessione tra i contenuti dei Capitoli e quanto è scaturito dalle Officine a partire anche da tali contenuti.

Con l'Officina sul "Servizio sociale territoriale" (aprile 2013)² è stato possibile affrontare quanto richiamato nei primi Capitoli del volume sul percorso di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali: in definitiva la necessità di arrivare a tale definizione mette in luce l'urgenza di riconoscere l'attività di erogazione di servizi in ambito sociale come attività codificabile e definita. Il riconoscimento non solo sancisce una volta per tutte l'esigibilità di tali servizi e quindi la possibilità di un'offerta diffusa e omogenea sul territorio nazionale e regionale, ma sancisce anche la possibilità di una quantificazione economica.

Il dibattito europeo a tal riguardo (si veda *Capitolo 1*) evidenzia che c'è stato uno spostamento dal focus sulle implicazioni derivanti dal mancato rispetto del principio di libera concorrenza all'interno dei singoli Stati nazionali, ai bisogni fondamentali dei cittadini europei, alla cui soddisfazione debbono essere preordinate determinate attività e strumenti ovvero i servizi sociali come "servizi di interesse generale".

A livello comunitario i servizi di interesse generale sono definiti dalle seguenti caratteristiche:

- *universalità: il servizio deve essere erogato a favore di tutti i cittadini in base a un certo standard qualitativo e a un prezzo accessibile;*
- *continuità: per taluni servizi è vietata l'interruzione, mentre per altri è vietato l'isolamento territoriale;*
- *qualità: i servizi in argomento debbono presentare determinati standard qualitativi;*
- *accessibilità: i servizi, sia in termini di tariffe praticate sia in termini territoriali, devono poter essere fruiti da tutti i cittadini UE;*
- *tutela dei consumatori (Paragrafo 1.1).*

A partire da queste premesse i contenuti affrontati nel corso dell'Officina hanno consentito di approfondire gli elementi di universalità e qualità del servizio sociale, elementi che vanno contestualizzati rispetto alla situazione attuale.

In relazione ai cambiamenti epocali che si stanno attraversando e alla crisi economica che sta provocando una rottura degli equilibri nelle vite individuali e familiari delle persone, è necessario che nella produzione dei servizi di interesse generale ci si collochi sia rispetto al contesto, prendendo atto della complessità e della frantumazione della società di oggi, sia dentro le organizzazioni di appartenenza, recuperando la storia e le radici dei servizi.

Come riprende Manoukian nel suo intervento all'Officina, l'orientamento è quello di affrontare i problemi in un'ottica sociale e relazionale, evitando di valersi di paradigmi differenti come quello economico, il che significa partire dalla collettività, dove i problemi si creano ma dove essi possono essere anche gestiti. Per fare un lavoro nel sociale è quindi necessario partire non già

² <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/valori-sociali/officina-del-welfare/servizio-sociale-territoriale> (ultimo accesso giugno 2015)

dagli individui ma dalla relazione, valorizzando il mandato originario dei servizi sociali, e promuovendo rappresentazioni affidabili dei problemi e delle priorità, su cui costruire coesione sociale.

Testimonianza del percorso proficuo innestato e reso visibile in questa Officina, è stata la produzione delle Linee guida per il servizio sociale territoriale.

La parte del Dossier riferita all'analisi della spesa sociosanitaria integrata è un altro modo attraverso il quale si rende visibile e tangibile l'erogazione dei servizi in area di *welfare*. Si sottolineano in particolare due elementi: l'importanza di avere le condizioni materiali e di modellistica per poter compiere tali analisi, e i contenuti scaturiti dai risultati ottenuti.

Anche in questo caso attraverso l'Officina del *welfare* - "Con i dati si può ... i sistemi informativi a supporto del welfare" (maggio 2014)³ - è stato possibile approfondire la conoscenza sui sistemi informativi a supporto delle politiche del *welfare* di livello locale, regionale e nazionale, e condividere un'ipotesi di sviluppo attraverso la definizione di indirizzi regionali e requisiti funzionali a supporto dell'implementazione dei sistemi informativi locali. In particolare la sollecitazione fornita da Bosi (vedi *Capitolo 4*) costituisce un'evoluzione scontata non solo nell'impianto seminariale dell'Officina, ma anche negli sviluppi operativi che ne sono seguiti. Tra questi si segnala la pubblicazione dal titolo *La fotografia del sociale*.⁴

Nell' Officina del welfare dedicata al tema delle nuove forme di impoverimento connesse alla crisi economica (febbraio 2013),⁵ la riflessione si è sviluppata su quattro aree tematiche - lavoro, casa, alimentazione, presa in carico comunitaria - che hanno preso avvio proprio dalla presentazione dell'esito di analisi riportato nel documento "Interventi a sostegno del reddito e di contrasto della povertà" a cura di Stefano Toso dell'Università di Bologna. Il confronto con le esperienze regionali ha poi consentito di attivare laboratori pratico-teorici per sostenere azioni innovative in tale ambito. È interessante sottolineare che a conclusione di tale Officina sono emersi come centrali alcuni presupposti attorno ai quali si è andata cementando una visione comune, quale forma di garanzia di coerenza nelle scelte di strategia regionale e di forte impatto operativo.

Riprendendo l'intervento di Monica Raciti durante l'incontro, è necessario orientare l'agenda delle politiche del *welfare* verso la prevenzione per evitare "la caduta nella marginalità", assumere un approccio che tenga conto delle risorse delle persone onde evitare di creare relazioni assistenziali e di dipendenza. Ogni persona, anche in condizioni di forte marginalità e di deprivazione sociale ed economica, ha bisogno di essere riconosciuta in quanto tale (rispetto e dignità) e di essere in grado di contare anche sulle proprie capacità per il suo progetto di vita. Inoltre la consapevolezza che ci si trovi di fronte a problemi complessi non segmentabili e soprattutto non riconducibili a fattori legati unicamente alla persona che li sta vivendo, porta a

³ <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/valori-sociali/officina-del-welfare/con-i-dati-si-puo-i-sistemi-informativi-a-supporto-del-welfare> (ultimo accesso giugno 2015)

⁴ <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/report-la-fotografia-del-sociale> (ultimo accesso giugno 2015)

⁵ <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/valori-sociali/officina-del-welfare/crisi-economica> (ultimo accesso giugno 2015)

innescare azioni progettuali che includano i contesti relazioni significativi, per lavorare insieme in una logica di trasversalità tematica, che riguarda appunto sistemi di appartenenza comunitari. Nell'Officina "Immaginare e sostenere il futuro. Bambini e adulti fra fragilità e risorse nella sfida della crescita" (giugno 2013)⁶ i risultati della ricerca (vedi *Capitolo 6*) hanno messo in evidenza le modalità di destinazione del fondo sociale locale relativamente all'area infanzia e adolescenza. In particolare è emersa la difficoltà ad effettuare progettazioni a largo respiro per via dei tagli prodotti dalla crisi, e nel contempo la necessità di investire sull'integrazione e innovazione, che porta con sé il tema centrale del ripensamento del ruolo dei servizi e delle modalità di intervento. Su questo versante non è stato quindi casuale che nel Piano programma regionale proprio il tema delle nuove generazioni sia stato indicato quale priorità.

In queste prospettive va letto il presente Dossier, come documento che ha consentito di mettere le basi per il lavoro che ne è seguito, ma anche come richiamo a mantenere vigile l'attenzione sugli elementi in esso trattati.

⁶ <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/valori-sociali/officina-del-welfare/immaginare-e-sostenere-il-futuro-bambini-e-adulti-tra-fragilita-e-risorse-nella-sfida-della-crescita> (ultimo accesso giugno 2015)

Executive summary

La presente ricerca ha tre obiettivi principali tra loro strettamente integrati.

Il primo è condurre una ricognizione dei diritti sociali e degli eventuali livelli essenziali delle prestazioni previsti dalla normativa nazionale e da quella specifica della Regione Emilia-Romagna nell'ambito socio-assistenziale. Il secondo è offrire sul piano finanziario gli elementi per ricostruire - a partire dai dati del 2010 - un quadro integrato della spesa sociosanitaria in ambito regionale quale primo passo per la valutazione dei livelli di spesa standard dei servizi sociali e per l'impostazione di azioni di monitoraggio dell'erogazione della spesa sociale. Il terzo obiettivo è quello di avanzare, anche sulle basi fornite dai primi due blocchi della ricerca, possibili linee di revisione delle attuali modalità di intervento regionali in specifici comparti di grande rilievo, quali le politiche di sostegno dei redditi e quelle a favore della famiglia e dell'infanzia, da utilizzare nel processo di definizione del nuovo Piano sociosanitario regionale.

In tutti e tre i percorsi di analisi seguiti in questa ricerca emerge con chiarezza come uno dei caratteri qualificanti, ma anche condizionanti, del comparto socio-assistenziale sia l'essere affidato alla responsabilità di una pluralità di livelli di governo (Stato, Regioni, Enti locali, istituti previdenziali). Si tratta di un assetto decentrato, in cui lo Stato peraltro mantiene rilevanti spazi di decisione e di controllo finanziario, che dovrebbe rafforzarsi nella prospettiva dell'attuazione della riforma del federalismo fiscale.

Il lavoro è articolato in cinque contributi che approfondiscono queste linee di indagine generali da differenti prospettive. Di seguito si sintetizzano i contenuti più rilevanti di ciascun contributo.

Livelli essenziali delle prestazioni sociali nell'ambito dell'Unione europea e dell'ordinamento italiano

I primi due Capitoli offrono un inquadramento normativo generale in base all'ordinamento comunitario da un lato e nazionale dall'altro, entro cui collocare concetti quali quelli di diritti sociali, livelli essenziali delle prestazioni, obbligazione di risultato.

Nel corso degli ultimi anni l'Unione europea ha spostato il proprio focus dalle implicazioni derivanti dal mancato rispetto del principio di libera concorrenza all'interno dei singoli Stati nazionali ai bisogni fondamentali dei cittadini, alla cui soddisfazione debbono essere preordinate determinate attività e strumenti. Allo scopo di identificare alcune caratteristiche comuni di tali attività, le istituzioni europee hanno elaborato la nozione di "servizi di interesse economico generale" (SIEG). Tali servizi condividono caratteristiche di universalità, continuità, qualità, accessibilità, tutela dei consumatori. Sulla base di questa categoria, e dell'azione della Corte di giustizia dell'Unione europea, che ha elaborato nel corso dei decenni un corpus unitario dei diritti sociali e di cittadinanza, le istituzioni comunitarie cercano di favorire un approccio unitario e sovranazionale nei confronti delle prestazioni sociali a partire da un panorama caratterizzato da rilevanti differenze tra i singoli Stati membri.

Sul piano della normativa italiana, il punto di partenza per collocare il concetto di livelli essenziali delle prestazioni va cercato nella Costituzione e in particolare nel precetto di uguaglianza contenuto nell'art. 3 e nel diritto universale all'assistenza previsto dall'art. 38. I servizi e gli interventi sociali costituiscono le azioni con cui lo Stato sociale, responsabile tanto per il livello di prestazioni da assicurare quanto per i modelli organizzativi per lo loro fornitura, afferma in modo sostanziale questi principi costituzionali. Da questi due principi fondamentali discende la responsabilità delle istituzioni pubbliche di rimuovere gli ostacoli che possono impedire l'affermazione della dignità dei singoli e di intervenire laddove gli assetti organizzativi non siano in grado di assicurare un'adeguata copertura.

I diritti sociali sono dunque provvisti di copertura costituzionale e di riconoscimento legislativo. Il loro recepimento segna un traguardo culturale, prima ancora che giuridico, dell'ordinamento italiano. La tutela dei diritti sociali sottende l'affrancamento della nozione di livello essenziale delle prestazioni da un approccio meramente economico e deterministico in favore di un modello più comprensivo e sociale, tale da valorizzare la dimensione unitaria e non frazionabile della persona, le cui esigenze non sono riducibili alla mera sommatoria delle condizioni sociali e di salute coinvolte.

Peraltro, la normativa e la giurisprudenza internazionale ed europea, grazie anche al recepimento dei trattati internazionali da parte del Parlamento, hanno introdotto nell'ordinamento italiano importanti principi di diritti sociali, raramente apprezzati nella loro portata innovativa, quali quelli contenuti nella Carta dei diritti fondamentali dei cittadini dell'Unione europea.

Questo insieme di norme assegna una specifica responsabilità ai soggetti pubblici: quella di conseguire un obiettivo (obbligazione di risultato) e non semplicemente di adottare gli strumenti necessari per rispondere alle esigenze dei cittadini (obbligazione di mezzi). È nella prospettiva dell'obbligazione di risultato che va collocata la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni. Invero, se si muove dalla finalità operativa che lo Stato sociale è chiamato a garantire, l'attenzione va spostata dalle forme adottate nell'intervento pubblico ai contenuti dello stesso. Questo approccio permette di tracciare una linea di contatto tra prestazioni e servizi che devono essere erogati e le tutele costituzionalmente garantite a favore dei cittadini.

Su questa base, il contributo intende smentire l'assunto secondo il quale in Italia non sono stati definiti i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). Per contro, essi trovano una precisa collocazione nella Legge n. 328/2000 (in particolare art. 22), nel DPCM febbraio 2001 e nelle disposizioni che riguardano le prestazioni economiche che devono essere erogate dall'INPS. Si tratta, pertanto, di modificare l'approccio nei confronti dei LEPS. Invero, muovendo dal loro riconoscimento si deve richiamare il fatto che non sono stati finanziati adeguatamente quelli che devono essere erogati dai Comuni e non sono stati trasferiti alle Regioni e ai Comuni quelli assicurati dall'INPS.

Spetta soprattutto ai Comuni la responsabilità di garantire, tra le altre funzioni fondamentali ad essi attribuite, anche le prestazioni del settore sociale. In questa direzione, i Comuni sono chiamati ad assicurare una obbligazione di risultato nel conseguimento dell'obiettivo finale della loro azione, obbligazione che potrà stabilire un intervento diretto dell'amministrazione locale, un intervento esternalizzato a favore di un'organizzazione *no profit* ovvero un intervento misto,

ossia caratterizzato dalla compresenza, con ruoli e partecipazione diversi anche di carattere finanziario, sia dell'Ente locale sia delle organizzazioni non lucrative. Alle Regioni spetta invece la funzione di legiferare in materia sociale, legislazione all'interno della quale dovrebbero essere definiti i requisiti quali-quantitativi dei LEPS, compito questo originariamente fissato dalla Legge n. 328/2000 in capo alla programmazione nazionale.

Programmare e gestire le prestazioni essenziali

A partire dal quadro normativo sopra delineato, il secondo contributo (*Capitolo 3*) guarda alle prestazioni e agli interventi in ambito sociale erogati sia dall'INPS sia dai Comuni, per poi dedicare un approfondimento specifico alla legislazione sociale della Regione Emilia-Romagna.

In termini generali viene innanzitutto messo in luce come le prestazioni e gli interventi essenziali, comunque determinati dalla legislazione, trovano difficoltà ad essere garantiti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale fondamentalmente per tre motivi:

- il loro carente finanziamento dato che, mentre sono stanziati fondi adeguati per le prestazioni erogate dall'INPS, le risorse riconosciute a Regioni ed Enti locali sono insufficienti e variabili nel tempo;
- la mancata definizione, per le prestazioni che devono essere erogate dal sistema istituzionale locale, dei riferimenti quali-quantitativi che circoscrivano norme di accesso, requisiti di qualità delle prestazioni, entità delle prestazioni stesse. Il compito di completare questo lavoro era stato affidato dalla Legge n. 328 al Piano sociale nazionale, poi superato dalla riforma costituzionale. Sarebbe logico pensare che gli eredi del Piano nazionale siano i Piano regionali e i Piani di zona, ma le Regioni non sembrano essere consapevoli di questa responsabilità, dato che continuano a invocare un provvedimento statale in materia;
- l'equivoco sulla natura dei livelli essenziali, spesso associati al concetto di esigibilità. È vero che la maggior parte della spesa sociale nazionale, forse il 90%, è assorbita da prestazioni esigibili (le prestazioni dell'INPS, quelle dei Comuni per la tutela dei minori e degli inabilitati, quelle indifferibili in situazioni di emergenza individuale, familiare o sociale, quelle indispensabili per la tutela della salute). Ma la legislazione prevede anche altri tipi di prestazioni: prestazioni individuali condizionate dagli stanziamenti disponibili, prestazioni di prevenzione, promozione sociale, sviluppo dell'offerta comunitaria, senza dimenticare che le politiche sociali agiscono per la programmazione e per la regolazione del sistema locale, attraverso criteri partecipativi e concertativi.

Un approfondimento particolare è poi dedicato alla legislazione sociale della Regione Emilia-Romagna. Accanto alla caratteristica di innovatività dei contenuti e di stabilità nei valori cui si ispira, questa legislazione presenta alcune accentuazioni e limitatezze: centralità dei servizi per i minori, soprattutto dei servizi socio-educativi per la prima infanzia; focalizzazione sull'integrazione dei servizi sociali e sanitari per disabili ed anziani; disattenzione alle problematiche delle persone povere e adulte, con l'eccezione delle persone immigrate. Spesso la legislazione regionale è segmentata per *target* di utenza o per tipologia di personalità giuridica delle realtà sociali considerate, con una difficoltà a ricondurre le norme a un quadro generale di riferimento.

Sia nella legislazione e pianificazione regionale sia nella programmazione e attuazione dei Comuni, si trascura quasi sempre la valutazione dell'azione assistenziale dell'INPS sul territorio, di notevole impatto sia per il numero di persone interessate, sia per il rilevante impegno economico complessivo. Le prestazioni dell'INPS, di esclusiva natura monetaria, inducono una spesa sociale delle famiglie che non è orientata e qualificata dalle politiche locali, e la diseguità tra le categorie sociali, che spesso produce la disponibilità delle erogazioni INPS, non è compensata dalle prestazioni delle Regioni e dei Comuni. Ovviamente, sarebbe più funzionale che in base agli art. 117 e 118 della Costituzione, le prestazioni sociali oggi erogate dall'INPS fossero trasferite alle Regioni e ai Comuni, con notevoli vantaggi nella prospettiva di una visione più globale della programmazione assistenziale individualizzata.

Al contempo, la prassi e la programmazione della Regione, di concerto con gli Enti locali, ha certamente ottenuto i risultati più avanzati nella definizione di azioni di sistema, vale a dire nella predisposizione di strumenti di programmazione, supporto tecnico e amministrativo agli organi decisionali, regolazione del sistema, committenza come forma di assegnazione condivisa degli obiettivi agli attori delle politiche sociali.

A partire da questo quadro fatto di luci e ombre, il contributo si conclude proponendo alcune linee di revisione delle politiche sociali a livello regionale che, pur muovendosi a legislazione invariata e nelle ristrettezze attuali della finanza decentrata, consentano - attraverso una maggiore iniziativa delle Regioni - un più adeguato soddisfacimento dei bisogni dei cittadini. Sarebbe allora auspicabile:

- assumere un'identità delle politiche sociali più ampia di quella attualmente considerata: può essere opportuno fare riferimento alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, eventualmente integrata da diritti che la Regione intenda garantire ai propri cittadini;
- assumere una concezione multidimensionale dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, superando quindi l'equazione prestazioni essenziali uguale prestazioni esigibili, ma considerando anche le prestazioni non esigibili, gli interventi rivolti alla comunità, le azioni di sistema;
- assumere un ruolo preciso, da parte delle Regioni, di orientamento del sistema dei LEPS, con tre azioni prioritarie:
 - definire il sistema organizzativo locale, per quanto riguarda sia le azioni di sistema sia le funzioni del servizio sociale territoriale;
 - definire gli obiettivi della spesa sociale dei Comuni, in direzione di priorità condivise e con attenzione al criterio della sostenibilità economica;
 - definire gli standard quali-quantitativi delle prestazioni essenziali, attraverso la pianificazione regionale.

La ricostruzione della spesa sociosanitaria integrata nei Distretti della Regione Emilia-Romagna nel 2010

Questa parte della ricerca ha l'obiettivo di ricostruire, seppure in termini ancora esplorativi, la spesa sociosanitaria integrata per i Distretti della Regione Emilia-Romagna quale primo passo per la valutazione dei livelli di spesa standard dei servizi sociali e per l'impostazione di azioni di monitoraggio dell'erogazione della spesa sociale.

La prima parte del Capitolo 4 individua uno schema concettuale che consenta una corretta valutazione delle risorse complessivamente utilizzate in ambito territoriale per finalità sociali, cioè includendo ogni fonte di finanziamento (Regione, Comuni, Aziende USL, ASP, compartecipazione degli utenti) e tenendo conto delle interrelazioni finanziarie tra i vari attori istituzionali. Lo schema proposto:

- definisce la nozione di spesa sociosanitaria integrata che include, oltre alla spesa erogata dai Comuni (come rilevata dall'Indagine ISTAT), anche la spesa sanitaria in una definizione allargata (comprensiva delle risorse del Fondo regionale per la non-autosufficienza e delle risorse del Fondo sanitario regionale necessarie per l'erogazione dei servizi) e la compartecipazione degli utenti;
- prevede una dettagliata articolazione della spesa stessa per tipologie di servizi offerti;
- consente un più completo censimento degli attori (Comuni, Aziende USL, ASP, utenti) e individua l'articolazione della spesa tra produttori e finanziatori, in coerenza con la natura di *welfare mix* del modello di *welfare* regionale.

La ricerca analizza poi le fonti statistiche esistenti e individua strategie che consentano di pervenire alla migliore stima possibile della spesa integrata articolabile per Distretto. I principali risultati dell'indagine possono essere sintetizzati come segue.

- In termini aggregati, la spesa sociosanitaria articolabile per Distretto ammonta per il 2010 a 1.772 milioni di Euro. In termini *pro capite* si tratta di 400 Euro, con una considerevole variabilità, da un massimo di 545 Euro per il Distretto di Modena a un minimo di 267 Euro nel Distretto Rubicone (Azienda USL di Cesena).
- Con riferimento alla spesa integrata *pro capite* il territorio regionale può essere diviso in tre aree con caratteristiche differenti: le province di Bologna, Modena, Parma e Piacenza mostrano una spesa *pro capite* più elevata della media, seguite da Reggio Emilia e Ferrara per arrivare alle province della Romagna (Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini) con la minore spesa sociosanitaria integrata *pro capite*.
- I primi riscontri tra i dati finanziari e variabili che esprimono, anche se in modo approssimato, il bisogno consentono di osservare una debole correlazione positiva tra la spesa e un indicatore di *care dependance* (rapporto tra popolazione 0-3 e >75 sul totale della popolazione) e tra spesa *pro capite* e un indicatore di benessere economico (media dei redditi dichiarati ai fini Irpef).
- Oltre a fattori legati alla struttura e alla dimensione della popolazione, le differenze territoriali possono essere spiegate da fattori di carattere storico ed economico quali: la capacità produttiva, cioè la capacità di un territorio di riuscire a soddisfare o meno i bisogni dei propri cittadini; il livello di benessere (territori con reddito medio più elevato, come i

capoluoghi di provincia dell'Emilia, godono di un maggiore benessere economico rispetto agli altri Distretti, da qui la disponibilità ad avere servizi più costosi in considerazione della maggiore capacità contributiva della popolazione); l'effetto capoluogo, o meglio, la capacità di un Distretto o di una città di servire diversi altri territori limitrofi. In questi casi la spesa per i servizi erogati viene imputata integralmente al Distretto dove ha sede l'ente erogatore anche se il beneficiario risulta residente in altro Distretto.

- La ricerca individua anche altre spese sanitarie che concettualmente potrebbero essere incluse nella nozione di spesa integrata, ma delle quali non è al momento disponibile una disaggregazione per Distretto, ma solo a livello di Azienda USL. La considerazione di questo aggregato aggiunge circa 600 milioni di Euro di ulteriore spesa.
- Una preliminare esplorazione della spesa privata, limitata all'area anziani in strutture private (RSA, case protette, case di riposo), consente di quantificare per il 2010 un'ulteriore spesa di circa 200 milioni.

Interventi a sostegno del reddito e di contrasto della povertà

Il Capitolo 5 è articolato tre Paragrafi: il primo esamina il tema della povertà economica in Emilia-Romagna in una prospettiva regionale comparata, avvalendosi delle fonti statistiche più recenti e discutendo i problemi metodologici connessi alla sua misura; il secondo si concentra sulle politiche di contrasto della povertà messe in atto a livello sia nazionale sia regionale, con particolare riferimento agli interventi di carattere monetario; il terzo si sofferma sugli interventi in Emilia-Romagna dal punto di vista sia di una ricognizione quantitativa della spesa e delle sue componenti, sia dell'analisi delle potenzialità che la riforma dei criteri di selettività può determinare sull'efficacia redistributiva della spesa stessa.

Nell'insieme delle regioni italiane, l'Emilia-Romagna si segnala per essere una delle aree meno povere di Italia, sia che si considerino indicatori di povertà tradizionali di tipo relativo e/o assoluto, sia che si faccia ricorso a misure multidimensionali, come gli indicatori di deprivazione materiale, sia infine che si adotti l'indicatore europeo di povertà o di esclusione sociale della Strategia europea 2020, che affianca alla misura tradizionale una stima delle dimensioni non monetarie della povertà (la deprivazione materiale grave) e delle situazioni di esclusione dal mercato del lavoro.

In termini di tendenze di medio periodo, i dati relativi all'ultimo quinquennio mostrano in Emilia-Romagna una sostanziale stabilità dell'incidenza della povertà relativa (o rischio di povertà, secondo la terminologia impiegata dall'Eurostat) e dell'indicatore che misura la bassa intensità di lavoro. Nell'ultimo biennio si è invece registrato un significativo incremento degli indici di deprivazione materiale, anche nella versione più restrittiva adottata dall'Eurostat.

L'effetto combinato di questi fattori fa sì che l'indicatore sintetico di povertà o di esclusione sociale per l'Emilia-Romagna mostri nel 2011 un aumento di circa due punti percentuali assoluti. L'incremento è in linea, ma inferiore in valore assoluto, con quello che emerge a livello nazionale e interrompe la serie stazionaria precedente. Che ci si trovi di fronte a un punto di svolta rispetto al passato, anche in relazione all'impatto che la crisi economica sta avendo sul

tenore di vita delle famiglie, è tuttavia impossibile da accertare. Solo le evidenze empiriche successive potranno confermare se l'andamento degli indicatori distributivi che emerge dai dati più recenti troverà ulteriore conferma.

Passando all'analisi delle politiche di contrasto della povertà a livello nazionale, il contributo mette in luce innanzitutto i noti limiti strutturali di questo rilevante comparto di intervento pubblico: carenza di risorse finanziarie, ricorso a criteri di selettività non omogenei e scarsamente attendibili, mancanza di un istituto universale di contrasto alla povertà sulla falsariga di quelli esistenti in quasi tutti i paesi dell'Unione europea, notevole disparità territoriale nell'entità degli interventi e servizi socio-assistenziali dei Comuni, insoddisfacente *performance* redistributiva della spesa complessiva.

Le misure introdotte a livello nazionale nell'ultimo quinquennio sono consistite in interventi emergenziali o *una tantum*, che hanno reso il comparto ancora più frastagliato e sbilanciato a favore dei trasferimenti in moneta, distribuito in rivoli di spesa spesso trascurabili e poco incisivi sul piano equitativo. Alla Carta acquisti (*Social Card*) in particolare va dato un giudizio negativo: pur rappresentando una forma inedita di strumento di contrasto della povertà assoluta, si è rivelata scarsamente efficace sul piano redistributivo, anche in relazione all'accentuata categorialità dei suoi criteri di ammissione. Uno degli aspetti innovativi dell'esperimento è che il beneficiario viene preso in carico dal Comune, che ne dovrà analizzare specificatamente la situazione e promuoverne programmi di inclusione attiva, unitamente al sostegno della rete locale del Terzo settore. La sperimentazione si inserisce in una prospettiva di riforma complessiva del sistema di *welfare*, che affida un ruolo centrale nell'organizzazione dei servizi e dei progetti alle Regioni.

Considerate la mancata messa a regime nel decennio scorso del Reddito minimo di inserimento (Rmi), le riforme in senso federalista con la legge-quadro dell'assistenza (Legge n. 320/2000) e la revisione del Titolo V della Costituzione, l'assenza in Italia di una misura universale di contrasto della povertà ha assegnato al programmatore regionale l'onere di concepire e finanziare specifici progetti ed interventi sul territorio. Uno sguardo retrospettivo sulle esperienze regionali più significative in tema di reddito minimo mette in luce come esse, al di là di singole peculiarità, presentano un connotato comune: dopo un periodo più o meno lungo di sperimentazione, non riescono a consolarsi come un vero e proprio diritto di cittadinanza. Alla luce di tali esperienze, si ritiene che l'introduzione di un programma di reddito minimo non possa che basarsi su un'intesa strategica fra Stato, che definirà i livelli essenziali della misura, e Regioni ed Enti locali, a cui spetterà l'organizzazione e la gestione effettiva del programma.

Nella terza parte del contributo l'attenzione si concentra sugli interventi di contrasto alla povertà nell'ambito specifico della Regione Emilia-Romagna. Viene analizzata la dimensione finanziaria della spesa e delle sue componenti e si riflette sui vantaggi che una riforma dei criteri di selettività potrebbe determinare sull'efficacia redistributiva dell'intervento pubblico.

Innanzitutto, avvalendosi dell'Indagine ISTAT su interventi e servizi sociali dei Comuni singoli o associati, si stima che, su una spesa sociale netta complessiva in Emilia-Romagna di 761 milioni di Euro, la parte di essa allocata all'area Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora ammontava nel 2009 a 32,1 milioni di Euro, pari al 4,2% del totale. Ancora più di quanto si verifichi a livello nazionale, gli interventi di contrasto della povertà in Emilia-Romagna sono minoritari rispetto a

quelli rivolti a favore delle aree Famiglia e minori, Anziani e Disabili. Circa un terzo della spesa sociale in Regione destinata all'area della povertà riguarda i trasferimenti in denaro a favore delle famiglie, in particolare i contributi economici a integrazione del reddito familiare e a sostegno delle spese di alloggio. Una seconda componente, che sfiora il 40%, è costituita da interventi e servizi che includono principalmente attività di servizio sociale e professionale, interventi e servizi educativi-assistenziali e per l'inserimento lavorativo. Un quarto circa del totale è infine assorbito dalla macro tipologia di prestazioni, che consiste nell'accoglienza in strutture residenziali.

Per individuare in modo più comprensivo il perimetro d'azione delle politiche di sostegno del reddito, la ricerca ha provato ad individuare quei servizi o interventi formalmente imputati ad aree diverse da quella della povertà ma che esercitano, al pari degli interventi riconducibili a quest'ultima, un impatto redistributivo. La spesa sociale complessiva così ridefinita è di dimensioni notevoli. Sommando gli importi per ciascuna area di intervento (esclusa l'area della povertà) si raggiungono i 473 milioni di Euro, pari al 62% della spesa complessiva (761 milioni) per interventi e servizi sociali erogati in Emilia-Romagna. Se a questa cifra si sommano i 32,1 milioni di Euro devoluti all'area della povertà, si arriva a un importo di 505 milioni, equivalente al 66% della spesa totale.

Considerati questi ordini di grandezza, ai fini dell'efficacia redistributiva della spesa diventa cruciale l'adozione di criteri di selettività economica appropriati. L'introduzione dell'ISEE ha innovato positivamente i sistemi di selettività pre-esistenti. L'annunciata revisione dell'ISEE, promossa nell'ambito dell'azione del governo Monti, dovrebbe contribuire a migliorare l'ancora scarsa efficacia redistributiva del *welfare* italiano, mitigandone gli aspetti di categorialità esistenti e potenziando l'equità verticale e orizzontale della spesa. La riforma interesserà larga parte degli interventi e dei servizi sociali forniti in sede locale. Di conseguenza sarebbe auspicabile che venissero approntati in ambito regionale idonei sistemi di monitoraggio della riforma, sia per censire eventuali margini di autonomia in sede di applicazione del nuovo indicatore, sia per valutare l'impatto che la riforma stessa potrà avere sui bilanci degli Enti locali e sull'equità del sistema.

Interventi a favore della famiglia e dell'infanzia

Il contributo sull'area delle politiche per l'infanzia e per la famiglia (*Capitolo 6*) tratta lo specifico *case study* dell'applicazione del Fondo sociale regionale straordinario deliberato dalla Regione Emilia-Romagna (DGR n. 378/2010) a integrazione delle risorse del Fondo sociale locale, finalizzato in particolare al sostegno dei servizi di tutela dell'infanzia e dell'adolescenza offerti dai Comuni. La fase di programmazione territoriale collegata all'applicazione del Fondo sociale regionale straordinario viene ricostruita e valutata criticamente attraverso un'indagine sul campo appositamente condotta.

In particolare, attraverso una serie di interviste e confronti sul territorio si è inteso approfondire le modalità di utilizzo del Fondo straordinario in termini di sviluppo di servizi e progetti nell'area infanzia e responsabilità familiari anche in relazione alla crescita e ai mutamenti della domanda determinati dalla crisi economica e alla contemporanea restrizione delle risorse disponibili per i bilanci comunali. La sola lettura dei programmi attuativi non avrebbe infatti consentito di

comprendere a fondo il lavoro compiuto nei territori soprattutto in relazione a tre dimensioni specifiche di indagine:

- le ricadute prodotte dai progetti nel corso della loro implementazione;
- la rilevanza che i progetti hanno avuto nel contribuire al rafforzamento del lavoro integrato Aziende USL - ambiti territoriali;
- la sostenibilità di questi progetti per il futuro, viste le tendenze in atto soprattutto riguardo le risorse a disposizione della programmazione territoriale.

Infine l'analisi ha consentito di approfondire la rilevazione dei bisogni a livello territoriale e il conseguente sviluppo dei percorsi di progettazione nell'area infanzia e responsabilità familiari in relazione alle priorità proposte dalla Regione.

La ricerca ha individuato tre realtà che segnalano un coinvolgimento a pieno regime nelle attività di accompagnamento proposte a livello regionale e altre sei realtà che invece presentano un lavoro differenziato e disomogeneo né sono coinvolte in altre azioni di accompagnamento regionale nell'ambito della tutela. Complessivamente sono stati selezionati i Distretti di Bologna, Ferrara, Piacenza, Ravenna, Rimini Sud, Valli Taro e Ceno (Azienda USL di Parma), Castelfranco Emilia, Scandiano (Azienda USL di Reggio Emilia). In queste realtà territoriali si è proceduto ad intervistare il responsabile dell'Ufficio di piano e il direttore di Distretto. In un caso è stato possibile realizzare un focus con gli operatori coinvolti nel progetto specifico.

I principali risultati dell'indagine sul campo condotta possono essere così sintetizzati.

- L'area della promozione è per lo più percepita come un ambito di progettazione e di programmazione rilevante, ma spesso le risorse economiche disponibili sono utilizzate per casi conclamati/emergenti o emersi, non consentendo di calibrare in itinere una progettazione differenziata. In alcuni casi l'ambito della promozione è ancora considerato alternativo e molto prossimo a quello della prevenzione.
- I progetti nell'area prevenzione hanno favorito lo sviluppo e il consolidamento dei progetti distrettuali come centri educativi pomeridiani e attività domiciliari a sostegno delle funzioni genitoriali e/o dei compiti di cura.
- L'area prioritaria della protezione, cura e riparazione ha visto un investimento specifico sui progetti di affido e sul potenziamento del servizio di accoglienza.
- In un momento di forte restrizione delle risorse finanziarie disponibili, l'area della promozione è da tutti ritenuta meno prioritaria rispetto a quelle della prevenzione e protezione.
- La ricaduta maggiore dell'attivazione del Fondo straordinario è riconosciuta nella possibilità di costruire e rafforzare il livello di integrazione per favorire una crescita qualitativa dei servizi e sostenere il lavoro degli operatori soprattutto in questa fase di aumentata complessità delle situazioni a cui i servizi devono rispondere.
- La crisi economica e la restrizione delle risorse finanziarie rendono pressante un cambiamento di ottica nella programmazione, l'opportunità di ripensare ai servizi, la necessità di guardare maggiormente ai risultati effettivi che questi producono, affinando i sistemi di valutazione di tali esiti.

Abstract

Evolution of regional welfare in the context of federalism

This work has three main aims, which are closely integrated.

- *The first is to survey the social rights and the standard level of services in the welfare sector provided for by national and regional legislation.*
- *The second is to frame a general picture of the social protection expenditure in Emilia-Romagna as a first step to set the standard expenditure needs and to design monitoring of the provision of social services.*
- *Building on these bases, the third objective is to advance lines of review of regional intervention focusing on relevant sectors such as income support policies and infant school.*

In all these paths of research a common feature clearly emerges: in the Italian institutional framework the welfare sector responsibility is assigned to a plurality of levels of government (Central government, Regions, Municipalities, social security institutions). This decentralized setting, where however the Central government retains significant decision-making power and financial control, should be strengthened in the perspective of the implementation of fiscal federalism reform.

1. Livelli essenziali delle prestazioni sociali nell'ambito dell'Unione europea⁷

1.1. La dimensione comunitaria dei servizi di interesse generale

La consapevolezza che il diritto comunitario esercita una certa influenza sul e nel nostro ordinamento nelle materie economiche è ormai un dato acquisito.⁸ Meno acquisita, e anzi per molti aspetti elemento di novità, è invece l'attenzione che l'Unione europea ha inteso riservare alla "materia" dei servizi sociali e dell'assistenza in generale nel corso degli ultimi decenni.⁹ Un simile atteggiamento favorevole ha finito per incidere anche sugli strumenti e sui mezzi che le istituzioni comunitarie hanno progressivamente elaborato per garantire la soddisfazione degli interessi sociali. In questo senso, vi è da registrare un importante cambiamento, che incide altresì sul tema dei livelli essenziali delle prestazioni, ossia il diverso ruolo delle istituzioni statuali nell'erogazione dei servizi di interesse generale.¹⁰ Invero, negli ultimi due decenni si è assistito a una modifica rilevante nell'organizzazione, gestione ed erogazione dei servizi sociali e assistenziali. In passato il soddisfacimento degli interessi generali avveniva attraverso l'assunzione della titolarità del servizio in capo alle istituzioni pubbliche, le quali provvedevano alla gestione ed erogazione dei servizi direttamente ovvero mediante affidamento degli stessi ad altri soggetti pubblici o privati. In epoca moderna, al contrario, le istituzioni pubbliche, e in

⁷ A cura di Alceste Santuari, Università di Trento.

⁸ In dottrina al riguardo, si è evidenziato che peraltro
la Comunità economica europea è nata con l'intento di creare uno spazio economico retto dalle medesime regole, affinché non vi fossero ostacoli di fatto e di diritto, alla libera circolazione di merci, servizi, persone e capitali [...]. (Caldirola, 2001, p. 125).

⁹ Infatti,
[m]entre nel Trattato di Roma gli obiettivi della Comunità si esaurivano nella realizzazione di un mercato concorrenziale nel Trattato di Maastricht e ancor più con il Trattato di Amsterdam, la concorrenza non viene più considerata come valore primario da perseguire, ma come uno degli elementi che può concorrere al benessere collettivo accanto alla tutela dei diritti fondamentali e degli interessi sociali. (Caldirola, 2001, p. 125).

¹⁰ In questa nuova e diversa prospettiva si colloca la Comunicazione della Commissione su "I servizi di interesse generale in Europa" dell'11 settembre 1996 (Gazzetta ufficiale Unione europea, C. 281/3), che si apre con un'enunciazione significativa tesa a sottolineare l'importanza dei "valori sociali":
l'attività comunitaria si ispira ad un modello di economia aperta, basata sulla solidarietà e la coesione sociale, nonché sui meccanismi del mercato. (Caldirola, 2001, p. 149).

particolare gli Enti locali, hanno incrementato la loro funzione di controllo e di supervisione di un sistema pluralistico di soggetti erogatori, che, secondo diverse modalità più o meno istituzionalizzate sono chiamati a concorrere alla realizzazione di finalità di pubblica utilità.

Da ciò discende che l'Unione europea ha spostato il proprio focus dalle implicazioni derivanti dal mancato rispetto del principio di libera concorrenza all'interno dei singoli Stati nazionali ai bisogni fondamentali dei cittadini europei, alla cui soddisfazione debbono essere preordinate determinate attività e strumenti.

Allo scopo di identificare alcune caratteristiche comuni dei servizi pubblici, le istituzioni europee hanno elaborato la nozione di servizi di interesse economico generale (SIEG). L'espressione è rinvenibile nel Trattato dell'Unione Europea (TCE), in particolare nell'art. 14 (ex art. 16 del TCE), introdotto con il Trattato di Amsterdam, e nell'art. 86 (l'ex art. 90). A livello comunitario i servizi di interesse generale sono definiti dalle seguenti caratteristiche:

- universalità: il servizio deve essere erogato a favore di tutti i cittadini in base a un certo standard qualitativo e a un prezzo accessibile;
- continuità: per taluni servizi è vietata l'interruzione, mentre per altri è vietato l'isolamento territoriale;
- qualità: i servizi in argomento debbono presentare determinati standard qualitativi;
- accessibilità: i servizi, sia in termini di tariffe praticate sia in termini territoriali, devono poter essere fruiti da tutti i cittadini UE;
- tutela dei consumatori.

I SIEG devono quindi:

- "offrire" una chiara e facile identificazione degli obblighi di servizio pubblico;
- risultare trasparenti e *accountable* con riguardo specifico alle clausole contrattuali, alle tariffe applicate e alle condizioni di finanziamento del servizio;
- costituire una effettiva scelta per i consumatori/utenti tra varie opzioni possibili e tra vari erogatori.

In questo senso, le istituzioni UE intendono farsi carico di garantire servizi efficienti, di qualità apprezzabile, non discriminatori e accessibili. Conseguentemente, ben si comprende perché i servizi di interesse economico generale, alla stregua di altri servizi, siano soggetti alla norme del Trattato CE in materia di mercato interno e concorrenza, atteso il loro carattere economico. Tuttavia, è opportuno ricordare che il carattere economico di un servizio non dipende dallo status giuridico del prestatore né dalla natura del servizio, bensì dalle effettive modalità di prestazione, organizzazione e finanziamento di una determinata attività.

Contestualmente, le istituzioni comunitarie hanno elaborato il concetto di "servizio universale", il quale "indica l'insieme delle esigenze di interesse generale cui dovrebbero essere assoggettate, nell'intera comunità determinate attività" (Caldirola, 2001, p. 151). Tale concetto prende le mosse dalla constatazione del fallimento delle regole di mercato quando queste si debbono

applicare ai servizi sociali,¹¹ i quali non si differenziano tanto in ragione delle formule giuridico-organizzative impiegate per la loro erogazione, quanto piuttosto per le finalità cui i servizi medesimi risultano preordinati.

Servizi di interesse generale (SIG)

- Designano attività soggette ad obblighi specifici di servizio pubblico proprio perché considerate di interesse generale dalla autorità pubbliche.
- Sotto questa voce si ritrovano sia attività di servizio non economico (sistemi scolastici obbligatori, protezione sociale ma anche le funzioni inerenti alla potestà pubblica come la sicurezza, giustizia, la difesa e altro) ma si ritrovano anche attività di servizio cosiddette di interesse economico generale.

Servizi di interesse economico generale (SIEG)

- Sono una specie del *genus* servizi di interesse generale; si tratta di servizi resi nell'ambito di un mercato concorrenziale dove, quindi, si trovano ad operare soggetti privati ma anche soggetti pubblici.
- Per la loro caratteristica si pongono in una sorta di zona franca intermedia tra attività economiche, da gestire secondo i canoni dell'efficienza e nell'ambito di un contesto competitivo, e attività non economiche, da gestire in funzione dell'interesse generale e in vista di obiettivi di coesione sociale o territoriale, di equità redistributiva, ecc.
- L'Unione europea attribuisce un'importanza rilevante ai SIEG, in quanto questi *non soltanto si fondano sui valori comuni dell'Unione ma svolgono anche un ruolo centrale nella promozione della coesione sociale e territoriale. L'Unione e gli Stati membri, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze, devono provvedere affinché tali servizi funzionino in base a principi e condizioni che consentano loro di assolvere i propri compiti.* (Commissione europea, 2011, p. 2)

In questa cornice, la Commissione ribadisce che taluni SIEG possono essere erogati da imprese pubbliche ovvero private senza alcun sostegno finanziario di matrice pubblica. Altri, al contrario, possono essere prestati solo se le autorità pubbliche stabiliscono una compensazione finanziaria a favore dell'erogatore/fornitore. Preme tuttavia evidenziare che

- *in assenza di norme specifiche dell'Unione, gli Stati membri hanno in genere la facoltà di determinare le modalità di organizzazione e di finanziamento dei loro SIEG.* (Commissione europea, 2011, p. 2).

¹¹ La dottrina ha correttamente messo in evidenza che

un sistema di assoluta liberalizzazione sorretto dalle sole regole del mercato, non avrebbe potuto garantire la diffusione di servizi di interesse economico generale nelle zone meno redditizie e nei confronti degli utenti più vulnerabili [...] Con il servizio universale l'azione della Comunità passa da un livello di integrazione economica ad un livello di integrazione sociale. (Caldirola, 2001, p. 153).

1.2. Servizi sociali di interesse generale

Per molto tempo attratti in una zona franca, i servizi sociali, in particolare a livello comunitario, hanno cominciato ad attirare l'attenzione delle istituzioni europee soprattutto in materia di concorrenza.¹²

La Commissione europea ha espresso il suo favore per un approccio più liberale nei confronti dei servizi sociali e delle modalità gestionali e organizzative degli stessi sia nel Libro Verde sui servizi di interesse generale del 2003 (Commissione europea, 2003), sia nella Comunicazione intitolata "Attuazione del programma comunitario di Lisbona: i servizi sociali d'interesse generale nell'Unione europea" (Commissione europea, 2006).

Preme evidenziare che, fino ad epoca recente, nel settore dei servizi sociali era assente una "dimensione comunitaria", assenza alla quale si è cercato di porre qualche rimedio con il Trattato di Amsterdam.¹³ Serve ricordare che un limite oggettivo alla ricostruzione in senso comunitario di una definizione di servizi sociali è rappresentato dal fatto che i singoli Stati membri godono della "libertà di definizione" dei sistemi di protezione sociale (e sanitaria).¹⁴ Un supporto a un inquadramento dei servizi sociali viene offerto dalla nozione di "servizi di interesse generale", intesi quali servizi "imprescindibili per garantire la coesione e lo stesso modello sociale a livello europeo" (Menichetti, 2003, p. 105).

Ai servizi sociali (alla persona) deve essere riconosciuta una specificità non rinvenibile in altri comparti di servizi, identificabile nei due seguenti elementi:

- i servizi alla persona non sono standardizzati, ma erogati in base ai bisogni e non in base a chi li eroga;

¹² Parere del Comitato economico e sociale sul tema "I servizi sociali privati senza scopo di lucro nel contesto dei servizi di interesse generale in Europa". Gazzetta ufficiale Unione europea (GUCE), 2001, C-311, pp. 33 ss.

¹³ Attraverso il Trattato di Amsterdam è stato fatto un tentativo di *passare da un approccio timido e non coordinato, fondato su singole situazioni di bisogno quali l'anzianità e la disabilità, a un approccio complessivo che inserisce tali isolati interventi nel contesto più ampio delle politiche sociali comunitarie.* (Menichetti, 2003, p. 87).

¹⁴ Ciò è possibile *in quanto la scelta di organizzare a servizio pubblico il settore costituisce prerogativa afferente alla sovranità nazionale dei singoli Stati membri che, in piena autonomia, possono selezionare i bisogni essenziali richiedenti protezione, erigerli a interesse pubblico, predisporre plessi organizzativi idonei al loro soddisfacimento ed eventualmente predeterminare la natura dei soggetti autorizzati e accreditati all'erogazione delle prestazioni.* (Menichetti, 2003, p. 106).

Sullo stesso piano, un altro autore sottolinea che se

infatti, prendiamo l'art. 34 [della Carta dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori, adottata nel 1989], accanto al riconoscimento del "diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza e ai servizi sociali", incontriamo la cornice entro la quale il diritto è tutelato: "secondo le modalità stabilite dal diritto comunitario e le legislazioni e prassi nazionali" [...] In sostanza [...] possiamo affermare che la Carta lascia nelle mani del legislatore (nazionale o dell'Unione) la definizione in concreto di situazioni soggettive che pure eleva al livello di diritti. (Bianchi, 2010, pp. 125-126).

- i servizi sociali sottendono un'interazione personale di carattere peculiare e ad alto contenuto relazionale tra chi li produce e chi li riceve.

In questo senso, vi è da registrare una costante oscillazione tra la natura di pubblico servizio delle prestazioni sociali e quella di attività economica *tout court*. Detta oscillazione ha indotto numerosi Stati membri a definire assetti giuridici e istituzionali di quasi mercato dentro i quali collocare l'erogazione dei servizi sociali. I servizi sociali, alla stregua di quelli sanitari, indipendentemente dalla modalità contemporanea di gestione, riguardano i diritti della persona in quanto tale e il suo diritto a una vita migliore.

Servizi sociali di interesse generale

- L'Unione europea è impegnata nella tutela dei diritti sociali e garantire le prestazioni sociali.
- In linea generale, l'Unione europea esprime un *favor legis* per il mercato e la concorrenza.
- Tuttavia, sulla scorta delle loro peculiari caratteristiche, le istituzioni UE favoriscono il pluralismo degli attori delle politiche sociali e in particolare le organizzazioni *no profit*.
- Rimane nella responsabilità degli Stati membri dare attuazione ai diritti europei e alle garanzie per tutti i cittadini europei.

1.3. Pluralità e diversità dei sistemi di *welfare* in ambito europeo

In ambito europeo, quando si osservano i sistemi nazionali in cui i servizi sociali sono organizzati, ciò che emerge *prima facie* è "l'ampia congerie di definizioni e contenuti assegnati nel tempo da ciascun Paese" alla categoria in argomento, tanto che

all'estensione e diversificazione della domanda di servizi sociali, si è ritenuto di rispondere con politiche nazionali che trascurano la dimensione europea del fenomeno. (Menichetti, 2003, p. 79).

Dal punto di vista giuridico e organizzativo, i servizi sociali e i diritti ad essi collegati trovano infatti diversa collocazione nell'ambito degli ordinamenti nazionali.¹⁵ Mentre in Inghilterra, culla del *welfare state*, non è rinvenibile alcuna disposizione scritta circa i diritti sociali di prestazioni, in Spagna e in Germania le rispettive Costituzioni sanciscono la formula dello Stato sociale. Come è noto, anche la Costituzione italiana definisce in dettaglio un articolato catalogo di diritti sociali che, attesa la loro importanza, costituiscono a tutt'oggi un *discrimen* fra competenze statuali e competenze regionali.¹⁶

¹⁵ Per una efficace ricostruzione dell'evoluzione degli interventi in ambito sociale dell'Unione europea, si veda Dal Pra Ponticelli, 2008, pp. 996 ss.

¹⁶ Nonostante questa (naturale) differenza rinvenibile nei diversi ordinamenti nazionali, è tuttavia possibile riconoscere che

le costituzioni democratiche del Novecento [...] dopo Weimar, hanno accolto accanto ai tradizionali diritti di libertà, i c.d. diritti sociali,

dando così un diritto di cittadinanza di natura costituzionale

In termini generali, si può dunque affermare che a livello comunitario

il valore dell'esplicito riconoscimento del diritto all'assistenza sociale [...] sembra possa essere ricondotto a una mera ricognizione di quanto già previsto nei singoli Stati membri, come dimostra la preoccupazione, da un lato, di precisare che non esiste alcun obbligo di istituzione di nuovi servizi sociali laddove essi non preesistano; dall'altro, di omettere ogni indicazione in materia di organizzazione, finanziamento e contenuto delle singole prestazioni. (Balboni, 2008, p. 10).

In Europa tre sono i modelli di *welfare* che si sono storicamente affermati e che possono schematicamente essere individuati come segue:

- sistemi ad offerta pubblica prevalente;
- sistemi a finanziamento pubblico, ma con una rilevante offerta privata attraverso organizzazioni consolidate e fiduciarie della pubblica amministrazione;
- sistemi in cui si registra una scarsa offerta di servizi e larga prevalenza di trasferimenti monetari.

Il tratto comune ai tre modelli è identificabile nel progressivo sviluppo e conseguente coinvolgimento, pur a diversi livelli nei tre sistemi, delle organizzazioni *no profit*¹⁷ e il conseguente affidamento ad esse della gestione di molti servizi sociali, specie da parte degli Enti locali. Da un lato questo *trend* ha evidenziato un diverso ruolo degli enti pubblici, che hanno sviluppato maggiormente le loro funzioni di promozione, regia e verifica delle azioni e degli interventi nel settore dei servizi sociali; dall'altro, si è assistito allo sviluppo di una diversa organizzazione senza scopo di lucro, definita "impresa sociale",¹⁸

ai diritti che avevano, in precedenza, ricevuto un fondamento giusnaturalistico, da parte del diritto naturale. (Balboni, 2008, p. 4).

¹⁷ *Il settore non profit esiste in molti paesi dell'OCSE da lungo tempo ed è emerso a livello internazionale nel corso degli ultimi decenni, principalmente come risposta alla crisi dei sistemi di welfare e al bisogno percepito di ridefinire gli stessi, specie nel contesto europeo e quale nuova strategia per combattere l'esclusione sociale e economica [...]* (OECD, 2003, p. 11).

¹⁸ Sul fronte della creazione di nuovi posti di lavoro, per esempio, il ruolo dell'economia sociale e, quindi delle imprese sociali, è stato riconosciuto a livello comunitario. Allo scopo di verificare le potenzialità del Terzo settore, nel 1997 la Commissione europea ha lanciato un'Azione pilota (*Third System and Employment Pilot Action - TSEP*), attraverso la quale ha finanziato 81 progetti nel settore dei servizi sociali, della tutela ambientale, della qualità della vita e della cultura.

Nel 2000, al fine di comprendere il potenziale contributo dei differenti attori in gioco - in particolare a livello locale - alla creazione di nuova occupazione, è stata emanata una Comunicazione (COM (2000) 196 final, 7 aprile 2000) nella quale sono state avanzate, tra le altre, le seguenti questioni circa il ruolo delle organizzazioni senza scopo di lucro:

- quali risorse pubbliche e/o private possono sostenere i bisogni di sviluppo del settore?
- come si può finanziare il terzo sistema affinché esso possa risparmiare e produrre valore aggiunto per la comunità?
- qual è il bilancio che si può tracciare delle varie esperienze di sostegno alla domanda, quali la concessione di *voucher* o di detrazioni fiscali?

In argomento, si veda Corman, 2001, p. 8.

caratterizzata da una natura imprenditoriale e dalla vocazione a realizzare finalità di interesse collettivo.¹⁹

1.3.1. Sistemi ad offerta pubblica prevalente

Nei paesi scandinavi, l'offerta pubblica e la gratuità dei servizi sono tradizionalmente percepiti come elementi essenziali, quasi etici, del sistema di *welfare*.²⁰ Tuttavia, negli ultimi decenni, si è assistito ad un maggior ruolo svolto da parte delle organizzazioni sociali nella produzione e gestione dei servizi alla persona. In Finlandia, ad esempio, si sono sviluppate imprese sociali che utilizzano generalmente la forma cooperativa (Borzaga, Santuari, 1998, Capitolo IV, Finlandia).²¹ Anche in Svezia si è evidenziato lo sviluppo di nuove forme cooperative impegnate in modo crescente nell'offerta di alcuni servizi di *welfare*, nonostante l'offerta privata rimanga fortemente dipendente dal sistema pubblico (Borzaga, Santuari, 1998, Capitolo XIV, Svezia).²²

Molto diversa è la situazione del Regno Unito che, da tempo, si sta muovendo verso la privatizzazione e il *contracting out* dei servizi sociali. In questo contesto, il settore *no profit* riveste un ruolo crescente: le autorità locali stabiliscono, di norma, con le imprese sociali un rapporto "acquirente-fornitore", con la conseguente creazione di un sistema di quasi-mercati, caratterizzati dalla contendibilità dell'offerta.²³

¹⁹ In argomento, si vedano tra gli altri: Borzaga, Defourny, 2001a; Cafaggi, 2000; CNEL, 2000; Progetto Digestus, 2000; Santuari, 1998, 2000, 2002; Zoppini, 2000.

²⁰ [...] Quando la società danese, come le altre società europee, conobbe un periodo di rapida espansione negli anni '60 e '70, la maggior parte delle forze politiche vide nello sviluppo dell'apparato statale la via più naturale da seguire. Il nuovo settore creato in quel periodo - i servizi sociali - fu inserito quasi totalmente nel contesto pubblico. (Borzaga, Santuari, 1998, Capitolo III, Danimarca).

Per una visione storica dell'evoluzione del rapporto fra politiche sociali e ruolo delle organizzazioni *no profit*, si veda Bundesen, Henriksen, 2000.

²¹ Accanto alle società cooperative, operano anche le fondazioni: recentemente ne sono state censite circa 14.000, impegnate principalmente nei settori culturale, educativo e scientifico. In argomento, Schlueter *et al.*, 2001, pp. 103-108.

²² Per una innovativa esperienza organizzativa e gestionale in ambito sanitario in Svezia, si veda Barea, Cesana, 2003.

²³ Un'importante svolta nella politica per i servizi assistenziali è stata determinata dalla legge sui servizi sanitari e l'assistenza nella comunità, entrata in vigore nel 1993. Le principali direttive di questa legge prevedevano lo spostamento dell'assistenza alle persone (anziani, malati mentali, invalidi, persone con difficoltà di apprendimento, ecc.) dalle grandi istituzioni verso un'assistenza più basata sulla comunità, o presso lo stesso domicilio delle persone o in unità locali più piccole o centri diurni [...] Questo fa parte di un più ampio processo di privatizzazioni su larga scala del settore statale, processo che ha portato a dare in appalto i servizi delle pubbliche amministrazioni locali, del governo nazionale e dei servizi sanitari, con la conseguente ristrutturazione di servizi che originariamente erano di competenza del settore pubblico. (Borzaga, Santuari, 1998, Capitolo XII, Regno Unito, p. 430).

1.3.2. Sistemi a finanziamento pubblico

Nei modelli adottati in Germania e Francia i servizi sono finanziati in larga parte da trasferimenti statali. In Germania, i servizi sociali sono generalmente erogati dalle grandi organizzazioni *no profit*, in specie quelle legate alle denominazioni religiose. In ossequio ad una rigorosa applicazione del principio di sussidiarietà, secondo il quale lo Stato deve offrire la gestione dei servizi sociali in primo luogo alle organizzazioni senza scopo di lucro, in Germania queste istituzioni costituiscono *de facto* un monopolio nella fornitura dei servizi sociali.²⁴

In Francia, il crescente intervento pubblico tra il 1945 e il 1975 ha determinato una progressiva dipendenza delle associazioni *no profit* dai finanziamenti statali e, contestualmente, una diminuzione graduale dell'apporto volontario, per lasciare spazio al lavoro retribuito.

A partire dalla metà degli anni Ottanta, a causa della crescita della domanda di servizi alla persona, la spesa pubblica per i servizi sociali ha iniziato a risultare insufficiente: essa era infatti legata a risorse che dipendevano dal tasso di crescita economica. Il suo rallentamento ha determinato la crisi dello Stato sociale, tanto che lo sviluppo dei servizi di prossimità è sempre più spesso visto come un modo per frenare la spesa sociale, oltre che per creare posti di lavoro. (Laville, 2001, p. 128).

1.3.3. Sistemi con ridotta capacità di offerta privata

Nei Paesi mediterranei, nei quali è possibile registrare una presenza di unità di offerta private più ridotta rispetto agli ordinamenti sopra descritti, i servizi sociali sono caratterizzati da una presenza affatto marginale di istituzioni pubbliche (locali) impegnate nell'erogazione degli stessi e da una consistente rilevanza delle voci del bilancio statale relative ai trasferimenti. Tuttavia, in questi ultimi anni, Italia, Spagna e Portogallo hanno percorso, più di altri Paesi, strade innovative che coniugano aderenza ai bisogni, innovatività e capacità di auto-organizzazione (Borzaga, Santuari, 1998, Capitoli su Italia, Spagna e Portogallo).

Anche la Grecia, sia pure in misura minore e più contraddittoria, si sta muovendo in questa direzione (Borzaga, Santuari, 1998, Capitolo sulla Grecia). Le organizzazioni private che vendono servizi di interesse collettivo assumono una molteplicità di forme: associazioni, fondazioni, cooperative, società di persone o di capitali. Tuttavia, la grande maggioranza delle iniziative ha una esplicita finalità sociale o comunque collettiva e si richiama ad esperienze che affondano le radici nel *no profit* e nel volontariato. I Paesi mediterranei stanno dunque progressivamente evolvendo verso un modello composito di finanziamento e gestione pubblici e privati.

In generale, comunque, in Europa risulta prevalere una visione in cui il ricorso all'offerta privata, soprattutto quando è in sostituzione di offerta pubblica, va finanziato totalmente o almeno parzialmente da fondi pubblici. Pur in presenza di questa visione, un ruolo importante assumono le iniziative a completamento dell'intervento pubblico per tutti quei servizi che non sono prodotti, in tutto o in parte, o finanziati dal sistema pubblico di *welfare*, ma di cui esistono

²⁴ Sull'applicazione del principio di sussidiarietà in Germania, si veda Montagner, 2003, pp. 197-205.

il bisogno o una domanda latente.²⁵ In tutti i Paesi si sta facendo strada la convinzione che esista una disponibilità ad acquistare servizi di *welfare*, che può essere stimolata ad esempio attraverso la concessione di agevolazioni, soprattutto fiscali, e di sostegni a favore dei gruppi più svantaggiati per garantire uguaglianza di accesso ai servizi.²⁶

1.4. Il ruolo della Corte di giustizia dell'Unione europea e la Carta dei diritti fondamentali dei cittadini

Ancorché le istituzioni comunitarie abbiano favorito, nel corso degli ultimi anni, un approccio unitario e sovranazionale nei confronti delle prestazioni sociali e quindi dei servizi sociali, l'ordinamento europeo non può che evidenziare differenze e distanze all'interno dei singoli Stati membri. A sostegno di un approccio armonico nei confronti dei sistemi di protezione sociale e dei diritti sociali ad essi connessi all'interno dell'Unione europea,²⁷ la Corte di giustizia ha elaborato e affermato, nel corso dei decenni,²⁸ un *corpus* unitario dei diritti sociali e di cittadinanza.²⁹ La Corte ha, quindi, enucleato un patrimonio costituzionale comune degli Stati membri mediante il quale è riuscita, con un lavoro lento ma costante, ad integrare - formalmente limitandosi ad interpretarli - i trattati ha contribuito alla costruzione di uno spazio

²⁵ Menichetti (2003, p. 118) si interroga sull'effettivo ruolo "sussidiario" delle istituzioni statali rispetto alle organizzazioni senza scopo di lucro.

²⁶ *Sino ad oggi le politiche pubbliche di sostegno alle imprese sociali hanno seguito per lo più un approccio "minimalista", che si è tradotto in microinterventi volti a superare problemi specifici. Occorre, invece, un approccio di portata più ampia, che tenga debitamente conto delle caratteristiche e del ruolo delle imprese sociali. La strategia implicita in questo approccio dovrebbe essere quella di far sì che le imprese sociali operino congiuntamente con le istituzioni pubbliche e con le imprese for profit, in qualità di soggetti pienamente imprenditoriali. Le politiche pubbliche, che attualmente sostengono le imprese sociali prevalentemente con interventi specifici e (non di rado) marginali, dovrebbero assumere orizzonti molto più ampi [...].* (Borzaga, Defourny, 2001b, p. 343).

²⁷ *Le Comunità europee nascono, com'è noto, quali organismi di diritto internazionali tesi allo sviluppo delle relazioni commerciali e industriali: organizzazioni internazionali che intravedono, in una prospettiva lontanissima, un futuro di integrazione culturale, politica e sociale ma che operano in un presente di attività imprenditoriali [...] bisognerà attendere l'Atto unico europeo del 1986 per vedere l'inserimento nei trattati del rafforzamento della coesione economica e sociale quale obiettivo.* (Bianchi, 2010, p. 123)

²⁸ La politica sociale viene ad assumere una rilevanza maggiore rispetto ai periodi precedenti nel corso degli anni 2000,

in quanto si afferma l'idea del suo legame stretto con lo sviluppo economico; si ritiene infatti che la spesa per una adeguata politica sociale non è improduttiva ma, investendo in risorse umane, non può che avere effetti economici positivi. (Dal Pra Ponticelli, 2008, pp. 1002-1003)

²⁹ *La creazione del patrimonio dei diritti dei cittadini comunitari è stata essenzialmente opera della giurisprudenza della Corte di giustizia, che ha enucleato un patrimonio costituzionale comune degli stati membri mediante il quale è riuscita, con un lavoro lento ma costante, ad integrare - formalmente limitandosi ad interpretarli - i trattati.* (Dal Pra Ponticelli, 2008, pp. 1002-1003).

uniforme di diritti, un denominatore comune fra tradizioni giuridiche e sensibilità diverse, nella direzione di una più compiuta cittadinanza europea. In modo particolare, l'attenzione della Corte di Lussemburgo³⁰ si è incentrata sulle previsioni contenute nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.³¹

1.4.1. Ruolo della Carta

Benché si tratti di un documento dal contenuto eminentemente dichiarativo,³² la Carta rappresenta ad oggi un atto essenziale in cui sono contenuti i diritti di libertà ed eguaglianza.³³ Fin dall'art. 1, rubricato "Dignità umana", si può inferire la *mission* della Carta, che può essere identificata nella intenzione delle istituzioni europee di garantire il senso generale dei diritti sociali.³⁴ Invero, i diritti di tutela enunciati in favore dei soggetti deboli negli art. 25, 26, e

³⁰ L'azione interpretativa della Corte europea di giustizia ha contribuito alla costruzione di uno spazio uniforme di diritti, un denominatore comune fra tradizioni giuridiche e sensibilità diverse, nella direzione di una più compiuta cittadinanza europea. Al riguardo, preme tuttavia evidenziare che sia i giudici nazionali sia quelli comunitari hanno fatto riferimento, in questi anni, alla Carta dei diritti dei cittadini europei

sostanzialmente come ad una fonte culturale anziché propriamente giuridica: una sorta di documento riepilogativo del "patrimonio costituzionale comune" cui tante volte si era richiamata la Corte di giustizia, privo di efficacia giuridica ma utile a rafforzare le argomentazioni impiegate nella soluzione del caso di specie. (Bianchi, 2010, p. 126)

³¹ 2000/C 364/01, 18 dicembre 2000. Si rammenta che la Carta scaturì dal lavoro di una apposita Convenzione istituita dal Consiglio di Colonia del 3-4 giugno 1999:

[L]a Convenzione, insediata nel dicembre 1999, si confrontò ben presto con la questione dei diritti sociali. Ancora una volta la Gran Bretagna, oltre a contrastare in radice l'idea di un Bill of Rights continentale, espresse la sua contrarietà in particolare riguardo all'inserimento di diritti sociali nel catalogo. La sua posizione fu sostenuta dai rappresentanti svedesi: in tal modo, entrambi i paesi creatori di modelli di welfare state si schieravano contro la loro costituzionalizzazione. Le ragioni erano molteplici [...] Infine, e più radicalmente, lo scontro era sulla necessità di configurare quelli all'assistenza, all'istruzione, alla salute, come diritti in senso pieno o piuttosto come settori nei quali l'Unione realizza delle policies. (Bianchi, 2010, p. 125)

³² In dottrina, si è richiamata la

specifica natura di atto dichiarativo dell'esistente privo di efficacia giuridica. (Menichetti, 2003, p. 97).

³³ Ancorché la Carta sia stata spesso considerata alla stregua di una fonte culturale anziché propriamente giuridica, essa contiene fondamentali disposizioni in ordine ai diritti degli anziani (art. 25), all'inserimento delle persone con disabilità (art. 26) e alla sicurezza sociale e assistenza sociale (art. 34). La Carta, conseguentemente, richiama l'essenza dei diritti sociali e di cittadinanza, i quali diventano elemento centrale degli interventi e delle azioni dei singoli ordinamenti giuridici. Con la Carta UE dei diritti fondamentali l'accesso alle prestazioni non è più rimesso alla (incerta) intermediazione legislativa, bensì considerato un vero e proprio diritto già a livello sovraordinato.

³⁴ Senso generale e non "giuridicamente" specifico che si coglie nella decisione del Consiglio europeo di Nizza, chiamato ad approvare la Carta dei diritti il 7 dicembre 2000,

34³⁵ richiamano l'essenza dei diritti sociali e di cittadinanza, i quali diventano elemento centrale degli interventi e delle azioni dei singoli ordinamenti giuridici.³⁶

Di seguito si cerca di analizzare le disposizioni contenute negli articoli sopra richiamati, al fine di individuare i livelli essenziali delle prestazioni che possono esservi sottesi e indicati.

Art. 25 - Diritti degli anziani

Il tenore letterale dell'articolo sembra orientare l'azione e gli interventi a favore della popolazione anziana secondo due direttrici:

- autonomia della persona anziana;
- partecipazione della persona anziana al e nel contesto territoriale in cui è inserita.

Secondo i parametri nazionali, per quanto attiene alla sfera dell'autonomia/indipendenza si possono individuare alcuni interventi essenziali quali possibili risposte alle aspettative:

di non scegliere: la Carta viene sì sottoscritta e approvata, ma gli stati membri non prendono posizione sulla sua natura giuridica. In sostanza la Carta dei diritti non entra a far parte né del corpus dei trattati né del diritto da essi derivato. (Menichetti, 2003, p. 126).

Anche il Trattato di Lisbona, approvato e ratificato da tutti gli Stati membri ed entrato in vigore il 1° dicembre 2009, non contempla la Carta dei diritti nel *corpus* del trattato:

L'Unione riconosce i diritti, le libertà e i principi sanciti nella Carta dei diritti fondamentali [...], che ha lo stesso valore giuridico dei trattati. (Art. 6 TUE).

³⁵ *Art. 25 - Diritti degli anziani - L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale.*

Art. 26 - Inserimento delle persone con disabilità - L'Unione riconosce e rispetta il diritto delle persone con disabilità di beneficiare di misure intese a garantirne l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità.

Art. 34 - Sicurezza sociale e assistenza sociale

1. L'Unione riconosce e rispetta il diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza sociale e ai servizi sociali che assicurano protezione in casi quali la maternità, la malattia, gli infortuni sul lavoro, la dipendenza o la vecchiaia, oltre che in caso di perdita del posto di lavoro, secondo le modalità stabilite dal diritto dell'Unione e le legislazioni e prassi nazionali.

2. Ogni persona che risieda o si sposti legalmente all'interno dell'Unione ha diritto alle prestazioni di sicurezza sociale e ai benefici sociali, conformemente al diritto dell'Unione e alle legislazioni e prassi nazionali.

3. Al fine di lottare contro l'esclusione sociale e la povertà, l'Unione riconosce e rispetta il diritto all'assistenza sociale e all'assistenza abitativa volte a garantire un'esistenza dignitosa a tutti coloro che non dispongano di risorse sufficienti, secondo le modalità stabilite dal diritto dell'Unione e le legislazioni e prassi nazionali.

³⁶ È proprio sulla "dicotomia tra diritti e politiche sociali" che l'azione di integrazione a livello comunitario sconta un necessario livello di compromesso tra le diverse istanze. Sembra, come è stato richiamato in dottrina, che "[...] soprattutto, la formulazione delle disposizioni" è "tale da lasciare del tutto impregiudicato il livello di tutela o il contenuto del diritto enunciato" (Bianchi, 2010, p. 125). Conseguentemente, è al diritto comunitario e alle legislazioni e prassi nazionali che spetta il dovere di definire le modalità per assicurare l'esigibilità dei diritti in parola.

- azioni/interventi a favore della domiciliarità;
- azioni/interventi a favore della prevenzione;
- azioni/interventi monetari miranti a mantenere la persona anziana indipendente.

In ordine alla partecipazione della persona anziana alla vita sociale e culturale, si possono individuare:

- azioni/interventi di socializzazione;
- azioni/interventi di formazione/informazione;
- azioni/interventi volti a promuovere forme di volontariato attivo.

Si tratta di azioni/interventi che possono risultare contemplati nelle seguenti attività:

- centri diurni;
- servizi di telemedicina e telesoccorso;
- consegna presidi e farmaci a domicilio;
- assistenza domiciliare integrata;
- università della terza età;
- attività volontariato a favore delle scuole o similari;
- trasporto sociale;
- assistenza familiare.

Sotto il profilo giuridico-organizzativo e gestionale, questi servizi possono essere:

- gestiti direttamente dagli Enti locali a mezzo di proprie strutture di diritto pubblico;
- coordinati dall'Ente locale territoriale ed erogati da parte delle organizzazioni non lucrative e *for profit* operanti su quel territorio;
- coordinati dagli Enti locali ed erogati da strutture miste pubblico-private.

Art. 26 - Inserimento delle persone con disabilità

Anche per l'inserimento dei disabili possono valere alcuni aspetti già considerati per gli anziani. In particolare, la Carta favorisce il sostegno a politiche di intervento volte a prevedere percorsi di vita autonomi, di inserimento lavorativo e di inserimento nel contesto sociale e civile del territorio. A questo riguardo, si possono quindi prevedere le seguenti linee di intervento:

- misure di sostegno all'inserimento lavorativo;
- misure economiche a sostegno dei disabili;
- trasporto sociale;
- assistenza domiciliare.

In termini di declinazione strutturale, le linee di azione possono tradursi nei seguenti servizi:

- centri diurni;
- laboratori protetti;
- assistenza domiciliare integrata;
- progetti rivolti ad assicurare assistenza e cura ai figli con disabilità a seguito della morte dei genitori (c.d. "dopo di noi").

Sotto il profilo giuridico-organizzativo, si tratta di servizi che, per quanto riguarda il contesto italiano, sono tradizionalmente appannaggio delle organizzazioni *no profit* e delle cooperative sociali di tipo B. In epoca recente, alcuni territori hanno cominciato a sperimentare gestioni miste pubblico-privato, in particolare attraverso la costituzione di fondazioni di partecipazione.

Art. 34 - Sicurezza sociale e assistenza sociale

L'art. 34 costituisce il "programma" degli interventi che a livello comunitario le istituzioni europee intendono conseguire, facendo uscire il settore dei servizi sociali dalla condizione di minorità comunitaria.³⁷ Infatti, sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi, l'articolo in parola rappresenta una tappa fondamentale nel percorso di riconoscimento dei diritti essenziali per i cittadini europei. Si noti che non si tratta di un riconoscimento *ex novo*, in quanto i diritti già erano (e sono) previsti nelle legislazioni dei singoli Stati membri e già iscritti in precedenti documenti comunitari. La novità che si deve rilevare riguarda la posizione primaria che l'art. 34 assume nella scala gerarchica delle fonti normative e quindi delle garanzie assicurate ai singoli cittadini europei.³⁸ In una logica di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, ancorché le previsioni dell'art. 34 possano essere individuate quali "ricognitive" e prive di implementazione operativa,³⁹ nei contenuti dell'articolo si scorge una importante declinazione, a livello comunitario, della rilevanza del tema relativo ai servizi sociali.⁴⁰

³⁷ Menichetti sottolinea che l'origine delle disposizioni contenute nell'art. 34

può essere rintracciata negli artt. 13 e 14 della Carta sociale europea del 1961 così come riveduta a Strasburgo il 3 maggio 1996, aventi rispettivamente a oggetto "effettivo esercizio del diritto all'assistenza sociale e medica» e del «diritto a usufruire dei servizi sociali", e nel par. 10, c. 2 della Carta comunitaria dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori adottata a Strasburgo il 9 dicembre 1989 riguardante l'obbligo di "erogare prestazioni e risorse sufficienti" in capo alle "persone escluse dal mercato del lavoro [...] e che sono prive di mezzi di sostentamento". (Menichetti, 2003, pp. 98-99, nota 41).

³⁸ Infatti,

con la Carta dei diritti fondamentali UE l'accesso alle prestazioni non sarà più rimesso alla (incerta) intermediazione legislativa, bensì considerato un vero e proprio diritto già a livello sovraordinato. (Menichetti, 2003, p. 100).

³⁹ Al riguardo, si è osservato che

il valore dell'esplicito riconoscimento del diritto all'assistenza sociale (e all'abitazione), peraltro, sembra possa essere ricondotto a una mera ricognizione di quanto già previsto nei singoli Stati membri, come dimostra la preoccupazione, da un lato, di precisare che non esiste alcun obbligo di istituzione di nuovi servizi sociali laddove esse non preesistano; dall'altro, di omettere ogni indicazione in materia di organizzazione, finanziamento e contenuto delle singole prestazioni. (Menichetti, 2003, p. 101).

⁴⁰ Invero, preme evidenziare che la Carta rappresenta il passaggio da una concezione di diritto sociale all'assistenza "non più come «limite» rispetto alle libertà economiche, bensì «compito» e «valore»". (Menichetti, 2003, p. 103). Non può certo revocarsi in dubbio che "l'emersione [del solo, *nda*] diritto", in funzione di indicare "la doverosità del relativo compito, senza preordinare in alcun modo i mezzi per il suo raggiungimento" (Menichetti, 2003, p. 103) non agevoli la definizione dei livelli essenziali delle

Si può ritenere, in specie ai fini del presente contributo, che l'art. 34 delinea due dimensioni fondamentali dell'azione nel comparto socio-assistenziale: le "aree" di tutela e la lotta all'esclusione sociale e alla povertà.

Prima dimensione: le "aree" di tutela

L'affermazione "l'Unione riconosce l'accesso alle prestazioni di sicurezza sociale e ai servizi sociali", che per molti aspetti ricorda quanto contenuto nell'art. 22 della Legge n. 328/2000, individua il diritto esigibile di ciascun cittadino europeo di potere liberamente fruire dei servizi e degli interventi di natura sociale che riguardano:

- tutela della maternità;
- casi di malattia;
- infortuni sul lavoro;
- dipendenza o vecchiaia;
- disoccupazione.

Ovviamente, si tratta di servizi e interventi che dovranno essere implementati secondo le modalità stabilite dalle norme comunitarie e da quelle dei singoli Stati nazionali. Tuttavia, non può revocarsi in dubbio la valenza programmatica di quanto statuito nell'art. 34, atteso soprattutto il diritto di libera circolazione dei cittadini all'interno dell'Unione europea.

Seconda dimensione: lotta all'esclusione sociale e alla povertà

Il fenomeno della povertà e dell'emarginazione, nei molteplici volti che esso assume, anche quelli più negletti ovvero controversi, obbliga la collettività intera a mettere in discussione la propria capacità di accoglienza. In termini moderni, si tratta di una riedizione di situazioni economiche e sociali che già in passato hanno interessato e attraversato l'Europa.

La crisi economica e finanziaria ha ulteriormente evidenziato che, in molti casi, ci si trova di fronte a fenomeni di nuove povertà e di esclusione sociale che interrogano istituzioni, imprese e soggetti *no profit* circa le modalità più adeguate ed efficaci per affrontare le situazioni di disagio.

In questo contesto, il 2010 è stato dichiarato l'Anno europeo della lotta alla povertà e all'esclusione sociale. Gli obiettivi chiave che l'Unione europea ha inteso realizzare hanno mirato ad aumentare la consapevolezza dei cittadini nei confronti di queste problematiche e di rinnovare l'impegno politico delle istituzioni comunitarie e degli Stati membri rispetto alla lotta alla povertà e all'esclusione sociale. In particolare, il principio guida dell'Anno europeo 2010 è stato quello di dare voce alle persone vittime della povertà e dell'esclusione sociale e di ispirare

prestazioni, i quali necessariamente debbono essere contemplati all'interno di un quadro istituzionale e organizzativo dato. Tuttavia, l'affermazione delle situazioni soggettive cui collegare l'erogazione delle prestazioni e dei servizi integra un passaggio fondamentale, perché quei servizi e quegli interventi devono essere comunque assicurati, a prescindere dalla natura pubblica ovvero privata dell'unità erogatrice.

un coinvolgimento diretto dei cittadini europei e degli altri attori istituzionali. L'Anno europeo ha mirato inoltre a mettere in discussione gli stereotipi e la percezione collettiva della povertà.

Abbracciando i principi europei di solidarietà e collaborazione, il 2010 ha rappresentato un appello ad affrontare in modo deciso le cause della povertà, per garantire a tutti i cittadini la possibilità di svolgere appieno la propria parte nella società. In questa logica, l'Anno europeo si è posto in linea di continuità con la previsione dell'art. 34, comma 3 della Carta UE dei diritti fondamentali dei cittadini, che dispone circa il riconoscimento da parte dell'Unione europea del "diritto all'assistenza sociale e all'assistenza abitativa" quali interventi e azioni "volte a garantire un'esistenza dignitosa a tutti coloro che non dispongano di risorse sufficienti".

1.5. Servizi sociali come "servizi di interesse generale"

Nel 2004 la Commissione europea include i servizi sociali all'interno del *Libro bianco sui servizi di interesse generale* (Commissione europea, 2004), documento elaborato a seguito dell'ampio dibattito che si era sviluppato intorno al precedente *Libro verde* sullo stesso tema del 2003 (Commissione europea, 2003).

La Commissione riconosce ai servizi sociali di interesse generale un ruolo fondamentale in quanto elemento centrale del modello europeo di società. Tali servizi, basati sul principio di solidarietà, essendo indirizzati alla persona, sono riconosciuti come garanzia del fatto che i cittadini possano beneficiare concretamente dei loro diritti fondamentali, nonché contare su un elevato livello di protezione sociale.

Pur richiamando la competenza dei singoli Stati membri in ordine alla definizione delle funzioni e degli obiettivi dei servizi sociali e sanitari, la Commissione evidenzia l'utilità dell'intervento comunitario per sviluppare un approccio sistematico per l'individuazione e la determinazione delle caratteristiche peculiari dei servizi, nonché per chiarire il quadro nell'ambito del quale essi possano essere gestiti e modernizzati. In particolare, la Commissione richiama alcuni principi che ritiene fondamentali al fine di assicurare la fruizione dei servizi di interesse generale e quindi anche dei servizi sociali e sanitari:

- universalità dell'accesso, come possibilità di tutti i cittadini e di tutte le imprese di accedere a servizi di alta qualità e a prezzi abbordabili in tutti gli Stati membri al fine della promozione della coesione sociale e territoriale nell'Unione europea;
- alti livelli di qualità e sicurezza per garantire i diritti dei consumatori e degli utenti;
- rispetto della diversità dei servizi oltre che delle esigenze e preferenze degli utenti anche in relazione alle differenze delle varie realtà territoriali, sociali, economiche e culturali;
- trasparenza per garantire che le autorità pubbliche possano esercitare le proprie competenze e che le scelte siano fatte su base democratica e successivamente rispettate;

- controllo e valutazione delle prestazioni, in quanto le valutazioni e i controlli sistematici sono considerati strumento essenziale per mantenere e sviluppare all'interno dell'Unione europea dei servizi di interesse generale accessibili, di alta qualità, efficienti e a prezzi abbordabili.⁴¹

Nel 2006, con una specifica Comunicazione,⁴² la Commissione interviene nuovamente sul tema dei servizi sociali, in particolare per chiarire il quadro della loro gestione e sollecitare gli Stati membri ad avviare processi di modernizzazione anche nell'ambito dei servizi sociali. Questi sono definiti come pilastri della società e dell'economia europee per il loro apporto alla realizzazione dei seguenti obiettivi e valori essenziali della Comunità:

- raggiungimento di un elevato livello occupazionale e di protezione sociale,
- raggiungimento di un elevato livello di protezione della salute,
- parità fra gli uomini e le donne,
- coesione economica, sociale e territoriale.

La Commissione richiama il valore specifico dei servizi sociali, determinato dal carattere vitale dei bisogni che i servizi medesimi sono destinati a soddisfare, garantendo così l'applicazione dei diritti fondamentali della dignità e dell'integrità della persona. La Comunicazione del 2006 della Commissione europea interviene anche nel contesto organizzativo dei servizi sociali, definendone le principali caratteristiche:⁴³

- il principio di solidarietà, necessario in particolare in caso di mancata selezione dei rischi o in caso di mancanza, a livello individuale, di un'equivalenza fra versamenti e prestazioni;
- le caratteristiche della globalità e della personalizzazione, che integra la risposta ad esigenze diverse in modo da garantire i diritti fondamentali e tutelare le persone più vulnerabili;
- l'assenza frequente dello scopo di lucro, spesso collegata alle radici storiche e alla tradizione di quel servizio, con l'obiettivo di affrontare le situazioni più difficili,
- la partecipazione del volontariato, espressione delle capacità della cittadinanza;
- il forte radicamento connesso a tradizioni culturali locali, spesso espresso nella prossimità con il beneficiario e della rispondenza alle sue esigenze specifiche;

⁴¹ Nel prosieguo della trattazione ci si riferisce ai servizi sociali che sottendono la presenza di attività di natura imprenditoriale: sono conseguentemente esclusi da tale novero le prestazioni erogate dal servizio sociale professionale, le erogazioni monetarie, le attività di promozione istituzionale, le attività di tutela, le attività di prevenzione.

⁴² Commissione europea, 2006. La Comunicazione COM (2006) 177 def. fa seguito al *Libro bianco* e al programma comunitario di Lisbona (SEC (2005) 981 del 20 luglio 2005).

⁴³ Si rammenta che gli Stati membri mantengono competenza propria - e quindi primaria - nella definizione dei sistemi di protezione sociale e sanitaria. Infatti, costituisce una prerogativa collegata alla sovranità nazionale dei singoli Stati membri quella relativa alla selezione dei bisogni essenziali, alla loro qualificazione come meritevoli di essere equiparati ad interessi pubblici, nonché alla predisposizione di modelli organizzativi idonei al soddisfacimento dei medesimi bisogni, ivi compresa la funzione di accreditamento e autorizzazione dei soggetti deputati all'erogazione delle prestazioni richieste dal sistema.

- la complessità e la diversificazione dei rapporti fra i fornitori e i beneficiari del servizio che non può assimilarsi a rapporti fornitore/consumatore e che richiede la partecipazione finanziaria di terzi.

La Comunicazione del 2006 affronta inoltre il tema della modernizzazione dei servizi, sollecitando gli Stati membri a prendere in esame l'introduzione dei seguenti "correttivi":

- metodi di controllo della qualità e di partecipazione degli utenti alla gestione;
- decentralizzazione dell'organizzazione dei servizi verso un livello locale o regionale,
- esternalizzazione dei compiti del settore pubblico verso quello privato,
- sviluppo di *partnership* tra pubblico e privato
- ricorso a forme complementari di finanziamento a quello pubblico.

La Commissione ritiene che anche ai servizi sociali si debba applicare un certo livello di concorrenzialità che, considerata la crescente esigenza di rispondere alle e prendere in carico le esigenze particolari di ciascun individuo, determina l'affermarsi di un'economia sociale, contrassegnata tra l'altro dal ruolo importante delle organizzazioni senza scopo di lucro. Queste ultime costituiscono pertanto attori essenziali nel processo di erogazione e, conseguentemente, di fruizione delle prestazioni sociali, assumendo responsabilità proprie nel quadro complessivo delle garanzie circa i livelli essenziali delle prestazioni.

In una Comunicazione dell'anno successivo (Commissione europea, 2007), la Commissione conferma la specificità dei servizi sociali e ribadisce l'importanza degli stessi per la realizzazione degli obiettivi fondamentali dell'Unione europea, quali la coesione sociale, economica e territoriale, il raggiungimento di un elevato livello di occupazione, l'integrazione sociale e la crescita economica, nonché la stretta interconnessione con le realtà locali. La Comunicazione in parola descrive gli obiettivi e i principi che debbono informare i servizi sociali, i quali:

- devono essere servizi orientati sulla persona, destinati a rispondere ad esigenze umane essenziali, in particolare quelle di soggetti in situazioni di vulnerabilità;
- devono fornire protezione da rischi generali e specifici della vita e aiutano a superare difficoltà o crisi personali;
- devono essere erogati alle famiglie nel contesto di relazioni familiari in evoluzione, le sostengono nella cura dei piccoli e degli anziani, nonché dei portatori di disabilità, e compensano eventuali incapacità delle famiglie;
- sono essenziali per la salvaguardia dei diritti umani fondamentali e della dignità umana;
- svolgono un ruolo di prevenzione e di coesione sociale nei confronti di tutta la popolazione, indipendentemente dal patrimonio o dal reddito;
- contribuiscono alla non discriminazione, alla parità tra i generi, alla tutela della salute umana, al miglioramento del tenore e della qualità di vita nonché a garantire pari opportunità per tutti, aumentando quindi la capacità dei singoli di partecipare pienamente alla società.

La Commissione europea sembra consapevole che l'affermazione (garanzia) dei diritti sociali debba necessariamente "transitare" per le concrete ed effettive modalità attraverso cui i servizi sociali risultano essere organizzati e finanziati nei singoli Stati membri. A tal fine, la Comunicazione del 2007 stabilisce che:

- per rispondere alle molteplici esigenze delle singole persone, il servizio sociale deve essere globale e personalizzato, concepito e realizzato in maniera integrata; esso richiede spesso un rapporto personale tra il ricevente e l'erogatore;
- la definizione e la realizzazione di un servizio devono tenere conto della diversità degli utenti;
- nella risposta alle esigenze di utenti vulnerabili, il servizio sociale è spesso caratterizzato da una relazione asimmetrica tra i prestatori e i beneficiari, diversa dalla relazione commerciale tra fornitore e consumatore;
- poiché tali servizi sono spesso radicati in tradizioni culturali (locali), si preferiscono soluzioni adeguate alle specificità della situazione locale, che garantiscono la prossimità tra il prestatore e l'utente e al contempo parità di accesso ai servizi su tutto il territorio;
- i prestatori necessitano spesso di ampia autonomia per rispondere alla varietà e all'evolversi delle esigenze sociali.

La Commissione riconosce l'esigenza di definire un'adeguata organizzazione e gestione dei servizi sociali a livello locale, in modo che i servizi di interesse generale possano effettivamente assolvere la loro missione e contribuire a migliorare la qualità di vita dei cittadini europei.

1.6. Trattato di Lisbona

La dimensione territoriale sembra avere acquisito una sua specifica collocazione anche all'interno del Trattato di Lisbona, firmato il 13 dicembre 2007 ed entrato in vigore il 1° dicembre 2009. Con esso, infatti, il precedente titolo XIV "Coesione economica e sociale" del Trattato che istituisce la Comunità europea (TCE) è stato sostituito con il nuovo titolo XVII che ha assunto la denominazione "Coesione economica, sociale e territoriale".⁴⁴

Del Trattato di Lisbona in questa sede preme soprattutto richiamare il fatto che con esso si introduce la "clausola sociale orizzontale", secondo la quale le *policy* comunitarie devono tenere in conto le esigenze sociali al fine di assicurare la coerenza tra le differenti politiche e gli obiettivi sociali.⁴⁵ Deve tuttavia essere ricordato che l'effettiva esigibilità dei diritti sociali

⁴⁴ *Appare [...] lecito chiedersi in cosa il concetto di coesione territoriale differisca da quelli di coesione economica e sociale, e cosa la prima aggiunga alle ultime due. Soprattutto appare lecito interrogarsi sul percorso che dalla coesione territoriale conduce - ovvero, dovrebbe condurre - alla coesione economica e sociale, intesa quest'ultima quale irrinunciabile obiettivo (finale, e non solo transitorio e strumentale) delle politiche comunitarie.* (Balboni, 2008, p. 5).

⁴⁵ Come è stato osservato, *[c]iò implica che le politiche europee debbano assicurare la promozione di un livello di impiego dignitoso, la garanzia di una protezione sociale adeguata, la lotta all'esclusione sociale, così come un buon livello di istruzione, di formazione e tutela della salute.* (Degryse, Pochet, 2010, p. 186-187).

dipende dalla loro "concretizzazione politica e giuridica", implementazione che è attribuita ai singoli Stati membri.⁴⁶

Benché dunque si debba riconoscere una "dicotomia tra diritti e politiche sociali" (Bianchi, 2010, p. 125), non deve essere sottaciuto il livello di riconoscimento che, seppure di natura ricognitiva e dichiarativa, a livello europeo si è introdotto in ordine ai servizi sociali e ai diritti ad essi collegati. Se da un lato è pur vero che l'ambito di realizzazione dei diritti sociali rimane lo Stato membro e non l'Unione, dall'altro l'incremento degli spazi di movimento all'interno della Comunità da parte dei cittadini europei renderà, nel prossimo futuro, necessario addivenire a una condivisione dei diritti sociali e non solo all'integrazione e ravvicinamento delle politiche sociali.

I servizi sociali in ambito UE devono:

- essere vicini ai bisogni degli utenti,
- rispettare la diversità dei servizi,
- realizzare un alto livello qualitativo, di affidabilità e di sicurezza,
- assicurare un equo trattamento e accesso universale.

1.7. Livelli essenziali delle prestazioni: assistenza tra servizio sociale e attività economica

Accanto alle definizioni "statiche" dei diritti esigibili a livello europeo, si ritiene opportuno aggiungere anche le implementazioni "dinamiche", ossia quelle che riguardano le modalità operative attraverso le quali i livelli essenziali delle prestazioni sociali possono (*rectius*: devono) essere assicurati. In questo senso, i servizi sociali, per molto tempo attratti a livello comunitario in una sorta di zona franca, hanno cominciato ad attirare l'attenzione delle istituzioni europee soprattutto in materia di concorrenza.⁴⁷ La Corte di Lussemburgo si è dedicata al tema, qualificando "attività economica" anche un'attività potenzialmente tale, ossia un'attività che in forza di una valutazione *ex ante* possa essere svolta sul mercato da soggetti privati.⁴⁸ Al riguardo, è comunque opportuno ricordare che i servizi sociali sono caratterizzati da una loro propria specificità, atteso che:

⁴⁶ È quanto statuito dal Tribunale costituzionale tedesco nella cosiddetta "sentenza Lisbona", nella quale i giudici tedeschi affermano che

la sicurezza dell'esistenza del singolo, un compito dello stato fondato non solo sul principio dello stato sociale ma anche sull'art. 1, co. 1, Legge fondamentale, deve restare compito primario degli stati membri, il che non esclude un coordinamento fino a un graduale ravvicinamento. Questo corrisponde alle possibilità dell'Unione europea, in punto di diritto e di fatto ristrette, di formare proprie strutture di stato sociale. (Bianchi, 2010, p. 128)

⁴⁷ Sull'argomento, si veda il Parere del Comitato economico e sociale dal titolo "I servizi sociali privati senza scopo di lucro nel contesto dei servizi di interesse generale in Europa", in GUCE, 2001, C-311, pp. 33 ss.

⁴⁸ Si vedano le sentenze citate in Menichetti, 2003, p. 108, nota 65.

- il loro profilo non è standardizzabile;
- essi vengono erogati in base al bisogno avvertito e non in funzione di chi li eroga;⁴⁹
- essi "sottendono un'interazione personale di carattere peculiare e ad alto contenuto relazionale tra chi li produce e chi li riceve" (Menichetti, 2003, pp. 110-111).

Pertanto, seppure non di facile individuazione, occorre tracciare una linea di demarcazione tra servizi sociali alla persona, riconducibili a un concetto di pubblico servizio, e servizi altri, assoggettati al principio della libertà di concorrenza. È l'impossibilità di definire chiaramente i confini tra questi due "mondi" che forse ha spinto molti ordinamenti giuridici europei ad organizzare il funzionamento dei servizi sociali nel contesto di quasi-mercati. Essi sono caratterizzati dalla ridotta presenza delle istituzioni pubbliche quali unità di offerta, affinché sia sostenuto il pluralismo dei soggetti potenziali erogatori di servizi, mantenendo comunque la responsabilità del finanziamento e della regolazione dei servizi stessi in capo agli enti pubblici.

Nel rinnovato contesto pluralista a livello europeo all'interno dei quasi-mercati, è dato osservare il fenomeno delle organizzazioni *no profit* e delle imprese sociali che, in questi ultimi decenni, possono essere a ragione definite quale "denominatore comune" di molti sistemi sociali europei. Del loro ruolo e delle funzioni da esse svolte, in specie quando si tratta di interventi e azioni che sottendono valutazioni di natura economico-imprenditoriale, si è occupata anche la Corte di giustizia dell'Unione europea. In un'occasione, la Corte di Lussemburgo ha statuito che l'attribuzione di "diritti speciali" a favore delle organizzazioni non lucrative, cui nel caso di specie era stato affidato il servizio di trasporto malati in ambulanza, non impedisce di qualificare detta attività come attività economica e conseguentemente le organizzazioni dedite allo svolgimento di tale attività economica quali imprese, evidenziando, nelle proprie conclusioni, la compatibilità tra natura *no profit* di un'organizzazione e qualificazione imprenditoriale della medesima.⁵⁰ Si tratta di una compatibilità "funzionale" alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, poiché la natura imprenditoriale dell'attività svolta per conseguire la finalità solidaristica sottende un certo livello di sostenibilità economica di quel determinato servizio, aumentando di conseguenza le risorse a disposizione per l'erogazione del servizio.

In questa direzione, la Commissione europea ha espresso il suo *favor* verso un approccio più "inclusivo" nei confronti dei servizi sociali e delle modalità gestionali e organizzative degli stessi in due distinti documenti:

- nel *Libro verde sui servizi di interesse generale* (Commissione europea, 2003, par. 44);⁵¹
- nella Comunicazione "Attuazione del programma comunitario di Lisbona: i servizi sociali d'interesse generale nell'Unione europea" (Commissione europea, 2006).

Preme evidenziare che in entrambi i documenti, l'Esecutivo comunitario giunge a riconoscere che, ai fini del corretto inquadramento imprenditoriale delle attività svolte, anche nel settore dei servizi sociali si debba prescindere dallo *status* giuridico (*rectius: no profit*) dell'unità di offerta

⁴⁹ Sulla peculiarità dei servizi sociali si vedano, pur con visioni opposte, Sorace, 2000, p. 112 ss; Rescigno, 2002, p. 41 ss.

⁵⁰ Si veda Corte di giust. CE, sez. V, 25 settembre 2001, C-475/99, *Ambulanz Gloeckner*: sulla sentenza citata, si veda per tutti il commento di Argentati, 2002.

⁵¹ In argomento si veda tra gli altri Cartei, 2007.

presa in considerazione nel singolo ordinamento nazionale. Ciò, *inter alia*, implica un'attenta individuazione della modalità di affidamento dei servizi (sociali) che, muovendo da un approccio di mercato, deve prevedere l'espletamento di procedure ad evidenza pubblica.⁵² In termini tecnico-giuridici, detta impostazione definisce la rilevanza economica o meno dell'attività svolta e quindi del servizio erogato come l'elemento che legittima la limitazione delle regole di concorrenza. Questo orientamento privilegia pertanto una prospettiva di analisi in cui la nozione di impresa, più che dal soggetto, deriva dalla specifica attività concretamente svolta secondo i parametri oggettivi indicati dal Codice civile.

I servizi sociali devono quindi essere ricondotti a una definizione che implica un certo grado di "imprenditorialità" nella natura dei servizi svolti, novità introdotta nel comparto dei servizi sociali in questi ultimi anni, in cui più che in passato si è fatto largo utilizzo di corrispettivi a fronte del servizio reso. Tuttavia, ai servizi sociali (alla persona) deve essere riconosciuta una specificità, non rinvenibile in altri comparti di servizi, identificabile nei due seguenti elementi:

- i servizi alla persona non sono standardizzati, ma erogati in base ai bisogni e non in base a chi li eroga;
- servizi sociali sottendono un'interazione personale di carattere peculiare e ad alto contenuto relazionale tra chi li produce e chi li riceve.⁵³

In questo senso, vi è da registrare una costante oscillazione tra la natura di pubblico servizio delle prestazioni sociali e quella di attività economica *tout court*. Detta oscillazione ha indotto numerosi Stati membri a definire assetti giuridici e istituzionali di quasi-mercato dentro i quali collocare l'erogazione dei servizi sociali.⁵⁴

⁵² Spesso le istituzioni comunitarie asseriscono che la quasi totalità dei servizi prestati nel settore sociale deve essere ritenuta "un'attività economica" conformemente agli articoli 43 e 49 del Trattato.

⁵³ La particolare natura dei servizi sociali

ha orientato le scelte dello stesso legislatore costituente che, anziché richiedere come per i servizi pubblici c.d. economici una giustificazione a partire dalla comprovata presenza di fallimenti del mercato, riferendosi a norme costituzionali diverse dall'art. 41, c. 1, Cost., ha previsto l'operatività di una presunzione di segno inverso, sintetizzabile nella considerazione che il mercato non soddisfa i relativi bisogni e che perciò i pubblici poteri possono (rectius: devono) intervenire. È proprio nei segmenti e nelle prestazioni meno remunerative afferenti ai servizi sociali, infatti, che si registra il sostanziale disinteresse dei soggetti privati e con esso l'insufficienza della spontaneità del mercato a far fronte agli "interessi a protezione necessaria". Importante corollario è l'inversione dell'onere della prova: se nei servizi economici spetta ai pubblici poteri dimostrare con motivazione particolarmente rigorosa l'insufficienza del mercato, in assenza della quale l'intervento pubblico risulterebbe inutile, non giustificato dall'interesse pubblico e pertanto illegittimo, nei nostri, invece, l'assunzione diretta da parte dei pubblici poteri può ritenersi giustificata in via ordinaria. (Menichetti, 2003, p. 111).

⁵⁴ In argomento si veda la recente sentenza del Consiglio di Stato, 23 gennaio 2013, n. 387, con la quale i giudici di Palazzo Spada intervengono a sancire la legittimità della partecipazione delle associazioni di volontariato alle gare per l'affidamento di pubblici appalti, in quanto l'assenza di fine di lucro non è di per sé ostativa della partecipazione ad appalti pubblici. Richiamando la posizione espressa dalla Corte di giustizia UE (sez. III, 29 novembre 2007 C-119/06), il Consiglio di Stato sostiene che alle

Come è stato ribadito in precedenza, uno dei nodi maggiormente critici nella ricostruzione di un quadro normativo adeguato e moderno, capace di favorire un armonico sviluppo alle organizzazioni di Terzo settore, riguarda l'interpretazione da dare al concetto "servizi sociali". Spesso ci si attesta su una posizione secondo la quale la quasi totalità dei servizi prestati nel settore sociale risulta attirata dalla nozione di attività economica, perché si tratta di beni e

associazioni di volontariato sostiene non è precluso partecipare agli appalti. Detta legittimazione è fatta discendere dall'interpretazione della legge quadro sul volontariato (Legge n. 266/1991), laddove, nell'elencare le entrate di tali associazioni, individua anche le entrate derivanti da attività commerciali o produttive svolte a latere, con ciò riconoscendo la capacità di svolgere attività di impresa. Ma il Collegio asserisce inoltre che le stesse organizzazioni di volontariato possono essere ammesse alle gare pubbliche quali imprese sociali, in quanto ad esse il DLgs 24 marzo 2006, n. 155 ha riconosciuto la legittimazione ad esercitare in via stabile e principale un'attività economica organizzata per la produzione e lo scambio di beni o di servizi di utilità sociale, diretta a realizzare finalità di interesse generale, anche se non lucrativa.

La vicenda prende avvio da un ricorso presentato da un'associazione temporanea di impresa che aveva contestato l'assegnazione di un appalto avente ad oggetto l'istituzione di laboratori di valorizzazione ambientale a un'associazione temporanea di impresa avente per mandataria un'associazione di volontariato, ritenuta non legittimata ad essere ammessa alla gara ad evidenza pubblica. Il TAR Campania - Napoli, sez. I, con sentenza n. 1666/2008 aveva accolto il ricorso, contro il quale ha presentato appello il raggruppamento inizialmente risultato aggiudicatario dell'appalto. Il Consiglio di Stato, con la sentenza in commento, accoglie il ricorso evidenziando quanto segue:

- la giurisprudenza ha osservato che l'art. 5, Legge n. 266/2001, nell'indicare le risorse economiche delle onlus (in verità si tratta delle organizzazioni di volontariato, che tuttavia acquistano la qualifica fiscale di onlus *ex lege*), contempla anche le "entrate derivanti da attività commerciali e produttive marginali";
- lo svolgimento di dette attività legittima l'organizzazione di volontariato di partecipare alle gare;
- la marginalità non è presupposto sufficiente per escludere dalla gara le organizzazioni di volontariato;
- l'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici (pareri 31/1/2008, n. 29; 29/12/2008, n. 266, 23/4/2008, n. 127, deliberazione n. 7 del 20 ottobre 2010) ha confermato che operatore economico può essere anche un soggetto senza fini di lucro che operi occasionalmente sul mercato o goda di finanziamenti pubblici;
- in concreto, l'organizzazione di volontariato può partecipare alle gare anche se non risulta iscritta al registro delle imprese, iscrizione che peraltro il bando di gara non richiedeva;
- la presunta posizione di vantaggio delle onlus dovrebbe essere provata in concreto.

La sentenza in oggetto, in linea con altri precedenti pronunciamenti, sdogana le organizzazioni di volontariato, nel senso di permettere loro di partecipare alle gare, nonostante ad esse sia riservata una corsia preferenziale identificabile nelle convenzioni che la Legge n. 266/1991 stabilisce quali modalità proprie di affidamento di servizi a loro favore da parte della Pubblica amministrazione. Quindi, se da un lato, in ossequio al principio comunitario che contempla una vasta gamma di soggetti operatori economici, tra i quali possono essere considerate anche le organizzazioni *no profit*, la sentenza conferma tale orientamento, dall'altro, nondimeno, si può sottacere la necessità di raccordare tale posizione con le disposizioni normative nazionali che non sono state progettate per una simile situazione.

servizi offerti in un determinato mercato. Al contrario, i servizi sociali, alla stregua di quelli sanitari, indipendentemente dalla modalità contemporanea di gestione, riguardano i diritti della persona in quanto tale e il suo diritto a una vita migliore.

Perché i servizi sociali a differenza dei servizi sanitari sono considerati attività economiche? Perché un'attività senza scopo di lucro e diretta a finalità sociali è considerata attività economica? Se è vero che l'erogazione dei servizi sociali ha una natura anche economica (e non potrebbe essere altrimenti visto che si realizza la vendita di un servizio contro un corrispettivo), tale attività è subordinata e strumentale all'attuazione di un diritto. Quindi, come ha sottolineato lo stesso Parlamento europeo, le norme in materia di concorrenza, di aiuti pubblici e di mercato, devono essere compatibili con gli obblighi di servizio pubblico e non viceversa, essendo i servizi sociali svincolati da una logica commerciale e concorrenziale.

Il 2 luglio 2008, la Commissione europea ha pubblicato il suo primo rapporto biennale sui Servizi sociali di interesse generale, dal quale emerge con tutta chiarezza, in ragione dei diversi ordinamenti giuridici presenti all'interno dell'Unione europea, la difficoltà di giungere a un approdo definitivo circa l'esatta configurazione dei servizi sociali.

Sulla strada di un progressivo riconoscimento del ruolo delle organizzazioni *no profit* a livello europeo, deve essere segnalato il *draft report* sull'economia sociale, elaborato dalla Commissione Lavoro e affari sociali del Parlamento europeo (14/11/2008, 2008/2250(INI), relatrice l'italiana Patrizia Toia). Il report evidenzia che l'agire non lucrativo rappresenta un fenomeno non solo presente ma in crescita a livello macroeuropeo, ed è a maggior ragione da valorizzare in un momento di crisi economica come quella attuale. La relazione che accompagna il report riporta alcuni dati: 2 milioni di imprese sono coinvolte nelle attività (*advocacy*, erogazione di servizi alla persona, interventi di solidarietà, ecc.), le quali contribuiscono a creare il 6% dei posti di lavoro. Si tratta di un comparto definito da un concetto di imprenditorialità diverso da quello tradizionale: infatti, l'economia sociale (Terzo settore, *no profit*, terzo sistema) si basa sul beneficio sociale e non sul profitto.

L'economia sociale è considerata quale protagonista chiave per sviluppare e implementare la strategia di Lisbona, realizzandone gli obiettivi primari, tra i quali spicca la vocazione alla responsabilità sociale. Si aggiunga che il settore *no profit* è in grado di promuovere azioni e interventi a livello locale, così da diventare un partner affidabile per le Pubbliche amministrazioni che devono progettare gli interventi a favore dei cittadini, in specie i più deboli.

Il Rapporto contiene alcune raccomandazioni:

- il riconoscimento del concetto di economia sociale: il Parlamento UE sollecita un approccio al settore *no profit* in grado di valorizzarne la capacità di creare posti di lavoro per soggetti svantaggiati, di rafforzare la conciliazione tra esigenze familiari e lavoro, di migliorare il processo produttivo attraverso la partecipazione dei diversi *stakeholder* alla gestione democratica dell'impresa;
- il riconoscimento di un chiaro status normativo: si sollecita l'adozione di statuti europei per le associazioni, le fondazioni e le società di mutuo soccorso, in quanto spesso le organizzazioni *no profit* a livello transfrontaliero sono esposte ai rischi derivanti dalla concorrenza sleale delle imprese tradizionali;

- riconoscimento statistico: si richiede l'attivazione di percorsi di monitoraggio stabili e strutturati delle imprese appartenenti all'economia sociale e della loro capacità di generare occupazione;
- valorizzazione dell'economia sociale quale dimensione essenziale per favorire il dialogo sociale a livello comunitario;
- favorire lo sviluppo delle organizzazioni *no profit*, che sempre più sono chiamate a confrontarsi con logiche di mercato e di concorrenza, nella direzione di permettere alle stesse di perseguire l'interesse generale della comunità, così rafforzando il processo di coesione sociale;
- scambio di esperienze: il Rapporto ritiene fondamentale favorire lo scambio di esperienze innovative a livello locale, regionale e nazionale, attraverso la previsione di finanziamenti *ad hoc* che permettano la diffusione a livello europeo dei risultati raggiunti a livello locale;
- valutazione dei risultati: si richiede la promozione di un programma di ricerca a livello europeo che permetta di analizzare la vasta gamma di attività svolte dalle organizzazioni *no profit* che non sono realizzate da altri settori, così da cogliere l'effettiva potenzialità del settore.

Nel solco europeo dell'esperienza dell'economia sociale, il report ha il pregio di ricordare che le organizzazioni *no profit* non possono essere considerate in termini marginali e che il loro "peso specifico" travalica la loro dimensione quantitativa. Invero, il documento considera necessario un approccio fondato sul riconoscimento di realtà che operano e che sono radicate nel tessuto europeo a partire dalla loro capacità di realizzare obiettivi di natura sociale e collettiva. In questo senso, sembra pertanto apprezzabile il richiamo che la Commissione Lavoro e affari sociali rivolge alle istituzioni comunitarie affinché si impegnino a definire un quadro normativo maggiormente favorevole per le organizzazioni *no profit*. Si tratta in altri termini di muovere da una visione sussidiaria, attraverso la quale valorizzare e potenziare un giacimento di attività e di interventi che - anche indipendentemente da provvidenze fiscali specifiche - rappresentano una componente ineliminabile del processo di coesione sociale europea.

Nel 2009 è stata elaborata una proposta di risoluzione del Parlamento europeo sul futuro dei servizi sociali di interesse generale (2009/2222(INI)), nella quale si sono evidenziati i seguenti aspetti:

- i fornitori dei servizi sociali di interesse generale e i loro utenti sono diversi da quelli riguardanti i servizi di interesse generale;
- i servizi sociali di interesse generale comprendono regimi obbligatori o integrativi di sicurezza sociale e servizi universali per migliorare la qualità di vita di tutti i cittadini;
- i servizi sociali di interesse generale svolgono ruolo preventivo di coesione e inclusione sociale;
- i servizi sociali di interesse generale rendono concreti i diritti fondamentali previsti dalla Carta dei diritti fondamentali.

Nel 2010 la Commissione europea ha elaborato il secondo Rapporto biennale sui servizi sociali di interesse generale (SEC(2010)1284), documento dal quale è possibile inferire i seguenti elementi caratterizzanti il comparto dei servizi alla persona:

- non si applicano i contatti di privatizzazione, *deregulation* o liberalizzazione;
- si riafferma il divieto della gare al massimo ribasso;
- viene confermata l'applicazione dell'art. 106 TFUE (che disciplina il principio di concorrenza), ma con attenzione ai compiti specifici affidati al soggetto erogatore;
- è possibile prevedere taluni diritti di esclusiva (concessione).

Infine, nel 2011 la Commissione per l'occupazione e gli affari sociali del Parlamento europeo ha approvato una Relazione sul futuro dei servizi sociali di interesse generale (A7-0239/2011 del 14 giugno 2011), nella quale si rileva che:

- il peso dei requisiti burocratici per gli appalti e le norme sugli aiuti di Stato possono portare le organizzazioni *no profit* al fallimento;
- la conseguenza di quanto sopra espressa conduce a un sottoutilizzo delle forme non lucrative da parte degli Enti locali;
- l'incertezza giuridica causa un'inefficienza nell'applicazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

1.8. Sintesi

Allo scopo di evidenziare il legame tra le disposizioni contenute nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea con:

- i bisogni sociali, che di prassi vengono affrontati dai servizi sociali dei Comuni;
- le prestazioni sociali più comunemente erogate dal sistema sociale regionale;
- le prestazioni sociosanitarie LEA del Servizio sanitario nazionale, contenute nel DPCM 29 novembre 2001,

si riporta di seguito una tabella riassuntiva contenente le disposizioni della Carta riferite alle prestazioni sociali erogate. Preme evidenziare che il risultato risente del fatto che non esiste un nomenclatore dei bisogni sociali, mentre il nomenclatore degli interventi e servizi sociali, di fatto, ignora molte prestazioni "di sistema" del servizio sociale ovvero gli interventi che riguardano la comunità nel suo complesso.

Si ritiene, tuttavia, che il tentativo compiuto possa contribuire a comprendere le responsabilità di più ampio respiro per il servizio sociale, nel quale ricomprendere sia le prestazioni monetarie e materiali, comunque ricondotte alla tutela di diritti, sia gli interventi a favore della comunità locale. Da questa impostazione discende che il servizio sociale non è più (solamente) un sistema attraverso il quale si erogano benefici, ma è caratterizzato da una propria *mission* orientata alla promozione sociale e alla tutela della comunità locale nel suo complesso.

Nota

Della CDFUE non sono stati presi in considerazione, in quanto non pertinenti con le politiche sociali:

- gli articoli 27, 28, 30, 31, che riguardano i diritti dei lavoratori, nel rapporto con i datori di lavoro
- il capo V, che determina i diritti di cittadinanza nell'Unione europea
- l'art. 20 e il capo VI, che determina i diritti nell'ambito del sistema giudiziario

Tabella 1. Diritti fondamentali dell'Unione europea e prestazioni essenziali

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
1	Dignità umana	Rispetto da parte degli operatori sociali	Qualità relazionale delle interazione tra utenti e professionisti sociali	
		Relazioni familiari solidali	Intervento professionale del servizio sociale	
		Relazioni sociali positive e corrette	Intervento professionale del servizio sociale	
		Tutela degli incapaci, delle persone fragili, delle persone emarginate, dei detenuti, ecc.	Collaborazione professionale del servizio sociale con il sindaco se nominato tutore di persone incapaci Collaborazione con gli altri tutori e gli amministratori di sostegno	
2	Diritto alla vita	Tutela della maternità e dell'infanzia	Collaborazione professionale del servizio sociale con il consultorio familiare dell'AUSL, per la valutazione del bisogno, la programmazione assistenziale integrata e la presa in carico congiunta Erogazione di beni e denaro Intervento professionale di supporto ai genitori in condizione di disagio Prestazioni del pronto intervento sociale a protezione della donna in gravidanza e al nucleo mamma-bambino	Assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità per la procreazione responsabile e l'interruzione di gravidanza
		Disponibilità sufficiente e adeguata di alimenti, di una abitazione, di vestiario	Erogazione di beni e denaro Intervento professionale di supporto per il reperimento di un alloggio Prestazioni del pronto intervento sociale	

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
3	Diritto all'integrità della persona	Tutela delle persone e, in particolare dei minori, rispetto al plagio, al bullismo e a ogni altra forma di violenza e coercizione psicofisica	Intervento professionale, sociale ed educativo, individuale e di gruppo	
		Possibilità di esprimere le proprie scelte e di dare il consenso informato	Programmazione assistenziale individualizzata, condivisa con l'utente o con i suoi familiari	
		Possibilità di esprimere il proprio dissenso nei confronti dei disservizi	Sistema dei reclami e dei suggerimenti	
		Tutela delle persone e in particolare delle donne e dei minori rispetto alle mutilazioni (es. genitali, prelievo di organi) o allo sfruttamento e mercificazione del corpo (es. prostituzione, pedofilia, pornografia, abuso sessuale)	Intervento professionale di sorveglianza da parte del servizio sociale Interventi di protezione del servizio sociale (es. segnalazioni all'autorità giudiziaria, allontanamento dei minori dalla famiglia o dall'ambiente sociale degradato, accoglienza in strutture protette)	
4	Proibizione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti	Tutela delle persone e, in particolare dei minori, da ogni forma di maltrattamento e violenza	Intervento professionale di sorveglianza da parte del servizio sociale Interventi di protezione del servizio sociale (es. segnalazioni all'autorità giudiziaria, allontanamento dei minori dalla famiglia o dall'ambiente sociale degradato, accoglienza in strutture protette)	

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
5	Proibizione della schiavitù e del lavoro forzato	Contrasto della prostituzione forzata	<p>Intervento di sorveglianza da parte del servizio sociale Azioni, nei luoghi della prostituzione, di informazione e contatto, per la riduzione del danno e per favorire l'uscita dallo stato di sottomissione</p> <p>Interventi di protezione da parte del servizio sociale (es. segnalazioni all'autorità giudiziaria, allontanamento dei minori dalla famiglia e dall'ambiente sociale degradato, accoglienza in strutture protette, progetti individuali di reinserimento sociale)</p>	
		Contrasto del lavoro nero e del lavoro forzato	<p>Intervento professionale di sorveglianza da parte del servizio sociale</p> <p>Interventi di protezione del servizio sociale (es. segnalazioni all'autorità giudiziaria, percorsi di reinserimento nel lavoro regolare)</p> <p>Agevolazioni per la regolarizzazione delle assistenti familiari</p>	

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
6	Diritto alla libertà e alla sicurezza	Promozione della vita autonoma delle persone fragili e non autosufficienti	Progetti di sostegno alle persone fragili e non autosufficienti, per favorire la loro vita autonoma Erogazioni di beni e denaro Assistenza domiciliare sociale	
		Mediazione dei conflitti sociali	Intervento professionale di sorveglianza da parte del servizio sociale Interventi professionali di mediazione tra cittadini e realtà sociali che inducono un senso di insicurezza	
		Promozione della coesione sociale	Interventi di sostegno alle iniziative delle realtà sociali del territorio Erogazione di contributi per progetti Concessione di sedi Co-progettazione degli interventi Programmazione sociale partecipata	
		Contrasto dei comportamenti che mettono a rischio la coesione sociale	Monitoraggio costante della situazione del contesto locale da parte del servizio sociale Interventi del servizio sociale per rimuovere le cause del disagio Segnalazione alle autorità competenti	
7	Rispetto della vita privata e della vita familiare	Non ingerenza del servizio sociale nelle dinamiche personali e familiari dell'utente	Qualità relazionale delle interazione tra utenti e professionisti sociali	
8	Protezione dei dati di carattere personale	Riservatezza e, se appropriato, segretezza, delle informazioni trattate dal servizio sociale	Attuazione delle norme di legge e regolamentari, anche nell'operatività del sistema informativo	
		Possibilità di accesso ai dati personali e di rettificarli se errati	Attuazione delle norme di legge e regolamentari per consentire l'accesso ai dati personali e la loro eventuale correzione	

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
9	Diritto di sposarsi e di costruire una famiglia	Sostegno alla genitorialità consapevole, alla gravidanza e alla genitorialità	Collaborazione professionale del servizio sociale con il consultorio familiare dell'AUSL, per la valutazione del bisogno, la programmazione assistenziale integrata e la presa in carico congiunta	Assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione di gravidanza. (consultorio familiare)
		Tutela della persone costrette al matrimonio indesiderato	Azioni di mediazione familiare Collaborazione professionale con l'autorità giudiziaria: segnalazioni, verifica delle situazioni, attuazione delle disposizioni	
		Mediazione familiare dei conflitti	Intervento professionale di sostegno alle coppie, affinché affrontino i conflitti, tutelando i figli	
		Tutela dei minorenni che intendono sposarsi	Collaborazione professionale con l'autorità giudiziaria per la verifica delle condizioni di minori che intendono contrarre matrimonio	
		Sostegno alle giovani coppie per l'alloggio e i servizi per la prima infanzia	Intervento del servizio sociale per la ricerca di un alloggio Erogazione di contributi economici per l'acquisto della prima casa o per l'affitto Agevolazioni per l'assegnazione di alloggi pubblici Ammissione ai nidi e ai servizi integrativi per la prima infanzia	
Sostegno alle coppie che intendono adottare un bambino	Collaborazione con l'AUSL e l'autorità giudiziaria per la valutazione della idoneità all'adozione delle coppie Corsi di preparazione delle coppie idonee all'adozione Affiancamento nel periodo di inserimento in famiglia del bambino adottato			

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
10	Libertà di pensiero, di coscienza e di religione	Tutela delle persone escluse o emarginate a causa delle loro convinzioni	Sportello (anche telefonico) per la raccolta delle segnalazioni di discriminazioni Interventi del servizio sociale per rimuovere le cause delle discriminazioni Segnalazione alle autorità competenti	
11	Libertà di espressione e d'informazione	Disponibilità di informazioni	Campagne informative e di sensibilizzazione	
		Possibilità di esprimere valutazioni sull'operato dei servizi sociali	Bilancio sociale partecipato Valutazione partecipata sui risultati conseguiti dal servizio sociale	
12	Libertà di riunione e di associazione	Sostegno alle associazioni che rappresentano e tutelano gli utenti	Erogazione di contributi per progetti Concessione di sedi Co-progettazione Programmazione sociale partecipata	
		Coinvolgimento delle associazioni degli utenti nel controllo di qualità dei servizi sociali	Comitati consultivi misti Comitati di controllo della qualità	
		Sostegno all'associazionismo di utilità sociale	Riconoscimento (es. iscrizione ad albi) Erogazione di contributi Concessione di sedi Co-progettazione Programmazione sociale partecipata	
		Sostegno alle associazioni di volontariato	Riconoscimento (es. iscrizione ad albi) Erogazione di contributi Concessione di sedi Co-progettazione Programmazione sociale partecipata	

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
13	Libertà delle arti e delle scienze	Promozione delle espressioni artistiche giovanili	Laboratori Attività dei Centri giovanili Rassegna di produzioni artistiche giovanili	
		Promozione della cultura scientifica tra i giovani	Divulgazione scientifica Attività dei Centri giovanili Laboratori	
14	Diritto all'istruzione	Possibilità dei genitori di educare i propri figli	Sostegno economico e educativo ai genitori in difficoltà socioeconomiche per garantire l'educazione dei figli Contributi di integrazione del reddito per i genitori che intendono educare personalmente il figlio, nel primo anno di età, in alternativa al nido	
		Disponibilità di servizi per la prima infanzia	Asili nido e altri servizi educativi Contributi economici per la fruizione di servizi privati	
		Disponibilità di servizi per la seconda infanzia	Scuola dell'infanzia Contributi economici per la fruizione di scuole paritarie	
		Sostegno agli allievi della scuola dell'obbligo con difficoltà economiche	Borse di studio Contributi economici per l'acquisto di libri di testo e altre attrezzature didattiche	
		Contrasto dell'abbandono scolastico	Raccordo con le scuole per monitorare la frequenza scolastica Intervento professionale del servizio sociale per individuare le cause dell'abbandono Progetti individuali di sostegno alla frequenza	
15	Libertà professionale e diritto di lavorare	Possibilità di lavorare	Intervento di sostegno del servizio sociale per la ricerca di un lavoro Borse lavoro per l'inserimento nel lavoro Sostegno alle imprese sociali e alle cooperative sociali B per l'inserimento nel lavoro delle categorie protette	

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
16	Libertà di impresa	Promozione della cooperazione sociale	Riconoscimento (iscrizioni ad albi) Collaborazione per l'attuazione dei programmi Co-progettazione Programmazione sociale partecipata	
17	Diritto di proprietà	Tutela degli incapaci, in base alle disposizioni dell'autorità giudiziaria	Collaborazione professionale del servizio sociale con il Sindaco se nominato tutore di persone incapaci Attuazione di provvedimenti dell'autorità giudiziaria Collaborazione con gli amministratori di sostegno	
18	Diritto di asilo	Assistenza ai richiedenti asilo e ai rifugiati	Erogazioni di beni e denaro Accoglienza in centri comunitari Intervento di sostegno del servizio sociale per la ricerca di un lavoro e di un alloggio	
19	Protezione in caso di allontanamento, di espulsione o di estradizione	Assistenza agli stranieri irregolari, in caso di emergenza	Erogazioni di beni e denaro Erogazione di buoni pasto e buoni spesa Accoglienza in centri comunitari a bassa soglia Intervento di attivazione dei servizi sanitari	
21	Non discriminazione	Tutela delle persone discriminate per motivi culturali, religiose, linguistiche, sessuali	Sportello (anche telefonico) per la raccolta delle segnalazioni di discriminazioni Interventi del servizio sociale per rimuovere le cause delle discriminazioni Segnalazione alle autorità competenti	
		Tutela delle popolazioni nomadi Sinti e Rom	Campi sosta nomadi Intervento di sostegno del servizio sociale per frequenza scolastica, ricerca di lavoro, tutela della salute e della maternità	

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
22	Diversità culturale, religiosa e linguistica	Promozione delle culture etniche, della lingua madre se diversa dall'italiano	Centri e programmi di iniziativa multiculturale Insegnamento della lingua madre agli stranieri	
		Disponibilità di luoghi per i diversi riti religiosi	Concessione di spazi per riti religiosi Organizzazione dei cimiteri in coerenza con i diversi riti	
23	Parità tra donne e uomini	Promozione della parità tra i sessi	Campagne di sensibilizzazione Intervento di denuncia pubblica delle discriminazioni	
24	Diritti del minore	Protezione e cure	Sostegno economico e educativo ai genitori in difficoltà socioeconomiche per garantirne la cura dei figli	
		Possibilità del minore di esprimere la propria opinione	Ascolto del minore nei provvedimenti che lo riguardano	
		Possibilità di intrattenere regolarmente relazioni personali e regolari con entrambi i genitori	Spazio neutro Spazio di incontro tra genitore separato e figlio	
		Interventi di sostituzione delle funzioni genitoriali	Attuazione dei provvedimenti di allontanamento dalla famiglia, dell'autorità giudiziaria o del servizio sociale Accoglienza in famiglia affidataria, casa famiglia o comunità di tipo familiare Collaborazione con l'AUSL e l'Autorità giudiziaria per la valutazione della idoneità delle coppie affidatarie Erogazioni economiche alle coppie o persone affidatarie Affiancamento dell'affidamento e valutazione per l'autorità giudiziaria	

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
25	Diritti degli anziani	Tutela della domiciliarità	Contributi economici per la fruizione di servizi alla persona, cure, vacanze e soggiorni termali, attività motorie, trasporti pubblici, ecc Attivazione di servizi di prossimità Assegni per la regolarizzazione delle assistenti familiari Assegni di cura Assistenza domiciliare sociale, pasti a domicilio, servizio di lavanderia Teleassistenza e telesoccorso	
		Tutela delle relazioni sociali e familiari	Intervento professionale del servizio sociale per la mediazione dei conflitti familiari, per la promozione della solidarietà intrafamiliare e comunitaria	
		Promozione della mobilità	Trasporto sociale Agevolazioni tariffarie per il trasporto pubblico Buoni taxi	
		Promozione della socializzazione e degli interessi personali	Centri sociali per anziani Università della terza età Corsi, laboratori, spettacoli	

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
26	Inserimento delle persone con disabilità	Promozione della vita indipendente	Assegnazione di alloggi privi di barriere o domotici Alloggi protetti, integrati con assistenza domiciliare Intervento di sostegno del servizio sociale per la ricerca di un lavoro e trasporto sociale al lavoro Assegni per la regolarizzazione delle assistenti familiari Assegni di cura Assistenza domiciliare sociale, pasti a domicilio, servizio di lavanderia Teleassistenza e telesoccorso	
		Promozione dell'integrazione scolastica e formativa	Insegnanti di sostegno Prestazioni professionali da parte di educatori scolastici Assistenza all'igiene personale Fornitura di sussidi didattici Trasporto sociale a scuola	
		Promozione dell'inserimento nel lavoro	Intervento di sostegno del servizio sociale per la ricerca di un lavoro e trasporto sociale al lavoro Sostegno economico alle cooperative sociali B che impiegano disabili	
		Promozione dell'integrazione sociale, della comunicazione e della mobilità	Promozione delle attività di tempo libero Soggiorni di vacanza Contributi per l'acquisizione di strumenti di comunicazione adattati Agevolazioni tariffarie per il trasporto pubblico Trasporto sociale	

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
29	Diritto di accesso ai servizi di collocamento	Promozione dell'inserimento lavorativo di persone con gravi disagi personali (disabili, persone a rischio di emarginazione, ex detenuti, tossicodipendenti in fase di reinserimento, persone con patologie psichiatriche, detenuti ammessi al lavoro esterno, giovani con comportamenti antisociali)	Intervento di sostegno del servizio sociale per la ricerca di un lavoro Borse lavoro <i>Stage</i> e laboratori di avviamento protetto al lavoro	
		Promozione dell'inserimento lavorativo dei giovani	Erogazione di incentivi economici alle imprese che occupano giovani Contributi per l'avviamento delle imprese giovanili	
		Sostegno alle imprese sociali e alle cooperative sociali B	Affidamento di incarichi alle imprese sociali e alle cooperative sociali B, che occupano persone svantaggiate	
32	Divieto del lavoro minorile e protezione dei giovani sul luogo di lavoro	Contrasto del lavoro minorile	Intervento professionale di sorveglianza da parte del servizio sociale Interventi di protezione del servizio sociale (es. segnalazioni all'autorità giudiziaria, percorsi di reinserimento scolastico)	
		Tutela dallo sfruttamento dei giovani lavoratori	Intervento professionale di sorveglianza da parte del servizio sociale Interventi di protezione del servizio sociale (es. segnalazioni all'autorità giudiziaria, percorsi di reinserimento in un lavoro più adeguato)	

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
33	Vita familiare e vita professionale	Protezione della famiglia	Promozione delle prestazioni dell'INPS a tutela della famiglia Agevolazioni fiscali e tariffarie Mediazione familiare Erogazioni di beni e denaro alle famiglie con redditi insufficienti	
		Conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro	Piano dei tempi e degli orari Interventi di protezione del servizio sociale alle donne licenziate a causa della maternità o alle quali non è riconosciuta l'astensione obbligatoria per maternità (es. segnalazioni all'autorità giudiziaria)	
34	Sicurezza sociale e assistenza sociale	Disponibilità di informazioni adeguate e di orientamento ai servizi	Prestazioni del segretariato sociale (informazione/consulenza personalizzata, raccordo del servizio con le risorse della comunità locale) Prestazioni dello sportello sociale (informazione, orientamento ai servizi)	
		Disponibilità di consulenza da parte di professionisti sociali	Valutazione del bisogno, programmazione assistenziale individualizzata, presa in carico, responsabilità del caso	

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
35	Protezione della salute	Promozione degli stili di vita appropriati	Campagne di informazione e sensibilizzazione	
		Sostegno alle persone che hanno difficoltà economiche di accesso alle prestazioni sanitarie	Erogazioni economiche per il pagamento dei ticket sanitari o delle prestazioni sanitarie non erogate dal SSN (es. farmaci di fascia C, dentista, cure termali, podologo)	
		Tutela delle persone con salute fragile, a rischio di aggravamento o di non autosufficienza	Individuazione delle persone a rischio di non autosufficienza Teleassistenza Progetti individuali per la prevenzione dell'aggravamento (es. attività motoria, prevenzione delle cadute, socializzazione da parte di volontari)	
		Assistenza alle persone dipendenti da sostanze	Azioni di prevenzione delle dipendenze Sostegno alle famiglie Progetti individualizzati di reinserimento sociale e lavorativo Erogazione di beni e denaro Mediazione sociale Azioni di riduzione del danno (anche attraverso le unità di strada)	Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare, sanitaria e sociosanitaria a favore di tossicodipendenti e/o delle famiglie Assistenza territoriale semiresidenziale, sanitaria e sociosanitaria a favore di tossicodipendenti
	Cura ed assistenza alle persone non autosufficienti	Erogazioni economiche agli utenti di servizi sociosanitari, quale sostegno al pagamento delle quote di contribuzione	Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP) Assistenza territoriale, ambulatoriale, domiciliare, sanitaria e sociosanitaria, nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali Assistenza semiresidenziale e residenziale, sanitaria e sociosanitaria, nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali e di anziani	

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
35 <i>continua</i>		Assistenza alle persone con patologie psichiatriche	Azioni di lotta allo stigma Sostegno alle famiglie Progetti individualizzati di reinserimento sociale e lavorativo Erogazione di beni e denaro Mediazione sociale	Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare, sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie Assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale, sanitaria e sociosanitaria, nell'ambito di programmi riabilitativi, a favore persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie
		Assistenza alle persone affette da AIDS	Sostegno alle famiglie e ai <i>caregiver</i> Progetti individualizzati di reinserimento sociale e lavorativo Erogazione di beni e denaro Mediazione sociale	Assistenza territoriale, ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sanitaria e sociosanitaria, a favore di persone affette da AIDS
		Assistenza ai malati terminali	Assistenza domiciliare sociale Sostegno alle famiglie e ai <i>caregiver</i> Erogazione di beni e denaro	Assistenza territoriale, ambulatoriale, domiciliare e residenziale, sanitaria e sociosanitaria, a favore
		Assistenza ai detenuti e alle vittime del delitto	Sostegno alle famiglie Promozione di attività di lavoro, socializzazione, istruzione all'interno del carcere Esercizio della curatela, se assegnata al sindaco dall'Autorità giudiziaria Buoni lavoro per i detenuti ammessi al lavoro extramurario Progetti individuali di reinserimento sociale dopo la detenzione Assistenza alle vittime del delitto (mediazione penale, erogazioni economiche, supporto per la ricerca di un lavoro, tutela dei figli minorenni)	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore dei detenuti

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Art.	Diritti fondamentali	Bisogni sociali correlati	Prestazioni sociali	Prestazioni sociosanitarie LEA
36	Accesso ai servizi d'interesse economico generale	Sostegno alle persone con difficoltà economiche o fisiche nell'accesso ai servizi pubblici (acqua, energia elettrica, gas, trasporto)	Agevolazioni tariffarie per le utenze, con riferimento anche alle famiglie numerose Erogazione di contributi una tantum per il pagamento dei conguagli del gas Superamento delle barriere nei trasporti pubblici	
37	Tutela dell'ambiente	Tutela dell'ambiente nell'ambito del funzionamento delle strutture sociali	Limitazione delle emissioni in atmosfera Uso delle energie pulite Corretto smaltimento dei rifiuti speciali Bioarchitettura	
38	Protezione dei consumatori	Tutela degli utenti dei servizi sociali	Riconoscimento delle associazioni dei consumatori e dei patronati Co-progettazione Programmazione partecipata	

Riferimenti bibliografici del Capitolo 1

- Argentati A. Diritti speciali ed esclusivi e regole comunitarie di concorrenza. *Giorn Dir Amm*, 2002, pp. 393 ss.
- Balboni E. Coesione sociale e livelli essenziali delle prestazioni: due paradigmi paralleli della tutela multilivello dei diritti sociali. In Balboni E. (a cura di). *La tutela multilivello dei diritti sociali*. Napoli, Jovene editore, 2008, volume 1.
- Barea M, Cesana G. (a cura di). *Il Welfare in Europa. Rapporto CEFASS 2003*. Firenze, Società Editrice Fiorentina, 2003, pp. 87-94.
- Bianchi P. I diritti sociali dopo Lisbona: prime risposte dalla Corte di giustizia. In Campedelli M, Carrozza P, Pepino L. (a cura di). *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*. Bologna, Il Mulino, 2010.
- Borzaga C, Defourny J. *The Emergence of Social Enterprise*, London - New York, Routledge, 2001a.
- Borzaga C, Defourny J. (a cura di). *L'impresa sociale in prospettiva europea*. Trento, Edizioni 31, 2001b.
- Borzaga C, Santuari A. (a cura di). *Servizi sociali e nuova occupazione: l'esperienza delle nuove forme di imprenditorialità sociale in Europa*. CECOP - Commissione Europea - DG V - Regione Autonoma Trentino-Alto Adige, Febbraio 1998.
- Bundesen P, Henriksen LS. *Voluntary-statutory relationships in the history of Danish social welfare*. Paper presentato alla ISTR Conference, Dublino, luglio 2000.
- Cafaggi F. L'impresa a finalità sociale. *Politica del Diritto*, 31: 595-649, 2000.
- Caldirola D. La dimensione comunitaria del servizio pubblico ovvero il servizio di interesse economico generale e il servizio universale. In Ammannati L, Cabiddu MA, De Carli P. (a cura di). *Servizi pubblici. Concorrenza. Diritti*. Milano, Giuffrè, 2001.
- Cartei GF. Servizi sociali e regole di concorrenza. *Rivista italiana di diritto pubblico comunitario*, 3/4: 627-640, 2007.
- CNEL - Gruppo di lavoro Mercato sociale. *Una proposta per la disciplina dell'impresa sociale. Indagine richiesta dalla XII Commissione affari sociali della Camera dei Deputati*. Roma, 12 maggio 2000.
- Commissione europea, Health & Consumer Protection Directorate-General, Directorate G - Public Health. *The Internal Market and Health Services, Report of the High Level Committee on Health*. 2001.
- Commissione europea. *Libro verde sui Servizi di interesse generale*. Bruxelles, 21 maggio 2003, COM (2003) 270 def., 2004.
- Commissione europea. *Libro bianco sui servizi di interesse generale*. COM (2004) 374 def., 2004.
- Commissione europea. Comunicazione "Attuazione del programma comunitario di Lisbona: i servizi sociali d'interesse generale nell'Unione europea". COM (2006) 177 def., 2006.

- Commissione europea. Comunicazione "Un mercato unico per l'Europa del XXI secolo. I servizi di interesse generale, compresi i servizi sociali di interesse generale: un nuovo impegno europeo". COM (2007) 725 def., 2007.
- Commissione europea. *Documento di lavoro dei servizi della Commissione che accompagna la proposta di direttiva concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Sintesi della valutazione d'impatto*. Bruxelles, 2 luglio 2008, COM(2008) 414 def., 2008.
- Commissione europea. Comunicazione della Commissione sull'applicazione delle norme dell'Unione europea in materia di aiuti di Stato alla compensazione concessa per la prestazione di servizi di interesse economico generale. Bruxelles, 20 dicembre 2011, C(2011) 9404 def., 2011.
- Corman M. Social enterprises and employment. Paper presentato alla *Conferenza internazionale "The Social Enterprise. A comparative perspective"*, organizzata dalla Regione autonoma Trentino-Alto Adige, da ISSAN (Istituto Studi Aziende Non Profit - Università di Trento) e dal Network europeo EMES, Trento, 13-15 dicembre 2001.
- Dal Pra Ponticelli M. Politica sociale europea: evoluzione e prospettive. In Balboni E. (a cura di). *La tutela multilivello dei diritti sociali*. Napoli, Jovene editore, 2008, volume 2.
- Degryse C, Pochet P. Quanto diritto sociale "produce" l'Europa? In Campedelli M, Carrozza P, Pepino L. (a cura di). *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*. Bologna, Il Mulino, 2010.
- den Exter A. Patient Mobility in European Union: Health Spas in Ischia, Italy. *Croat Med Journal*, 2005; 46 (2): 197-200, 2005.
- Ferrera M., Integrazione europea e sovranità sociale dello stato-nazione: dilemmi e prospettive. *Rivista italiana di Scienza politica*, XXX (3): 410-411, 2000.
- Hermans H. Assistenza sanitaria transfrontaliera e conseguenze delle sentenze Decker e Kohll. *Politiche sanitarie*, 1 (2): 56-63, 2000.
- Laville J-L. Le imprese sociali e lo sviluppo dei servizi di prossimità. In Borzaga C, Defourny J. (a cura di). *L'impresa sociale in prospettiva europea*. Trento, Edizioni 31, 2001b.
- Menichetti E. I servizi sociali nell'ordinamento comunitario. In Albanese A, Marzuoli C. (a cura di). *Servizi di assistenza e sussidiarietà*. Bologna, Il Mulino, 2003.
- Montagner G. La ripartizione delle competenze tra Stato e autonomie regionali in Europa. Un'analisi comparata. In Violini L. (a cura di). *Sussidiarietà e decentramento*. Milano, IReR, 2003, pp. 197-205.
- OECD. *The Non-Profit Sector in a Changing Economy*. Parigi, 2003
- Progetto Digestus. *Verso l'impresa sociale: un percorso europeo*, Roma, 1999.
- Rescigno GU. Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali. *Diritto pubblico*, 1: 5-50, 2002.
- Santuari A. L'impresa "Le imprese sociali in Europa". Relazione presentata al *Seminario "Cooperative, associazioni e mutue nella normativa e nelle politiche della Comunità Europea"*, Centro Documentazione Europea, Provincia autonoma di Trento, Trento, 3 dicembre 1998.

- Santuari A. L'impresa sociale: un concetto giuridico? (Sulla riforma del Libro I del Codice Civile in materia di enti non profit). *Il Diritto di Famiglia e delle Persone*, Anno XXIX, Fasc. 2, 2000.
- Santuari A. Un contributo per la revisione del Codice civile in materia di organizzazioni non profit. Un confronto europeo. In Zamagni S. (a cura di). *Il non profit italiano al bivio*. EGEA, 2002.
- Santuari A. *Il termalismo terapeutico nell'Unione Europea tra servizi sanitari nazionali e politiche del turismo*. Università degli studi di Trento, Quaderni del Dipartimento di Scienze Giuridiche, 52, 2006.
- Schlueter A, Then V, Walkenhorst P. (eds.). *Foundations in Europe. Society, Managament & Law*. London, Bertelsmann Foundation, CAF, 2001.
- Sorace D. *Diritto delle amministrazioni pubbliche. Una introduzione*. Bologna, Il Mulino, 2000.
- Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E (eds). *Cross-Border Healthcare: Mapping and Analysing Health Systems Diversity*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008
- Zoppini A. Relazione introduttiva ad una proposta per la disciplina dell'“impresa sociale”. *Rivista critica del diritto privato*. Anno XVIII, n. 2, giugno 2000.

2. Livelli essenziali delle prestazioni sociali nell'ambito dell'ordinamento italiano⁵⁵

2.1. Gli articoli della Costituzione

Muovendo dal contesto europeo a quello nazionale, è possibile rinvenire un nesso tra la nozione comunitaria di servizio di interesse generale, nel quale è ricompresa anche quella di servizio sociale⁵⁶ e il "modello costituzionale dei livelli essenziali" (Cabiddu, 2005, p. 194).

Con specifico riferimento alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, i due ambiti concettuali ricercano un "punto di equilibrio fra giustizia sociale e disponibilità di risorse finanziarie idonee ad assicurarla" (Cabiddu, 2005, p. 194). Ed è invero su questo punto che si "innesta la questione relativa ai costi del servizio universale/essenziale" (Cabiddu, 2005, p. 194). Si tratta di una problematica che implica contestualmente la previsione di tariffe sociali e di meccanismi di finanziamento dei servizi da erogare, in specie a livello territoriale, in ragione del riparto delle competenze tra Stato, Regioni e Autonomie locali.

Vengono quindi presi in considerazione due ambiti distinti: il primo riguardante la garanzia a favore dei destinatari degli interventi di livelli adeguati di servizi/attività di natura sociale; il secondo attinente alla responsabilità, ivi compresa quella finanziaria, dello Stato e della rete istituzionale territoriale, nonché dei soggetti (in specie, *no profit*), chiamati, con le istituzioni pubbliche, ad erogare i servizi di natura socio-assistenziali e sociosanitaria.

⁵⁵ A cura di Alceste Santuari, Università di Trento.

⁵⁶ La particolare natura dei servizi sociali

ha orientato le scelte dello stesso legislatore costituente che, anziché richiedere come per i servizi pubblici c.d. economici una giustificazione a partire dalla comprovata presenza di fallimenti del mercato, riferendosi a norme costituzionali diverse dall'art. 41, c. 1, Cost., ha previsto l'operatività di una presunzione di segno inverso, sintetizzabile nella considerazione che il mercato non soddisfa i relativi bisogni e che perciò i pubblici poteri possono (rectius: devono) intervenire. È proprio nei segmenti e nelle prestazioni meno remunerative afferenti ai servizi sociali, infatti, che si registra il sostanziale disinteresse dei soggetti privati e con esso l'insufficienza della spontaneità del mercato a far fronte agli "interessi a protezione necessaria". Importante corollario è l'inversione dell'onere della prova: se nei servizi economici spetta ai pubblici poteri dimostrare con motivazione particolarmente rigorosa l'insufficienza del mercato, in assenza della quale l'intervento pubblico risulterebbe inutile, non giustificato dall'interesse pubblico e pertanto illegittimo, nei nostri, invece, l'assunzione diretta da parte dei pubblici poteri può ritenersi giustificata in via ordinaria. (Menichetti, 2003, p. 111).

Con l'entrata in vigore l'1 gennaio 1948 della Carta costituzionale, il monopolio statale nel campo dell'assistenza, sancito dalla Legge Crispi del 1890,⁵⁷ è stato irrimediabilmente messo in crisi. La Costituzione repubblicana ha infatti segnato il passaggio da un'impostazione fondata sulla presenza e sull'intervento delle strutture pubbliche a un vero e proprio sistema di sicurezza sociale, caratterizzato dall'obbligatorietà degli interventi (fatte salve le limitazioni imposte dalla politica di spesa) e dal conseguente riconoscimento, in capo al cittadino-utente, di un vero e proprio diritto soggettivo all'assistenza sociale.⁵⁸

Di rilievo, tra le previsioni costituzionali, ai fini del presente contributo si segnalano gli articoli 2, 3, 31, 38, 97, comma 1, 117, comma 2, lett. m), 118 e 119.

L'art. 2 agisce su due linee direttrici: la prima garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia quale singola persona sia nelle formazioni sociali all'interno delle quali l'uomo svolge la propria personalità. Si tratta di diritti che, al fine di risultare effettivamente esigibili, richiedono la prestazione e l'erogazione funzionale e necessaria di interventi sociali.⁵⁹ La seconda linea stabilisce il dovere di solidarietà, il quale sottende "misure di perequazione sociale in favore delle fasce più deboli della popolazione" (Frego Luppi, 2011, p. 25).

L'art. 3 postula due fondamentali principi: il principio di uguaglianza formale (comma 1) e quello sostanziale (comma 2) dei cittadini. Per quanto attiene al primo principio enunciato, i cittadini hanno pari dignità sociale senza distinzioni fondate sul sesso, la razza, la lingua, la religione, le opinioni politiche ovvero sulle condizioni personali e sociali. Relativamente al secondo principio, l'art. 3 stabilisce un comportamento attivo da parte delle istituzioni pubbliche, che devono intervenire a rimuovere le barriere e gli ostacoli di ordine economico e sociale che possono impedire ai cittadini di potersi vedere riconosciuto, e quindi assicurato, il pieno sviluppo della

⁵⁷ Il cammino verso la "pubblicizzazione" dell'assistenza trova proprio nella legge 17 luglio 1890, n. 6972 (cd Legge Crispi) il suo momento fondamentale. La conseguenza pratica di questa legge fu quella di attrarre nell'alveo della Pubblica amministrazione, pur conservando loro un certo livello di autonomia, Enti e istituzioni che per costituzione, caratterizzazione ispirativa (religiosa o laica), connotati organizzativi e modalità di erogazione del servizio, non ricavavano dalla trasformazione in ente pubblico se non quello di soggiacere al necessario sistema dei controlli appositamente costituito e mutuato in parte da quello comunale e provinciale (vigilanza-controllo sugli organi, tutela-controllo sugli atti) e al regime vincolistico derivante dalle norme di contabilità pubblica. L'attrazione delle IPAB nell'alveo pubblicistico ha fatto sì che esse venissero tradizionalmente classificate tra gli enti pubblici locali non territoriali, dal momento che il territorio, inteso come ambito spaziale di intervento, non rappresentava un elemento costitutivo della relativa fattispecie, ma valeva a delimitare i confini del bacino d'utenza dell'istituzione.

⁵⁸ Assistenza sociale
cui, secondo un principio universalista, hanno titolo tutti i cittadini che, nella loro esperienza di vita, incontrano momenti di debolezza e difficoltà. (Marzanati, 2008, p. 259).

⁵⁹ Si pensi al riguardo alle molteplici e spesso sovrapposte normative in materia di organizzazioni *no profit*, nelle quali è dato rilevare alcuni livelli essenziali delle prestazioni: per tutti, si vedano la Legge n. 381/1991 (cooperative sociali) e il DLgs n. 460/1997 (onlus), che contemplano le attività a favore dei soggetti svantaggiati.

persona umana⁶⁰ e l'effettiva partecipazione - quando rivestono la qualità di lavoratori - all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese. Si tratta di un articolo fondamentale, attesi i contenuti in esso previsti: per vero, preme evidenziare che l'intervento dei pubblici poteri acquista una rilevanza strategica in specie in quelle situazioni in cui i diritti essenziali delle e alle prestazioni sembrano compromessi dalle condizioni economiche e/o sociali dei cittadini.⁶¹

Nell'art. 38 è possibile rinvenire la definizione di taluni diritti sociali, per i quali sono individuate "categorie di soggetti da tutelare e modalità di tutela" (Frego Luppi, 2011, p. 25):

- il mantenimento e l'assistenza sociale integrano diritti sociali che spettano ai cittadini che versano in condizioni di difficoltà ovvero che risultino inabili al lavoro;
- l'educazione e l'avviamento professionale sono diritti di cui devono godere gli inabili e i minorati;
- l'organizzazione dei servizi non è una responsabilità soltanto delle istituzioni statali (come avveniva nel previgente sistema), ma anche di altri organi e istituti che lo Stato prevede ovvero integra;
- l'assistenza privata, intesa quale alternativa a quella erogata dallo Stato direttamente, è libera.

La Costituzione, quindi, riconoscendo in via generale l'intervento del privato in ambito solidaristico, come singolo o in gruppi organizzati, sancisce espressamente nell'art. 38 u.c. la libertà dell'assistenza privata, riaffermando così il pluralismo organizzativo in campo assistenziale.

Nell'ordinamento giuridico italiano si determina in questo modo una storica inversione di tendenza della produzione normativa caratterizzata ormai da un secolo e mezzo dalla impronta statalista.⁶²

In definitiva la Costituzione compie una concreta operazione di "sdoganamento" della società civile, di cui riconosce il valore autonomo e antecedente alla stessa struttura statale,

⁶⁰ *La Costituzione, infatti, con una netta inversione di prospettiva rispetto al precedente regime, ha posto la persona, vista nella sua intrinseca dimensione sociale, al centro dell'azione dei pubblici poteri, cui è conferito, in primis, il compito di favorire le condizioni per la rimozione di ogni ostacolo, nonché la prevenzione e la cura dello stato di bisogno, che ogni individuo può incontrare durante la sua esistenza. E ciò soprattutto operando nel contesto socio economico, al fine di consentire il corretto esplicarsi dei doveri di solidarietà nella prospettiva dell'eguaglianza sostanziale e valorizzando le formazioni sociali come fattore indispensabile di promozione e luogo di prevenzione e cura delle debolezze umane.* (Marzanati, 2008, p. 259).

⁶¹ Gli artt. 2 e 3, come correttamente è stato segnalato in dottrina, "vincolano e indirizzano l'attività del legislatore", soprattutto nel comparto della definizione e garanzia dei diritti essenziali delle prestazioni sociali.

⁶² Lo Stato è costretto a riconoscere al proprio interno l'esistenza e la rilevanza di una società civile con propria capacità autoregolamentativa. L'opera poté essere compiuta per il convergente interesse al riconoscimento della propria esistenza espresso dai partiti presenti alla Costituente, specialmente da quelli della sinistra che fecero della libertà dei partiti e dei sindacati forse il principale degli obiettivi delle loro battaglie costituzionali.

collocandola in una posizione centrale, che nei decenni successivi sarà ribadita dalla costituzionalizzazione del principio di sussidiarietà orizzontale (art. 118, comma 4).⁶³

Coerentemente con l'approccio pluralista sopra descritto, la Corte costituzionale è intervenuta a ricondurre ad unità non soltanto i concetti di assistenza e beneficenza pubblica, bensì anche quello di assistenza sociale ex art. 38 Cost.⁶⁴ E a completamento di una impostazione che intendeva ribadire il superamento degli schemi ottocenteschi, la medesima Corte costituzionale ebbe a rimarcare, in quanto in contrasto proprio con l'art. 38 Cost. u.c., l'illegittimità costituzionale dell'art. 1 della Legge 17 luglio 1890, n. 6972 (conosciuta come Legge Crispi) laddove essa affermava il monopolio pubblico nell'erogazione dei servizi di assistenza (C. Cost. 24/3-7/4/1998, n. 396).

L'art. 97, comma 1 stabilisce che l'azione amministrativa sia improntata ai criteri di efficacia ed efficienza, concetti che integrano l'espressione "buon andamento" utilizzata dalla Costituzione.⁶⁵ Nella predisposizione e nell'organizzazione di un servizio sociale, e quindi degli interventi e delle azioni che devono comporre l'erogazione del medesimo servizio, l'azione amministrativa risulta tanto più efficace quanto più interviene a "soddisfare effettivamente l'utente nella misura in cui il suo interesse è oggetto di tutela" (Frego Luppi, 2011, p. 27). L'azione e l'intervento, com'è noto, potranno essere oggetto di prestazione sia direttamente da parte delle istituzioni pubbliche (locali) sia da parte di organizzazioni non lucrative (ovvero lucrative in taluni casi), alle quali gli Enti locali possono anche affidare l'erogazione di quel determinato servizio sociale.

In epoca recente, i principi contenuti nell'art. 97, comma 1 Cost. sono stati ribaditi nell'art. 11 del DLgs n. 150/2009, nel quale si afferma che la trasparenza amministrativa costituisce livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m) della Costituzione.⁶⁶

⁶³ La previsione costituzionale del principio di sussidiarietà, in linea con quanto disciplinato in campo socio-assistenziale dalla Legge 8/11/2000, n. 328, deve essere letta come contributo dell'ordinamento giuridico a sostenere e valorizzare la partecipazione dei privati che "possono integrarsi nella rete: dalle singole persone alle forme di reciprocità e di autoaiuto, dalle organizzazioni sindacali alle diverse forme associative, agli enti che esercitano competenze nel settore". (Albanese, Marzuoli, 2003, p. 75).

⁶⁴ *L'ampliatio dei destinatari, che prescinde in taluni casi dallo stato di bisogno; la diversificazione delle prestazioni, congiunta all'estendersi del carattere di non discrezionalità nella loro erogazione; la tendenza a superare la tipizzazione degli interventi a seconda delle categorie individuate dall'attività lavorativa degli assistibili, facendosi invece riferimento ai diversi stadi della vita umana (infanzia, vecchiaia) che maggiormente richiedono la fruizione dei servizi sociali; questo insieme di elementi comporta il superamento dei presupposti sui quali si fondavano le distinzioni e le contrapposizioni disegnate nella sentenza n. 139 del 1972.* (C. Cost. 17-30.7.1981, n. 173).

⁶⁵ *Per efficacia s'intende comunemente l'idoneità dell'azione amministrativa a raggiungere gli obiettivi perseguiti e quindi si esprime nel rapporto tra obiettivi perseguiti, e obiettivi conseguiti. Per efficienza si intende invece l'idoneità a perseguire gli obiettivi con minor dispendio di risorse possibile e si esprime nel rapporto fra costi e benefici.* (Frego Luppi, 2011, p. 27).

⁶⁶ Si tratta del Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, recante "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", il cui articolo 11 (Trasparenza), comma 1 recita:

Organizzazione, andamento gestionale, utilizzo delle risorse disponibili, nonché valutazione della qualità dei risultati conseguiti costituiscono dunque tutti elementi che debbono caratterizzare il livello (essenziale) delle prestazioni erogate agli aventi diritto.

L'art. 117, comma 2, lettera m), in una logica di mantenimento in capo allo Stato centrale di talune funzioni fondamentali, a seguito della regionalizzazione delle competenze in campo socio-assistenziale e sanitario sancita con la modifica del Titolo V della Costituzione, attribuisce allo Stato la responsabilità di garantire sull'intero territorio nazionale la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (e civili).⁶⁷

Rinviano un maggiore approfondimento della tematica ai paragrafi successivi, qui basti richiamare il significato di "essenziali", da intendersi quali servizi caratterizzati non tanto (e soltanto) da elementi quantitativi, bensì - e forse soprattutto - da livelli qualitativi, attesa la "stretta connessione fra garanzia dei diritti considerati e standard di qualità delle prestazioni".⁶⁸ Ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m), al legislatore statale spetta quindi individuare i livelli di garanzia necessari ad assicurare a tutti i cittadini italiani uguali condizioni di accesso ai servizi, indipendentemente, "dall'ubicazione geografica"⁶⁹ dei cittadini stessi.⁷⁰

L'art. 118, in specie nell'ultimo comma, sancisce il pluralismo organizzativo dei servizi da erogare sul territorio: infatti, com'è stato notato,

la determinazione dei livelli essenziali, proprio in quanto posta a garanzia dell'effettività dei diritti, richiede come passaggio necessario la definizione di adeguati meccanismi organizzativi. (Cabiddu, 2005, p. 210).

La trasparenza è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità. Essa costituisce livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione.

⁶⁷ La disposizione costituzionale contenuta nell'art. 117, comma 2, lett. m) ribadisce

il collegamento fra livelli di godimento dei diritti e cittadinanza, già prefigurato nei principi fondamentali e, in particolare, nel principio solidaristico, nel principio di eguaglianza e nel principio di unità e indivisibilità della Repubblica. (Cabiddu, 2005, p. 207).

⁶⁸ Cabiddu, 2005, p. 208, precisa che

[l]'essenzialità è concetto relativo, nel senso che [...] dipende sia dalle condizioni soggettive del beneficiario che dal contesto sociale, sicché ben potrebbe essere essenziale, in determinate situazioni, ciò che in altre non lo è.

⁶⁹ È la terminologia impiegata dal Libro verde punto 3.1.1. (Servizio universale), par. 50.

⁷⁰ La tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali costituisce, nel contesto di riparto delle competenze tra Stato e Regioni,

una sorta di rete di protezione che impedisce alle autonome decisioni regionali di pregiudicare la parità dei diritti dei cittadini, sul presupposto che la diminuzione di tutela oltre una certa soglia equivalga alla rottura del patto sociale posto a fondamento della cittadinanza. (Cabiddu, 2005, pp. 209-210).

Attraverso la costituzionalizzazione del principio di sussidiarietà, quindi, l'art. 118 u.c. Cost. introduce il principio della responsabilità diffusa nella organizzazione e gestione dei servizi, i quali - *a fortiori* - richiedono la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni ad essi collegati. In questo senso, i pubblici poteri, cui è affidato il ruolo di coordinamento e di supervisione degli interventi sociali sul territorio, devono provvedere ad assicurare (e non necessariamente erogare direttamente) i servizi e le prestazioni che integrano il godimento dei livelli essenziali. Provvedere significa, infatti, in primo luogo, "assumere" un'attività quale pubblico servizio.⁷¹

Il cambio di passo introdotto dalla modifica del Titolo V della Costituzione rispetto al previgente sistema trova conferma anche nei meccanismi di finanziamento delle funzioni e degli interventi a livello locale. In questa direzione, infatti, l'art. 119 prevede che Regioni ed Enti locali derivino le risorse connesse alla loro azione da entrate e tributi propri nonché dalla compartecipazione al gettito di tributi erariali riferibile al territorio di loro competenza. Solo eccezionalmente, per i territori con minore capacità fiscale per abitante, è previsto un finanziamento integrativo derivante da un fondo perequativo statale.

Per quanto attiene al comparto degli interventi sociali e socio-assistenziali si tratta di un radicale mutamento di prospettiva. Infatti, nel sistema precedente gli interventi e i servizi sociali potevano contare in via principale su imponenti ed essenziali flussi finanziari derivanti dallo Stato centrale (cosiddetti trasferimenti) (Codini, 2011, p. 18). L'intenzione del legislatore costituzionale è quella di introdurre una maggiore responsabilizzazione in capo agli Enti locali nella organizzazione e gestione dei servizi (sociali) sul territorio. E questo aspetto è forse, tra gli altri, quello che viene maggiormente in considerazione in tema di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni: si tratta, infatti, di livelli - che come già ribadito - *naturaliter* si riferiscono ai profili finanziari necessari all'erogazione dei servizi.

⁷¹ Si veda Martelli, 2002, pp. 593 ss.

Esiste una difficoltà nel definire la nozione di servizio pubblico, che nasce dal fatto che essa è utilizzata in diversi campi, acquistando così diversi significati. Due sono le fondamentali valenze del concetto: una di origine economica e una giuridica, la quale però nemmeno si può dire unitaria. Cercando di esemplificare, per servizio pubblico in senso economico si intende un'attività offerta al pubblico, una prestazione idonea a soddisfare una pluralità di domande. Si tratta di un'accezione ampia del concetto perché sottolinea un unico principale elemento, quello di un'attività destinata al pubblico. È un aspetto che è rinvenibile anche nell'accezione giuridica del termine, dove però il tratto caratterizzante è rappresentato dal fatto che l'attività di pubblico servizio è un'attività sottoposta ad un particolare regime, in seguito ad un atto di assunzione di un Ente pubblico, che sia legittimato a svolgere la sintesi degli interessi di una comunità e a qualificare pertanto un'attività come "servizio pubblico". All'atto di assunzione fa seguito dunque la titolarità dell'atto di pubblico servizio in capo al soggetto pubblico.

2.2. Integrazione sociosanitaria dei servizi e degli interventi

2.2.1. Introduzione

Allo scopo di comprendere la rilevanza strategica dei livelli essenziali delle prestazioni, sembra opportuno riferirsi all'evoluzione dell'integrazione sociosanitaria che, progressivamente, ha assunto centralità nella programmazione degli interventi.⁷² Invero, l'approccio non parcellizzato al bisogno richiede necessariamente la predisposizione di sistemi di intervento e di servizi capaci di offrire una risposta integrata e, laddove possibile, unitaria. Sebbene l'integrazione sociosanitaria non risulti ancora un approdo definitivo nella costruzione dei sistemi di *welfare*, in specie a livello locale, la sua comprensione e individuazione dal punto di vista giuridico e istituzionale sembra opportuna, soprattutto in un momento storico in cui gli Enti locali e le Aziende USL sono chiamate ad individuare le priorità di intervento e, conseguentemente, le risorse disponibili per tali interventi.

Al fine di delimitare il campo di azione degli interventi del Servizio sanitario nazionale, la legislazione in campo sanitario ha implicitamente e, spesso, esplicitamente, definito le responsabilità e le competenze del sistema assistenziale, costruendo progressivamente un sistema duale - sanitario e sociale - ma insistendo sulla necessità di integrazione dei rispettivi interventi. Nonostante l'attenzione a distinguere gli interventi sanitari da quelli socio-assistenziali, resta incardinata nel sistema sanitario nazionale anche una rilevante responsabilità nell'assicurare prestazioni sociali, quando la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili, oppure quando la prestazione sociale è indispensabile al percorso di cura e riabilitazione.

Dopo la Seconda guerra mondiale, l'Italia presentava un sistema di *welfare* fondato su enti nazionali istituiti per categorie giuridiche di destinatari e su enti a controllo statale, secondo logiche verticistiche, burocratiche, categoriali e discrezionali.

La Costituzione del 1948 ha successivamente formalizzato un nuovo e più complessivo impegno dello Stato in termini di sicurezza sociale, contribuendo a superare l'ottica assistenzialistica per categorie a favore di principi universalistici e di prevenzione.

Con l'istituzione delle Regioni, poi, si sono gettate le basi del processo di decentramento, secondo cui si conferisce autonomia organizzativa e potestà legislativa alle Regioni, estendendo, conseguentemente, spazi di azione autonoma anche a Province e Comuni.

⁷² *Ad oggi il quadro normativo che delinea l'integrazione socio-sanitaria non può che inserirsi nella garanzia (anche) dei diritti sociali, affermatasi con il nuovo art. 117, comma 2, lett. m), Cost. In tal senso, la rivisitazione in sede regionale della politica sociale, in termini normativi e programmatici, sta portando ad una valutazione delle strutture e delle prestazioni, espressione dell'integrazione sociosanitaria, in chiave di risposta più idonea che, cercando una compenetrazione tra un sistema sanitario e di protezione sociale, si può dare a situazioni di vita come la non autosufficienza, la cronicità, o la dipendenza. (Degani, Mozzanica, 2011, p. 49).*

2.2.2. La prima legge di riforma sanitaria e l'integrazione sociosanitaria

In questo contesto, la Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del Servizio sanitario nazionale" ha:

- introdotto principi e innovazioni, rilevanti anche in campo sociale;
- definito la creazione di un nuovo sistema di sicurezza sociale;
- smantellato l'organizzazione mutualistica e gli enti nazionali di assistenza per categoria;
- esteso a tutti i cittadini, senza distinzione di reddito, l'assistenza sanitaria.

In particolare, La legge ha:

- istituito il Servizio sanitario nazionale (SSN);
- previsto la costituzione delle Unità sanitarie locali (USL), quali strutture operative dei Comuni, singoli o associati, che assolvono i compiti del SSN come Enti locali e coincidono, come ambiti territoriali, con gli Enti locali preposti ai servizi sociali (art. 15);
- ribadito la necessità di coordinare le attività dei settori sanitario e sociale,⁷³ prevedendo l'emanazione di un atto di indirizzo del governo alle regioni;
- rinviato alla legislazione regionale il compito di definire le norme di una gestione coordinata e integrata dei servizi delle USL con quelli sociali esistenti sul territorio.

L'integrazione sociosanitaria trova una propria legittimazione, anche di carattere istituzionale e organizzativo, nella Legge 27 dicembre 1983, n. 730 (Legge finanziaria 1984).⁷⁴ Contestualmente, tale provvedimento stabilisce per la prima volta "che sono a carico del Fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali" (art. 30, comma 2, L. n. 730/1983). Si tratta di una disposizione che introduce nel nostro ordinamento una differenziazione fra finanziamenti e competenze relative all'ambito sanitario, rispetto a quelli relativi all'ambito sociale. L'intenzione del legislatore era quella di escludere chiaramente che i costi delle prestazioni afferenti al comparto socio-assistenziale gravassero sul bilancio del Servizio sanitario nazionale (Degani, Mozzanica, 2011, p. 50), assegnando, di conseguenza, il finanziamento delle prestazioni sociali agli Enti locali, ovvero all'utente.

La previsione contenuta nell'art. 30 troverà ulteriore precisazione nel DPCM 8 agosto 1985, "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di

⁷³ L'art. 15, ultimo comma

ha attribuito al legislatore regionale il compito di stabilire norme per la gestione coordinata ed integrata dei servizi dell'unità sanitaria locale con i servizi sociali esistenti nel territorio: questo ha sancito per la prima volta la correlazione tra l'art. 32 e l'art. 38 Cost., per riferire l'attribuzione di un possibile diritto soggettivo sia alla tutela della salute che alla tutela delle condizioni di disagio sociale per come evocate dall'art. 38. (Degani, Mozzanica, 2011, p. 50).

⁷⁴ Art. 30, comma 1:

Per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, gli Enti locali e le Regioni possono avvalersi, in tutto o in parte, delle Unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento.

rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833", nel quale è possibile, seppure in termini ancora iniziali, una definizione delle prestazioni sanitarie connesse a quelle sociali. Il decreto in parola definisce le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali di cui all'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730,

le attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti. (art. 1).

Il DPCM del 1985 si preoccupa anche di individuare le prestazioni di rilievo sanitario che non sono connesse alle prestazioni sociali:

Non rientrano tra le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, le attività direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, comunque estrinsecantisi, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino. In particolare, non rientrano tra le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali l'assistenza economica in denaro o in natura e l'assistenza domestica, le comunità alloggio, le strutture diurne socio-formative, i corsi di formazione professionale, gli interventi per l'inserimento e il reinserimento lavorativo, i centri di aggregazione e di incontro diurni, i soggiorni estivi, i ricoveri in strutture protette extra-ospedaliere meramente sostitutivi, sia pure temporaneamente, dell'assistenza familiare. (art. 2).

Rientrano altresì tra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, con imputazione dei relativi oneri sul Fondo sanitario nazionale,

i ricoveri in strutture protette, comunque denominate, sempre che le stesse svolgano le attività di cui all'art. 1. Le prestazioni in esse erogate devono essere dirette, in via esclusiva o prevalente:

- *alla riabilitazione o alla rieducazione funzionale degli handicappati e dei disabili, nell'ambito degli interventi previsti dall'art. 26 della richiamata legge n. 833 del 1978;*
- *alla cura e al recupero fisico-psichico dei malati mentali, ai sensi dell'art. 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, purché le suddette prestazioni siano integrate con quelle dei servizi psichiatrici territoriali;*
- *alla cura e/o al recupero fisico-psichico dei tossicodipendenti relativamente sia alla fase terapeutica di disassuefazione fisica sia a quella diretta alla rimozione della dipendenza psicologica dalla sostanza stupefacente o psicotropa, secondo programmi terapeutici concordati con le unità sanitarie locali. Nessun onere deve essere imputato sul Fondo sanitario nazionale per i periodi di assistenza finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo dei cittadini interessati ovvero per l'attuazione delle convenzioni aventi le stesse finalità, previste dall'art. 1-bis del decreto-legge 22 aprile 1985, n. 144, convertito, con modificazioni, nella legge 21 giugno 1985, n. 297;*
- *alla cura degli anziani, limitatamente agli stati morbosi non curabili a domicilio. (art. 6).*

Con il medesimo articolo, il Decreto individua una modalità di riparto dei costi di natura forfetaria, nei casi in cui non sia motivatamente possibile disgiungere l'intervento sanitario da quello socio-assistenziale. Quando ciò non sia possibile, il DPCM attribuisce alle Regioni, nell'ambito delle disponibilità finanziarie assicurate dal Fondo sanitario nazionale, la facoltà di avvalersi, mediante convenzione, di istituzioni pubbliche o, in assenza, di istituzioni private. In questi casi le Regioni possono prevedere che l'onere sia forfettariamente posto a carico, in misura percentuale, del Fondo sanitario nazionale o degli enti tenuti all'assistenza sociale, in proporzione all'incidenza rispettivamente della tutela sanitaria e della tutela assistenziale, con eventuale partecipazione da parte dei cittadini.

Preme evidenziare che, sulla base del DPCM del 1985 - quindi ben 16 anni prima della modifica del Titolo V della Costituzione - le Regioni, in particolare per quanto riguarda gli interventi a favore degli anziani non autosufficienti e della disabilità, hanno attivato e organizzato servizi e interventi differenti l'una dall'altra.

Mentre, quindi, da un lato già dalla metà degli anni Ottanta ha preso avvio un processo di differenziazione regionale, dall'altro si segnala che una caratteristica forse uniforme rinvenibile nell'intero territorio nazionale è riferibile alla quasi sempre netta separazione tra soggetti deputati sia all'erogazione sia al finanziamento delle prestazioni sociosanitarie, ossia gli Enti locali da una parte, le Aziende sanitarie locali dall'altra.

La contaminazione tra settore sociale e sanitario, settori diversi tra l'altro in ragione della disparità delle rispettive fonti di finanziamento, fattore evidenziato dalla mancanza di un Fondo sociale nazionale, fece emergere la consapevolezza circa la necessità di trovare un punto di equilibrio. Si cominciò allora a considerare una prospettiva di integrazione sociosanitaria per quegli interventi la cui connessione nei due settori risulta inscindibile. Si introdussero concetti quali:

- azione programmata, che sottende impegni operativi in uno specifico settore sanitario in cui deve confluire l'attività di più settori sanitari, finanziata dal Fondo sanitario con risorse a destinazione vincolata;
- progetti-obiettivo, nei quali è dato registrare un impegno operativo idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, integrate da quelle socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela sociosanitaria dei soggetti destinatari del progetto, finanziati dal Fondo sanitario con risorse aggiuntive provenienti anche dagli Enti locali.

2.2.3. La seconda legge di riforma sanitaria

La Legge n. 833/1978 è stata oggetto di un primo *restyling* normativo ad opera del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria". Principalmente motivato da esigenze di razionalizzazione della spesa, il Decreto n. 502 ha sancito un deciso cambiamento gestionale, basato su criteri aziendalistici. In questa direzione viene conferita personalità giuridica alle USL, da allora denominate Aziende Unità sanitarie locali (AUSL), dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, gestionale, contabile e tecnica, e tenute ad assumere nel proprio ambito territoriale i livelli di assistenza contenuti nei piani regionali, in coerenza con il piano nazionale.

Le Aziende USL prevedono:

- un'estensione territoriale di norma coincidente con la Provincia;
- un'articolazione in Distretti, il cui ambito corrisponde ad una popolazione di 60.000 abitanti;
- l'affidamento dei poteri di gestione a un Direttore generale, coadiuvato dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo, col supporto del Consiglio dei sanitari, composto dai soli appartenenti all'ambito sanitario;
- l'elaborazione e l'approvazione dell'Atto aziendale, ossia di un provvedimento programmatico che, secondo obiettivi e priorità della programmazione generale e locale, indica linee operative, criteri organizzativi e risorse da impegnare per assicurare i livelli essenziali di assistenza e i progetti-obiettivo.

In ordine al rapporto tra settori sociale e sanitario, mentre la Legge n. 833/1978 prevedeva per le Regioni un ruolo di programmazione locale, per i Comuni la competenza gestionale diretta e per le USL il ruolo di enti strumentali dei Comuni, il DLgs n. 502/1992 ha individuato le AUSL quali enti strumentali della regione, lasciando ai Comuni la sola gestione del settore socio-assistenziale, che può essere delegata alla AUSL ma con oneri a proprio carico e con contabilità separate. Le funzioni dei Comuni vengono dunque ridefinite, soprattutto nella direzione di affidare agli stessi un ruolo di indirizzo rispetto all'impostazione programmatica.

Tuttavia, l'integrazione sociosanitaria, in specie a livello territoriale, era avvertita come esigenza-obiettivo da affrontare/realizzare, attesi i seguenti aspetti:

- l'accentuata discrezionalità e la forte disomogeneità dei sistemi locali di organizzazione di servizi e di erogazione di prestazioni;
- l'accentuato squilibrio tra prestazioni di tipo economico e offerta di servizi;
- una spesa sociale inferiore alla media europea;
- la titolarità delle competenze segmentata tra più enti e una permanenza dell'assistenza per categoria;
- una carente programmazione a favore della logica dell'emergenza;
- una scarsa attenzione alla modificazione dei bisogni e alla flessibilità delle scelte.

2.2.4. La terza legge di riforma sanitaria

La questione dell'integrazione sociosanitaria assunse una valenza prioritaria nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 e nel DLgs 29 giugno 1999, n. 229, recante "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale" (anche conosciuto con il nome di "Riforma ter" della sanità), che ha introdotto significative modifiche proprio su questo aspetto.

L'art. 3 *septies*, comma 1, DLgs n. 299/1999 recita:

Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Il comma 2 distingue le

- *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite acquisite*
- *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.*

Il quarto comma individua anche le

prestazioni ad elevata integrazione sanitaria [che] sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria [...]

e per le quali vengono individuate le aree di intervento, dettagliandone prestazioni, fonti legislative e criteri di finanziamento.

L'impianto sistemico che caratterizza il "dialogo integrato e collaborativo" tra sociale e sanità appare, pertanto, caratterizzato da tre livelli di integrazione sociosanitaria:

- istituzionale, che nasce dall'esigenza di promuovere collaborazioni tra le diverse istituzioni che condividono i medesimi obiettivi riguardo la salute, attraverso la stipula di convenzioni, accordi o protocolli operativi. Nei piani regionali si trovano le indicazioni per definire criteri e indirizzi di finanziamenti e organizzazione;
- gestionale, che riguarda il livello operativo e prevede un'integrazione tra i diversi servizi, affinché si incrementino approcci multidimensionali, metodologie di lavoro per progetti e di valutazione dei servizi anche da parte dell'utenza, l'utilizzo di strumenti di comunicazione informatizzata;
- professionale, affinché si costituiscano *équipe* multi/interprofessionali che operino come unità valutative integrate, per una gestione unitaria della documentazione, la partecipazione ai momenti decisionali, l'individuazione di responsabilità del lavoro integrato, la continuità terapeutica-assistenziale tra ospedale e territorio.

Il DLgs n. 229/1999 si inserisce quindi in un quadro normativo più generale di innovazione orientata al decentramento e al conferimento di poteri di autonomia in base ai principi di flessibilità, razionalizzazione delle spese, integrazione delle funzioni sanitarie e sociali, nonché valorizzazione dell'apporto della società civile. In questa direzione, il Decreto può, a ragione, essere individuato quale precedente storico della successiva produzione normativa in materia sociale, sia per quanto attiene alla questione dell'integrazione sociosanitaria sia per il coinvolgimento della società civile nella programmazione e nella gestione dei servizi (sociali).

2.2.5. Il DPCM 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie)

Il comma 3 del citato art. 3 *septies* del DLgs n. 229/1999 prevede l'elaborazione di un atto di indirizzo e coordinamento che individui le prestazioni sociosanitarie, affinché si stabilisca una linea di continuità tra azioni di cura, riabilitazione e protezione sociale in un unico progetto assistenziale. Tale atto di indirizzo in parola fu emanato con il DPCM 14 febbraio 2001, che ha individuato le prestazioni da ricondurre alle categorie individuate nello stesso articolo, precisando il criterio di finanziamento in relazione alla competenza tra le Aziende sanitarie locali e/o ai Comuni/utenti.⁷⁵

Il decreto in parola, ancorché non operi espliciti richiami alla Legge n. 328/2000, pur evidentemente ispirandosi ad essa, definisce le seguenti prestazioni come interventi sociali a rilevanza sanitaria di competenza dei Comuni,:

- gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
- gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
- gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
- gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;
- ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

Il finanziamento di tali attività è completamente a carico dei Comuni, con eventuale compartecipazione da parte dell'utente. Il DPCM contiene una tabella recante "Prestazioni e criteri di finanziamento", che indica la competenza rispettivamente del SSN e dei Comuni per quanto attiene al finanziamento della spesa. Utilizzando questa tabella, è possibile dettagliare ulteriormente l'elenco delle prestazioni di competenza dei Comuni sopra riportato. Poiché non risulta possibile sovrapporre completamente le prestazioni che i Comuni devono erogare a seguito del DPCM con l'elenco dei livelli essenziali contenuti nell'art. 22 della Legge n. 328/2000, occorre considerare le medesime prestazioni quali parzialmente integrative.

Ma perché un provvedimento, che si richiama esclusivamente alla normativa sanitaria, contiene le prestazioni sociali che devono essere assicurate dai Comuni? La spiegazione probabilmente è contenuta nello stesso DPCM: esso, invero, dispone in ordine alle prestazioni a rilevanza sanitaria, le quali concorrono quindi alla tutela del diritto alla salute che, come tale, conseguentemente rende esigibili le prestazioni dedotte nel Decreto, alla stessa stregua di quelle sanitarie.

⁷⁵ In argomento, si veda Degani, Mozzanica, 2011, pp. 52-54.

2.2.6. Il DPCM 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza)

Il successivo DPCM 29 novembre 2001 ha provveduto alla definizione dei livelli essenziali di assistenza. Il provvedimento è coerente con quanto già previsto dal DPCM 14 febbraio 2001. Dal punto di vista funzionale e di allocazione delle risorse, si profila una ripartizione a prevalenza sanitaria per quanto riguarda le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e a prevalenza sociale per quanto riguarda le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

L'inquadramento dell'integrazione nella dimensione di livello essenziale, per le prestazioni elencate in questo DPCM, rappresenta una precisa scelta normativa che non si traduce solo in una ripartizione dei costi, ma soprattutto si evidenzia quale unica condizione per dare risposta a bisogni complessi.

Si può inoltre affermare che con questo atto, che tenta di dare compiutezza alla dimensione del diritto esigibile all'assistenza sanitaria, si conclude l'iter normativo che ha visto lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria. I livelli essenziali di assistenza, come definiti in questo atto, costituiscono, soprattutto per effetto della revisione del Titolo V, il contenuto sostanziale del diritto alla tutela della salute connesso a quello dell'assistenza sociale, con la forma oggi riassunta dal concetto di universalismo selettivo. Le scelte regionali devono quindi essere informate da questo principio e dal nuovo sistema di competenze definito dal Titolo V, specialmente al fine di evitare che i livelli essenziali di assistenza diventino solo un elenco di prestazioni estrapolate da un corretto quadro di programmazione (Degani, Mozzanica, 2011, pp. 54-56).

Come evidenziato nelle pagine precedenti, il DPCM del febbraio 2001 ha individuato le prestazioni la cui titolarità e il cui finanziamento sono di competenza dei Comuni. Il DPCM del novembre 2001 elenca invece le prestazioni che costituiscono i livelli essenziali di assistenza e che devono pertanto essere garantiti dal Servizio sanitario regionale attraverso le Aziende sanitarie, al fine di tutelare il diritto costituzionale alla salute.

Nell'allegato 1/C del Decreto sono definiti i cosiddetti LEA sociosanitari, con richiamo a quanto già definito nel precedente DPCM di febbraio.

Nell'allegato "Area integrazione sociosanitaria" si afferma che

Nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale.

In realtà, non è facile distinguere gli elementi prestazionali sociali da quelli sanitari. Infatti, se solitamente si considerano sociali le prestazioni erogate dai professionisti di area sociale (sicuramente dagli assistenti sociali, ma anche da operatori sociali, operatori sociosanitari, ecc.), più difficile risulta distinguere le prestazioni sociali degli educatori da quelle riabilitative, quindi sanitarie, erogate dagli stessi operatori. Un problema è posto anche dalle prestazioni alberghiere (ristorazione, pulizia degli ambienti, gestione dei letti, ecc.) che vengono, di norma, considerate afferenti alle prestazioni sociali in diversi servizi sociosanitari, mentre sono tranquillamente considerate pertinenti con la sanità, ad esempio, nei presidi ospedalieri. Preme

tuttavia evidenziare che, ai fini del presente lavoro, il problema della distinzione tra prestazioni sociali e prestazioni sanitarie all'interno dei servizi sociosanitari non è molto influente.

In passato, si era soliti attribuire, distintamente, al sistema sanitario e al sistema assistenziale una percentuale di titolarità (e conseguentemente di spesa) dei servizi sociosanitari. Ancorché attualmente questa prassi sia caduta in disuso, è bene ripetere che nella normativa vigente non è dato inferire alcun riferimento per validare la tesi che sostenga una contitolarità dei servizi sociosanitari. In questa direzione, il DPCM del 2001 è chiaro: la responsabilità (*rectius*: la titolarità) di garantire i LEA sociosanitari compete alla sanità.

Come si è richiamato nelle pagine precedenti, alcuni LEA sociosanitari prevedono una percentuale rilevante di costo a carico dell'utente o del Comune. Con ciò si sottintende che il Comune, coerentemente con i precetti costituzionali, deve intervenire per sostenere economicamente gli utenti che non sono in grado di pagare la quota di contribuzione dovuta (c.d. indigenti). Si tratta di quote di contribuzione che non fanno riferimento alle sole prestazioni classificabili come sociali, ma includono a volte anche prestazioni chiaramente sanitarie. Ad esempio, la percentuale di contribuzione che l'utente è chiamato a prestare per l'assistenza domiciliare comprende anche il costo dell'infermiere.

Sull'argomento, è necessario svolgere una prima considerazione: le prestazioni sociosanitarie devono essere assicurate dal sistema sanitario, con ciò affermando che essi costituiscono LEA e, quindi, integrano prestazioni esigibili. Quando i Comuni intervengono economicamente per aiutare gli utenti a pagare la quota di contribuzione dei servizi sociosanitari, consentono al cittadino di fruire di una prestazione esigibile. Un simile intervento economico (integrativo) da parte dell'Ente locale individua quindi un livello essenziale di prestazione sociale (LEPS). Se il Comune non assolvesse questo impegno, ai cittadini indigenti sarebbe negato il diritto costituzionale alla salute. La conseguenza di questa considerazione è che deve ritenersi errata la prassi diffusa che elenca i servizi sociosanitari nei LEPS. Nei LEPS deve essere invece obbligatoriamente incluso l'intervento economico del Comune che consente al cittadino l'accesso ai servizi sociosanitari.

Una seconda considerazione riguarda la quota di contribuzione per i LEA sociosanitari prevista all'interno di un'area giuridica pertinente al sistema sanitario (affermazione avvalorata dal fatto che - come già detto - le quote di contribuzione includono anche prestazioni sanitarie). Ne consegue che la retta dovrebbe essere determinata dalle Regioni nell'ambito delle proprie competenze sanitarie, o quantomeno dalle Aziende sanitarie. I Comuni dovrebbero invece regolamentare i criteri per la determinazione degli aventi diritto alle erogazioni monetarie, finalizzate alla fruizione dei servizi sociosanitari e dell'entità del contributo.

Una terza considerazione riguarda il fatto che nella descrizione dei LEA totalmente a carico del finanziamento del SSN appare esplicitamente il riferimento alle prestazioni sociali, senza che alcun costo sia posto a carico dell'utente e/o del Comune. Peraltro, in questo senso, è opportuno rimarcare che anche nel DPCM di febbraio erano contenute le stesse indicazioni.

I LEA sociosanitari non sono stati successivamente definiti nelle loro caratteristiche e nei loro requisiti con la stessa accuratezza con cui la sanità specifica le prestazioni sanitarie (fatta eccezione per la normativa sull'accreditamento) e, pertanto, non è possibile precisare il contenuto prestazionale sociale dei LEA.

Il tentativo di affrontare la questione, esaminando la legislazione che i due DPCM indicano quale normativa di riferimento per le prestazioni elencate, è frustrante. A volte la legislazione precisa le prestazioni da erogare, ma non riferisce chiaramente la titolarità al Comune o all'Azienda sanitaria. Altre volte, invece, la normativa richiamata è un atto di programmazione datato, ad esempio un progetto obiettivo, che non è più stato aggiornato.

Complessivamente, tuttavia, per quanto riguarda le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto ad erogare, si può confermare la presenza di una componente sociale, che si concretizza nella presenza in organico, in diversi ambiti, della figura dell'assistente sociale (Consultorio, SerT, Servizio di igiene mentale, ...).

Si ritiene quindi indispensabile promuovere, accanto a un aggiornamento dei LEPS e a una migliore definizione dei loro requisiti quali-quantitativi, una riflessione e una produzione normativa e programmatica anche per i LEA sociosanitari.

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

2.3.1. Introduzione

In questo Capitolo si intende analizzare il disegno riformatore della Legge n. 328 del 2000, che ha innovato il sistema nazionale di assistenza e ha introdotto il concetto di livello essenziale delle prestazioni sociali, di cui però non fornisce una definizione, bensì un elenco. Si ricorda che questa Legge ha disciplinato la "materia servizi sociali" quale materia di competenza concorrente, per la quale e sulla quale dunque potevano intervenire sia lo Stato (centrale) sia le Regioni.

Preme evidenziare, tuttavia che l'anno successivo la riforma del Titolo V della Costituzione, introducendo importanti modifiche nel riparto delle competenze istituzionali tra lo Stato e le Regioni, mette in discussione orientamenti e strumenti amministrativi introdotti dalla Legge n. 328/2000.

Come devono quindi essere considerate le indicazioni contenute nella Legge n. 328 sui livelli essenziali delle prestazioni: vigenti o superate? Chi deve definire e con quali percorsi gli standard prestazionali dei LEPS, i requisiti per l'accesso, nonché gli *outcome*?

2.3.2. Disegno riformatore

Si è ricordato nei Capitoli precedenti che la Costituzione ha operato una netta inversione di tendenza e di prospettiva rispetto al previgente regime, proponendo

la persona, vista nella sua intrinseca dimensione sociale, al centro dell'azione dei pubblici poteri, cui è conferito, in primis, il compito di favorire le condizioni per la rimozione di ogni ostacolo, nonché la prevenzione e la cura dello stato di bisogno, che ogni individuo può incontrare durante la sua esistenza. (Marzanati, 2008, p. 259).

Si deve tuttavia precisare che il disegno riformatore contenuto nella Costituzione, volto ad assicurare l'erogazione delle prestazioni sociali e assistenziali alla generalità dei beneficiari, è rimasto per lungo tempo non implementato. Di contro, gli interventi dello Stato si sono succeduti in modo disordinato e disarmonico. Il risultato di un simile approccio è individuabile nella frammentarietà e settorialità degli interventi, nelle disparità territoriali che si sono venute a creare, nonché nelle lacune e (inutili) duplicazioni di formule.

Il peso più importante degli interventi sociali sul territorio è comunque stato sopportato e sostenuto dagli Enti locali (*rectius*: Comuni), i quali hanno - in questi decenni - visto aumentare notevolmente non solo le proprie funzioni e competenze in materia socio-assistenziale,⁷⁶ ma anche le aspettative nei loro confronti da parte dei cittadini. In assenza di un quadro normativo e legislativo di cornice a livello nazionale, ciò ha finito con il produrre, come più volte ribadito, interventi fortemente differenziati, provocando così disparità territoriali.

In un contesto di potestà legislativa di tipo concorrente, la Legge 8 novembre 2000, n. 328 ha inteso porre rimedio alla situazione "a geometria variabile" sopra sinteticamente descritta. In questa direzione, la Legge ha completato - prima della riforma del Titolo V della Costituzione e in linea di continuità con i contenuti della sanità Riforma ter - il sistema di protezione sociale e di *welfare state*.

La Legge n. 328/2000, tra l'altro, ha disposto in merito a:

- trasferimento di poteri alle Regioni e agli Enti locali;
- introduzione del principio di sussidiarietà orizzontale e verticale;
- riforma delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB);
- ruolo del Terzo settore, della famiglia, delle organizzazioni di auto-mutuo aiuto;
- forme di integrazione e di interazione sul territorio;
- introduzione della Carta dei servizi sociali;
- sostegno domiciliare per gli anziani non autosufficienti;
- autorizzazioni e all'accREDITAMENTO.

2.3.3. Competenze istituzionali

Per quanto attiene alle conseguenze più propriamente istituzionali, l'assetto definito dalla Legge quadro implica un ripensamento generale e approfondito delle modalità e delle azioni che hanno caratterizzato gli interventi e i servizi sociali in Italia. Ciò, di conseguenza, ha prodotto riflessi operativi sui rapporti tra i diversi livelli istituzionali burocratici e tra questi ultimi e gli attori della società civile (Terzo settore). Nell'architettura complessiva del disegno riformatore, un ruolo da protagonisti è riconosciuto ai Comuni, enti territoriali cui spetta la titolarità delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale.

⁷⁶ Si pensi, ad esempio, che in forza dell'istituto del "domicilio di soccorso" disciplinato dalla legge Crispi del 1890, i Comuni avevano l'obbligo, accanto alle prestazioni offerte dal sistema delle ex IPAB, di intervenire in via sussidiaria qualora le altre istituzioni pubbliche non fossero state in grado di provvedere al bisogno di un cittadino di quel Comune.

In particolare spetta ai Comuni:

- la programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete;
- l'erogazione dei servizi e delle prestazioni economiche;
- l'autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale;
- la definizione dei parametri di valutazione;
- la promozione delle risorse della collettività;
- il coordinamento e l'integrazione degli enti che operano nell'ambito di competenza locale;
- il controllo e la valutazione della gestione dei servizi;
- la promozione di forme di consultazione allargata;
- garantire la partecipazione dei cittadini al controllo della qualità dei servizi.

In questo contesto, il Comune - quale entità giuridica e organizzativa autonoma, impegnato nella gestione ed erogazione, sia direttamente sia attraverso appositi enti strumentali e organizzazioni *no profit*, dei servizi alla persona, in particolare quelli di natura socio-assistenziale - si è trovato dunque ad assumere maggiori responsabilità.

Ai Comuni è affidata la concreta costruzione del sistema integrato di interventi sociali, attraverso forme di coinvolgimento e partecipazione di tutti gli attori sociali, l'accreditamento delle strutture del Terzo settore e l'attività di vigilanza e controllo sui soggetti del sistema.

In base all'articolo 6 della Legge n. 328/2000, gli Enti locali provvedono a:

- promuovere le risorse delle comunità locali tramite lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e della reciprocità tra cittadini;
- coordinare i programmi e le attività degli enti che operano in ambito sociale, creando intese con le Aziende sanitarie locali per le attività sociosanitarie e per i Piani di zona;
- adottare strumenti per il controllo dell'efficienza e dell'efficacia dei risultati delle prestazioni;
- garantire la partecipazione dei cittadini, non solo per verificare la qualità dei servizi, ma anche per formulare proposte.

In precedenza, con il DLgs n. 229/1999 art. 3 *septies* comma 6, era stato stabilito che

le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento [...]. La Regione determina [...] il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale [...].

Con la Legge n. 328/2000, i Comuni hanno assunto un ruolo centrale e determinante nella realizzazione degli interventi sociali svolti a livello locale, nella convinzione della necessità di una sussidiarietà verticale e orizzontale per la quale il livello locale del Comune sia l'interprete più adatto dei bisogni dei cittadini.

Ai sensi dell'art. 7, le Province:

- concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, per quello che concerne la raccolta dei dati sui bisogni e sulle risorse presenti in ambito provinciale;
- l'analisi dell'offerta assistenziale;

- la promozione di iniziative di formazione professionale e di aggiornamento;
- la partecipazione alla definizione e attuazione dei Piani di zona.

Alle Regioni (art. 8) sono attribuiti compiti di indirizzo, programmazione e coordinamento delle politiche sociali regionali attraverso la stesura del Piano sociale regionale. Le funzioni delle Regioni sono:

- programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali;
- disciplina e verifica della loro integrazione e attuazione a livello locale;
- definizione dei requisiti per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi;
- promozione della sperimentazione di modelli innovativi di servizi, metodi e strumenti atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi e dei programmi;
- definizione dei criteri per la determinazione del concorso al costo delle prestazioni da parte degli utenti;
- predisposizione e finanziamento dei piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali.

Infine, allo Stato viene attribuito l'esercizio delle funzioni di indirizzo, coordinamento e regolazione delle politiche sociali per gli aspetti connessi a (art. 9):

- determinazione, attraverso il piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, dei principi e degli obiettivi delle politiche sociali;
- fissazione di requisiti minimi per l'esercizio dei servizi e delle strutture;
- esercizio dei poteri sostitutivi in caso di inadempienza delle Regioni;
- ripartizione del fondo nazionale per le politiche sociali;
- individuazione dei livelli essenziali e uniformi delle prestazioni (LIVEAS, come da definizione nella Legge n. 328).⁷⁷

La Legge n. 328/2000 intende realizzare una programmazione partecipata e condivisa tra i livelli istituzionali di governo, attraverso la definizione di strumenti programmatori che disciplinano interessi differenziati (Piano nazionale, Piani regionali e Piani di zona). Queste pianificazioni intendevano delineare un sistema di programmazione-pianificazione non gerarchico, bensì caratterizzato da significativi elementi di interazione e complementarietà.

⁷⁷ *L'attribuzione allo Stato della competenza a determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali mira infatti a conseguire l'obiettivo che l'essenziale sia parimenti garantito su tutto il territorio nazionale. Il nucleo essenziale del diritto all'assistenza non tollera eccezioni [...].* (Frego Luppi, 2011, p. 36).

2.3.4. Strumenti della programmazione

Per quanto riguarda il piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, esso si pone come base di riferimento per la determinazione di uno standard di servizi e prestazioni omogeneo su tutto il territorio, a garanzia della tutela dei diritti fondamentali della persona.⁷⁸ Il piano nazionale doveva identificare:

- le caratteristiche, gli indirizzi e i requisiti essenziali delle prestazioni e dei servizi;
- le priorità di intervento e le modalità di attuazione del sistema integrato;
- gli indicatori relativi alla verifica dei programmi di intervento, ai finanziamenti e al concorso al costo dei servizi da parte degli utenti.

Alla luce dei contenuti indicati nel piano nazionale, le Regioni avrebbero dovuto provvedere ad adottare un piano regionale degli interventi e dei servizi sociali coerente con quello nazionale. I piani regionali dovevano porre particolare attenzione all'integrazione sociosanitaria e al coordinamento sul territorio tra i servizi sociali con le politiche di istruzione, formazione e lavoro (art. 18) (Fossati, 2011).

Ma è con l'individuazione del Piano di zona (art. 19) che la Legge n. 328/2000 introduce l'elemento innovativo nella programmazione degli interventi. Infatti, attraverso il Piano di zona i Comuni e le Aziende USL sono chiamati a definire gli obiettivi e le azioni concrete da realizzarsi sul territorio, sulla base delle indicazioni del piano nazionale e regionale e prevedendo risorse finanziarie appositamente destinate, e disegnano il sistema integrato di interventi e servizi sociali. Il Piano di zona rappresenta pertanto uno strumento di programmazione partecipata con cui Comuni, Azienda USL e Terzo settore promuovono il benessere della comunità, individuando i bisogni prioritari, le strategie di prevenzione e le priorità di intervento, le risorse disponibili, le modalità di collaborazione e coordinamento con i soggetti istituzionali e comunitari e le modalità di controllo, verifica e valutazione.⁷⁹

⁷⁸ Si rammenta che la Legge n. 328 è stata approvata nel 2000, quindi un anno prima della modifica del Titolo V della Costituzione. Conseguentemente, le previsioni in essa contenute devono essere collocate in un contesto ordinamentale in cui la "materia" dei servizi sociali non era - come invece è la realtà odierna - di competenza esclusiva delle Regioni.

⁷⁹ Una delle principali caratteristiche del processo di riforma delle politiche sociali, in specie a seguito della Legge di riforma del *welfare* n. 328/2000, è indubbiamente da identificare nel coinvolgimento di un insieme di soggetti pubblici e privati finalizzato alla costituzione di una rete di offerte variegate a sostegno della persona e della collettività tramite l'utilizzo di differenti modalità e relativi strumenti giuridici. I soggetti privati sono le famiglie, le loro formazioni di rappresentanza e di *advocacy* e le organizzazioni *no profit lato sensu*. Parlare di soggetti pubblici significa fare riferimento alle Province, ai Comuni, alle Comunità montane, alle associazioni intercomunali, alle Aziende sanitarie locali, ai comprensori, ecc.

A livello locale lo strumento utilizzato per la realizzazione di un tale modello di politica sociale è rappresentato dal Piano di zona, di cui all'art. 19 della Legge n. 328 e adottato tramite un accordo di programma, che rappresenta uno degli strumenti giuridico-amministrativi diretti a favorire le intese a fini programmatori.

Parlare di sistema integrato significa però chiaramente mettere in campo non solo la fase programmatoria, ma anche quella gestionale. L'esperienza della realizzazione dei primi e soprattutto

dei secondi Piani di zona ha visto molte amministrazioni - soggetti preposti a tale scelta sulla base di indicazioni legislative fornite dalle singole Regioni - interrogarsi in merito a quali forme di gestione adottare per migliorare l'offerta e per mettere in rete l'intervento dei vari soggetti coinvolti.

Per gli Enti locali in particolare, la problematica relativa all'individuazione di quale forma gestionale adottare rappresenta una questione cruciale in quanto la sua individuazione rimanda alla ridefinizione dei poteri intesi come funzioni e competenze fra i vari soggetti pubblici e privati che costituiscono il nuovo sistema di gestione degli interventi a livello locale. Tale problematica è risultata una questione aperta che va al di là delle potenziali opportunità o criticità offerte a livello strutturale dalle singole opzioni legislative in quanto il vero oggetto della discussione e della relativa scelta è rappresentato dall'individuazione "dell'assetto istituzionale migliore per ogni singolo contesto locale" in funzione sia della cultura organizzativa e delle prassi operative già adottate in un determinato territorio, sia dei risultati attesi nei termini di messa in rete degli interventi, servizi sociali e sociosanitari già presenti o in fase di programmazione e di integrazione dei soggetti pubblici e privati.

Da alcune ricerche condotte sull'implementazione dei Piani di zona emerge che le opportunità/criticità connesse alle varie forme giuridiche in generale sono strettamente connesse alla possibilità di rafforzare il ruolo programmatico e di indirizzo del Comune e di ridurre inoltre sensibilmente la complessità organizzativa, al contempo diminuendo il numero di attori istituzionali coinvolti e abbassando, quindi, in teoria i costi in termini di risorse umane ed economiche. Di fatto, però, tali potenzialità positive sono riscontrabili soprattutto nei Comuni di dimensioni significative che posseggono quindi risorse sufficienti per attivare tutti i servizi sul proprio territorio.

Di prioritaria importanza è risultata per gli Enti locali l'individuazione di una forma di gestione di tipo associato, in quanto essa permette di individuare forme di collaborazione tra più Comuni per:

- superare i limiti relativi alle risorse e al ristretto bacino d'utenza del singolo ente al fine di implementare politiche sociali sovracomunali;
- offrire risposte coordinate insieme all'Azienda USL superando anche i problemi derivanti dall'indeterminatezza del confine tra sociale, sociosanitario e sanitario;
- coinvolgere maggiormente il Terzo settore nella gestione e nella progettazione dei servizi in quanto portatore di risorse finanziarie e di *know how* gestionale. In questo senso, l'opzione a favore di una forma di gestione associata e la relativa forma giuridica rappresenta un momento in cui ripensare al grado di integrazione che si intende perseguire.

Nel determinare l'attivazione di nuove forme di gestione associata, la quantità e la tipologia di servizi da conferire al soggetto gestore rappresentano una variabile fondamentale sia sotto il profilo della quantità (gestire ad esempio solo i servizi previsti dal Piano di zona ovvero in prospettiva anche altri), sia sotto il profilo della tipologia (conferire soltanto servizi sociali ovvero servizi sociosanitari, oppure servizi "pesanti" con strutture da gestire ovvero servizi a prevalente capitale umano). La differente quantità e tipologia di servizi sottende invero la necessità di definire apporti diversificati in termini di risorse finanziarie, tecniche e gestionali e, conseguentemente, al coinvolgimento di soggetti diversi.

Tutti questi fattori tuttavia devono necessariamente essere riferiti allo specifico contesto locale: la scelta relativa alla forma giuridica da adottare per la gestione associata dei sistemi di interventi e servizi sociali è di tipo politico ed è determinata dalla tipologia di assetto istituzionale che si vuole adottare in funzione però della "storia" di un determinato territorio intesa soprattutto come livello di collaborazione e di cooperazione sviluppato nell'esperienza precedente tra i vari soggetti presenti e degli obiettivi che si intendono raggiungere. L'aver raggiunto gradi differenti di compattezza dell'Organo di indirizzo politico, di collaborazione con l'ASL e di coinvolgimento del Terzo settore risultano quindi i punti di partenza per il dibattito relativo a quale forma di gestione adottare. In tal

Il Piano di zona si configura quindi come strumento privilegiato per perseguire l'integrazione tra le politiche sociali e quelle sociosanitarie e sanitarie: esso infatti si pone l'obiettivo di individuare le modalità per garantire tale integrazione e le forme di concertazione con l'Azienda USL (Sandretti, 2011). Il Piano di zona, strumento programmatico da realizzarsi a livello territoriale, ha contribuito alla definizione di sistemi di interventi e servizi caratterizzati dalla flessibilità degli strumenti amministrativi a disposizione, consentendo così di attivare processi di auto-organizzazione anche diversificati tra le varie realtà territoriali.⁸⁰ Tali processi e sistemi hanno esaltato - per quanto possibile - il tema del coordinamento e dell'integrazione sociosanitaria, indicata come materia che i diversi atti di programmazione, nazionale, regionale, di zona, devono trattare e disciplinare nelle sue diverse dimensioni istituzionali, organizzative e di finanziamento.⁸¹

2.3.5. Accordo di programma

Dal punto di vista tecnico-giuridico, il Piano di zona è sancito da un Accordo di programma, disciplinato dall'art. 34, DLgs n. 267/2000 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti locali). Inizialmente (cfr. Legge n. 142/1990, Ordinamento delle Autonomie locali) l'Accordo di programma non è stato concepito quale strumento pubblicistico per raccordare e coordinare interventi di carattere sociale e sociosanitario.

senso l'individuazione della forma giuridica da adottare può divenire un processo di cambiamento culturale e organizzativo che richiede un'esplicita assunzione di responsabilità da parte dell'Ente locale in funzione soprattutto del raggiungimento di gradi sempre maggiori di integrazione del sistema di interventi e servizi sociali da attivare nei vari ambiti di competenza.

Il Piano di zona, in forza della propria flessibilità e duttilità, si presenta quale strumento privilegiato per definire e coordinare l'azione e gli interventi di carattere socio-assistenziale e sociosanitario in un determinato ambito territoriale. Si pensi, ad esempio, al possibile inserimento nel Piano di zona delle azioni riferibili all'attivazione degli amministratori di sostegno, in specie in collegamento con le aggregazioni sociali e intermedie operanti in quella determinata area.

⁸⁰ Rimane tuttavia indubitabile il senso unitario dell'intervento del legislatore del 2000: la Legge n. 328 è infatti diventata la cornice - anche dopo la modifica del Titolo V della Costituzione - cui le Regioni e gli Enti locali hanno fatto riferimento per costruire i sistemi locali di interventi e servizi sociali.

⁸¹ Deve rilevarsi che la finalità prioritariamente perseguita e promossa dalla Legge n. 328/2000 è stata quella di consolidare - forse anche per il robusto processo di innovazione e di rafforzamento che in precedenza aveva caratterizzato il comparto sanitario ad opera della Riforma del 1999 - l'autonomia della componente sociale. Conseguentemente, la visione dell'integrazione sociosanitaria e la strategia per il suo sviluppo si sono proposte come negoziazione fra il partner sociale e quello sanitario in termini di pari dignità. In realtà, ciò non è sempre accaduto, ma si sono presentate delle situazioni in cui, ad esempio, si è scelto di introdurre nell'Azienda sanitaria il luogo dell'integrazione, con delega ad essa di funzioni e risorse socio-assistenziali da parte dei Comuni, oppure si è costituito un gestore interistituzionale composto da Comuni e Azienda sanitaria, con competenza sui servizi sociali, sociosanitari, e sanitari territoriali. L'esperienza maturata in questi 13 anni di vigenza della Legge n. 328 dimostra che laddove l'impatto generale della legge è stato elevato in termini di programmazione interistituzionale, i Comuni hanno irrobustito la loro presenza nel sociale e la loro contrattualità sul sociosanitario.

Tuttavia, in alcune situazioni caratterizzate dall'esistenza di attività assistenziali che interessano più Comuni, gli Enti locali hanno ritenuto opportuno ricorrere a questo strumento da un lato per razionalizzare l'attività già in essere, dall'altro per coinvolgere - elemento innovativo negli accordi di programma - anche i soggetti privati (*no profit*) non solo nella realizzazione degli interventi ma anche nella loro programmazione. In tal senso, l'Accordo di programma si colloca nell'ambito della pianificazione congiunta dei servizi sociali e sociosanitari, quale strumento di collegamento istituzionale e di forte integrazione tra soggetti pubblici e privati e tra servizi sociali e sanitari.

Dalla scelta dell'Accordo di programma quale strumento con cui adottare il Piano di zona, si evince la volontà del legislatore di coinvolgere più soggetti. È stato infatti osservato che

mentre l'art. 27 della Legge n. 142/90 [...] fa riferimento esclusivo alle "amministrazioni statali" e ad enti e "soggetti pubblici", la legge-quadro prevede che all'accordo di programma partecipino non solo i soggetti pubblici (Comuni ed ASL), ma anche le nuove IPAB (art. 10) e i soggetti privati operanti nel terzo settore. (La Porta, 2001, pp. 103-104).

Infatti, l'art. 19, comma 3 della Legge n. 328/2000 recita:

All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10 (ex IPAB, nda), che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsti nel Piano.

Pertanto, nel Piano di zona come sopra definito si prevede una procedura circolare di formulazione, attuazione e controllo in cui i soggetti privati non lucrativi partecipano a diverso titolo. I soggetti rappresentanti di interessi collettivi hanno un ruolo nel tavolo di concertazione, mentre i soggetti erogatori partecipano, anche se a differente titolo, a tutte le fasi programmatiche.

Nella previsione di un'elevata integrazione fra prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie, l'accordo corrisponde a quanto previsto dall'art. 3 *septies*, comma 2, lett. a) e b) e commi 4, 5, 6 del DLgs n. 229/1999, nonché all'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001 recante "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie".

Per quanto concerne la determinazione delle risorse a carico rispettivamente dell'ASL e dei Comuni, l'Accordo risponde altresì al dettato dell'art. 3 *quater*, comma 3, lett. b) del DLgs n. 229/1999, che dispone in merito alla determinazione delle risorse per l'integrazione sociosanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'Unità sanitaria locale e dei Comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza. Ciononostante, l'Accordo di programma si configura come un'alternativa al modello proposto dall'art. 3 *septies* del DLgs n. 229/1999, laddove prevede un ruolo significativo e prevalente in capo ai Comuni. Al contrario, il DLgs n. 229/1999 prevede l'assunzione di un ruolo centrale da parte del Distretto, quale luogo nel quale determinare l'integrazione fra le prestazioni a carattere sociosanitario di competenza dei Comuni e quelle della stessa AUSL. In quest'ultima ipotesi, l'AUSL ha un ruolo di indirizzo più rilevante.

Una valutazione complessiva dell'Accordo di programma consente di rinvenire alcuni vantaggi, nonché alcune criticità legati all'utilizzo di questo particolare strumento. Sotto il profilo dei vantaggi, esso appare idoneo a conseguire i benefici tipici dell'integrazione verticale fra committenti e produttori di servizi a componente fiduciaria.

Un ulteriore aspetto positivo dell'accordo di programma è rappresentato dal suo carattere sperimentale. Muovendo dall'assunto che l'Accordo di programma è configurabile quale "consorzio simulato", i soggetti pubblici e privati *no profit* potrebbero, dopo un certo periodo di sperimentazione, prefigurare un'eventuale trasformazione dell'Accordo di programma in un assetto organizzativo (societario) più stabile. Tale possibile evoluzione può però essere giustificata sulla base della predeterminazione dei soggetti privati e la loro attuale partecipazione diretta alla gestione. Tuttavia, attraverso la formula dell'Accordo di programma si irrigidisce la struttura dell'offerta, esponendo conseguentemente i soggetti pubblici agli svantaggi derivanti dalla perdita di contendibilità.

Da ultimo, ma non meno importante è necessario richiamare l'attenzione sugli aspetti economico-finanziari implicati nell'Accordo di programma. Per un corretto ed efficace funzionamento dell'Accordo, le parti coinvolte, in specie quelle di natura pubblica (ASL e Comuni), devono procedere ad analisi costi-benefici preventive, alla definizione di protocolli d'intesa e di convenzioni, nonché di un sistema di rilevazione contabile, funzionale alla determinazione della ripartizione degli oneri fra i partecipanti. Quanto più infatti i meccanismi di funzionamento economico finanziario dell'Accordo sono espressi in modo chiaro, tanto più si potranno evitare comportamenti opportunistici ovvero riparti di spese e di costi iniqui tra i soggetti pubblici.

A tale riguardo, in relazione alla necessità di trovare una modalità di raccordo fra la disciplina prevista dal DLgs n. 229/1999 e dalla Legge n. 328/2000, si segnala l'opportunità di adottare una programmazione operativa dettagliata. Ciò potrebbe evitare l'assunzione di oneri aggiuntivi, soprattutto in ipotesi di disavanzi, da parte delle ASL rispetto a quelli ipotizzati nell'ambito delle forme di integrazione prevista dall'art. 3 *septies*, comma 8 e facenti perno sui Distretti.

2.3.6. Sistema informativo delle politiche sociali

Come sottolineato, la Legge n. 328/2000, anticipando la modifica del Titolo V della Costituzione dell'anno successivo, prevedeva un alto grado di autonomia per le Regioni e gli Enti locali nella definizione dei sistemi di intervento nel comparto sociale e sociosanitario. Contestualmente, il legislatore del 2000 avvertiva l'esigenza - peraltro presente anche oggi, e se possibile, maggiormente avvertita - di definire una soglia di omogeneità tra gli interventi sul territorio, affinché non si verificassero disequilibri nelle opportunità e nell'offerta di interventi e servizi. Questo obiettivo, in uno con i principi descritti negli articoli esaminati, trova una efficace sintesi negli artt. 21 (Sistema informativo dei servizi sociali) e art. 22 (Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali).

Il legislatore della riforma del 2000 era consapevole che il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali dovesse disporre di strumenti e modalità di segnalazione delle situazioni sociali, capaci di assicurare risposte adeguate sul territorio, in particolare considerata l'ampia gamma di

situazioni istituzionali e organizzative che caratterizzano i "territori" in Italia.⁸² Al riguardo occorre pertanto progettare un sistema informativo attraverso il quale rilevare, segnalare, mappare ed elaborare i bisogni sociali, affinché i diversi territori e con essi i diversi attori istituzionali e *no profit* potessero attivarsi per definire e programmare i loro interventi. Benché - come più volte ribadito - la Legge n. 328/2000 per taluni versi può considerarsi superata (*rectius*: abrogata implicitamente) dalla sopravvenuta riforma del Titolo V della Costituzione, alcune sue importanti disposizioni non sembrano affatto avere perduto l'originaria vigenza. Si pensi proprio all'art. 21, al quale in epoca recente è stato fatto esplicito riferimento da parte del cosiddetto Decreto semplificazioni.⁸³ Nell'art. 16, commi 1 e 2 del citato Decreto si prevede che, al fine di migliorare il monitoraggio, la programmazione e la gestione delle politiche sociali, gli Enti che erogano interventi e servizi sociali debbano inviare all'INPS le informazioni sui beneficiari unitamente a quelle relative alle prestazioni concesse, integrate con i dati relativi alle condizioni economiche dei beneficiari. Tali comunicazioni verranno inviate al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, alle Regioni e Province autonome, ai Comuni e agli altri enti pubblici responsabili della programmazione di prestazioni e di servizi sociali e sociosanitari, "ai fini dell'alimentazione del Sistema informativo dei servizi sociali, di cui all'articolo 21, della legge 8 novembre 2000, n. 328". La legge intendeva proprio delineare un quadro di riferimento informativo che potesse garantire alle amministrazioni interessate una conoscenza costante e approfondita del settore dei servizi sociali, al fine di un corretto governo del medesimo e di una più efficace funzione di programmazione.⁸⁴

⁸² Sul punto, sembra opportuno rimarcare che, mentre in sanità le autorità statali e regionali possono contare sulla rete strutturata di informazioni che le Aziende sanitarie locali sono in grado di produrre, per quanto attiene al comparto dei servizi sociali si deve muovere dalla constatazione di una realtà "multiforme e disgregata di Comuni, molti dei quali piccoli o piccolissimi (i c.d. Comuni "polvere"), con una varietà di sistemi di offerta di servizi sociali spesso nemmeno pienamente conosciuta". (Pizzolato, 2008, p. 318).

⁸³ Si tratta del DL 9 febbraio 2012, n. 5, convertito nella Legge 4 aprile 2012, n. 35, "Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e sviluppo" (G.U. n. 82 del 6 aprile 2012.)

⁸⁴ *Il compito di disciplinare nel dettaglio e realizzare concretamente le diverse specifiche articolazioni del sistema informativo sul territorio nazionale è affidato alle regioni ed enti locali (vedi comma III, ultimo periodo, della disposizione in commento) [...] Dunque, le competenze "operative" (rilevamento e raccolta dei dati) spettano in prima battuta agli enti locali. La regione, dal canto suo, potrà definire il proprio ruolo nel sistema [...] oltre che determinare la disciplina effettiva del sistema stesso, per quanto non abbia già provveduto lo Stato. È appena il caso di notare che, in questa fattispecie, la discrezionalità della regione, anche legislativa, risulta vincolata dalle direttive statali: il che sembra legittimo, nella misura in cui [...] il sistema informativo è oggetto di competenza legislativa esclusiva statale, anche in quanto presupposto necessario della programmazione e della garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni di assistenza, nonché dell'esercizio dei relativi poteri sostitutivi.* (Massa, 2007, pp. 358-359).

2.3.7. Livelli essenziali delle prestazioni

L'art. 2 specifica che il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità. Probabilmente, per la consapevolezza dell'esiguità delle risorse disponibili, è indicata una priorità di accesso ai servizi:

I soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali.

L'art. 22 sancisce la costruzione del sistema integrato di azioni e di interventi, inteso quale insieme di politiche e prestazioni coordinate.

I servizi alla persona sono integrati con misure economiche, definendo percorsi finalizzati ad ottimizzare l'efficacia delle risorse e a impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte. Il legislatore era tuttavia consapevole che la realizzazione di un sistema integrato di servizi e di interventi sociali richiedesse servizi e interventi che

costituiscono il livello essenziale delle prestazioni 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 (comma 2).⁸⁵

Si tratta di una disposizione che ribadisce il principio di contestualità tra individuazione e definizione dei livelli essenziali delle prestazioni ed entità delle risorse finanziarie,⁸⁶ le quali debbono risultare adeguate per l'erogazione delle prestazioni sociali, secondo quanto disposto dall'art. 20, comma 4 della Legge n. 328/2000.

In questa direzione, i commi 2 e 4 dell'art. 22 individuano rispettivamente gli interventi e le prestazioni necessarie a garantire i livelli essenziali dei servizi.⁸⁷

⁸⁵ È stato osservato che la correlazione e

contestualità tra definizione dei livelli e programmazione delle risorse finanziarie è essenziale per cogliere la portata innovativa del sistema. (Satta, 2007, p. 377).

⁸⁶ Preme ribadire che la scelta operata dal legislatore riformatore del 2000 è stata indirizzata verso la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni né quale risultato delle risorse finanziarie disponibili né, al contrario, quali prestazioni alle quali dovesse adeguarsi conseguentemente il livello di risorse disponibili. La Legge n. 328 ha invece introdotto un sistema imperniato sulla contestualizzazione tra determinazione dei livelli essenziali e delle risorse, da collocare all'interno di una chiara cornice programmatica.

⁸⁷ Al riguardo, in dottrina si è evidenziato che

il comma 2 della disposizione in parola non delinea una definizione avente portata generale, preferendo enunciare casisticamente quelle attività da reputare livello essenziale di prestazione. Ciò implica che, da una parte, il legislatore rinunci a fornire una definizione generale [...] dall'altra individui una pluralità di casi da assimilare ipso iure alla categoria di livello essenziale. (Satta, 2007, pp. 374-375).

Interventi (comma 2)

- a* misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora,⁸⁸
- 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, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- e* misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;
- f* interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità 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.

I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono determinati come elenco di risposte da assicurare a specifici bisogni, individuando il *target* di riferimento e rinviando alle disposizioni normative per ulteriori approfondimenti. Si noti che questa modalità di descrizione dei livelli essenziali non è dissimile a quella utilizzata dal DPCM 29 novembre 2001 per determinare i livelli essenziali di assistenza sociosanitari.

⁸⁸ Si segnala che l'art. 23 della Legge n. 328/2000 stabilisce che il reddito minimo di inserimento è definito quale misura di contrasto alla povertà e di sostegno al reddito, nell'ambito di quelle indicate all'art. 22, comma 2, lettera a).

Analizzando gli ambiti di intervento che il legislatore del 2000 ha voluto individuare, si può ritenere, come è stato sottolineato da attenta dottrina, che

anziani, famiglia, infanzia, povertà, tossicodipendenze e disabili diventano gli ambiti privilegiati di esplicazione dell'intervento pubblico e delle politiche sociali in genere.
(Satta, 2007, p. 375)

Prestazioni (comma 4)

In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale, tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- a servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;*
- b servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;*
- c assistenza domiciliare;*
- d strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;*
- e centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.*

Il contesto sembra indicare che le prestazioni siano lo strumento organizzativo con cui erogare gli interventi.

In altri articoli la Legge prevede progetti, priorità, riforme. In particolare:

- art. 14. Progetti individuali per le persone disabili
- art. 15. Sostegno domiciliare per le persone non autosufficienti
- art. 16. Priorità per la valorizzazione delle responsabilità familiari
- art. 24. Riordino degli emolumenti derivanti da invalidità civile, cecità e sordomutismo
- art. 28. Interventi volti ad assicurare i servizi destinati alle persone che versano in situazioni di povertà estrema

Molte delle indicazioni contenute in tali articoli sono rimaste sulla carta (riordino degli emolumenti erogati dall'INPS) o sono state abbandonate dopo una sperimentazione (reddito minimo d'inserimento). È difficile dire se era intenzione del legislatore definire anche questi progetti e interventi come LEPS, se si eccettua il reddito minimo di inserimento, il quale, dopo una prima fase di sperimentazione, avrebbe dovuto rientrare tra le prestazioni essenziali di sostegno al reddito.

L'art. 18 della Legge n. 328/2000 prevede che il "Piano nazionale indica le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali previsti dall'articolo 22". A seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, il Piano nazionale non esiste più e, conseguentemente, la programmazione è divenuta di competenza delle Regioni. Da questa diversa impostazione delle responsabilità programmatiche si potrebbe dedurre che le caratteristiche e i requisiti dei LEPS dovrebbero essere contenuti nei Piani sociali regionali.

Si ricorda infine che l'art. 25 della Legge prevede:

Ai fini dell'accesso ai servizi disciplinati dalla presente Legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal d.lgs. 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal d.lgs. 3 maggio 2000, n. 130.⁸⁹

2.3.8. Responsabilità delle Regioni e flessibilità del sistema

Individuando interventi e prestazioni, la Legge n. 328/2000 ha operato una netta scelta di campo rispetto alla soluzione alternativa in base alla quale si sarebbe potuto procedere, ossia la definizione di una nozione generale di livello essenziale delle prestazioni. L'opzione preferita dal legislatore del 2000 - favorire l'individuazione di interventi e prestazioni da ricomprendere nei livelli essenziali delle prestazioni, i quali devono risultare compatibili con le risorse finanziarie, impostazione coerente, per molti aspetti, con le scelte operate nel settore della sanità⁹⁰ - ha un duplice merito, rafforzato forse anche dall'evoluzione registrata sia nel comparto dei servizi sociali sia nelle forme giuridico-organizzative e istituzionali di questo decennio:

- il primo merito deve essere ascritto alla duttilità e adattabilità del sistema;
- il secondo merito deve rinvenirsi nella responsabilizzazione delle Regioni, chiamate ad adattare gli interventi e le prestazioni in considerazione dei modelli organizzativi peculiari dei loro territori.

Si cerca ora di analizzare brevemente i due meriti citati.

Muovendo dalla constatazione che la Legge n. 328/2000, in quanto intesa (anche) quale disciplina di riforma del previgente assetto dei servizi socio-assistenziali, ha innovato l'erogazione dei servizi, i quali devono considerare non tanto la categoria dei soggetti beneficiari, quanto piuttosto la categoria dei bisogni cui rispondere, i livelli essenziali delle prestazioni devono tenere conto dell'evoluzione dei bisogni medesimi.⁹¹ A questo riguardo, invero, la Legge faceva riferimento al Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali

⁸⁹ In una prima versione dell'ISEE elaborata dal Ministero del *welfare*, detto indicatore veniva considerato alla stregua di un LEP.

⁹⁰ *[...] Si avverte dirompente la sensazione che il sistema integrato di interventi e servizi di assistenza sociale, per quanto attiene alla relazione tra definizione dei livelli essenziali e programmazione della spesa, sia ispirato dalla medesima contestualità. Sicché, anche per questo aspetto, il S.S.N. riformato dal d.lgs n. 229 ed il sistema dei servizi sociali originato dalla l. n. 328, incontrano in quel modello un altro massimo comune denominatore.* (Satta, 2007, p. 378).

⁹¹ Sull'argomento, in dottrina si è voluto significare questa scelta del legislatore sostenendo che *la ricerca di una definizione generale di livello essenziale appare del tutto inopportuna - oltre che impossibile - giacché una nozione generale formulata una tantum dal legislatore finirebbe per rendere poco flessibile il concetto e, di conseguenza, perpetuarlo nel tempo, quand'anche le sollecitazioni promananti dalla collettività, circa i bisogni da soddisfare, assumano connotati differenti, comunque tali da richiedere interventi diversi. Si vuole, in altre parole, sostenere che la pretesa di una nozione generale non faccia altro se non - per così dire - "blindare" il concetto, rendendolo poco duttile alle eventuali, ipotetiche e mutevoli categorie di bisogno.* (Satta, 2007, p. 376).

(art. 18) quale strumento di programmazione capace di elencare di volta in volta i bisogni ai quali l'azione dei diversi enti e organizzazioni erogatori doveva essere indirizzata. Ciò significa affermare che l'art. 22, indicando le modalità di intervento e le prestazioni/attività che devono integrare quegli interventi, individua cosa deve costituire livello essenziale della prestazione sociale. E queste prestazioni sociali devono risultare in stretto collegamento con la programmazione e il successivo stanziamento delle risorse finanziarie.⁹² Sembra questo un approccio che consente di mantenere un efficace equilibrio tra accesso universalistico ai servizi e standard essenziali di qualità delle correlative prestazioni. In questa direzione è infatti necessario affermare e ricercare una biunivoca corrispondenza tra risorse impiegate e *outcome* da conseguire. Da ciò deriva che efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate, dei modelli organizzativi e dei processi di erogazione delle medesime, nonché delle procedure impiegate costituiscono e rappresentano elementi essenziali e strategici nella definizione dei livelli essenziali delle prestazioni.

L'efficacia e l'efficienza sopra richiamate sono inevitabilmente collegate agli strumenti e ai modelli organizzativi che, in modo anticipatore, la Legge n. 328 ha indicato quali parametri di riferimento per l'azione delle singole Regioni. Alla luce della modifica del Titolo V della Costituzione (vedi *Paragrafo 2.4*), *a fortiori*, le Regioni devono oggi modellare e organizzare il sistema di interventi e di prestazioni sociali, assicurando, conseguentemente, la fruizione dei livelli essenziali delle prestazioni.

Le Regioni hanno a disposizione almeno tre importanti strumenti programmatori e di indirizzo capaci di plasmare l'azione degli Enti locali e delle organizzazioni *no profit* affinché questi possano contribuire a una efficace ed efficiente implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni:

- Piani regionali sociali e sociosanitari degli interventi;
- linee di indirizzo per la definizione dei Piani di zona territoriali;
- linee di indirizzo per l'affidamento dei servizi sociosanitari alle organizzazioni *no profit*, ex DPCM 30 marzo 2001.

⁹² Le categorie di intervento delineate nell'art. 20, comma 2 della Legge n. 328/2000 devono *in ogni caso essere contemplate in sede di pianificazione dei requisiti attinenti alle correlative prestazioni, proprio perché ritenute le più adatte a rispondere a quei dati bisogni.* (Satta, 2007, p. 377).

2.4. Riforma del Titolo V della Costituzione: la costituzionalizzazione del principio di sussidiarietà e il nuovo ruolo delle Regioni

2.4.1. Introduzione

Con la Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione, vengono riformati gli articoli 114-133 della Carta costituzionale relativi al sistema delle autonomie locali e dei rapporti con lo Stato.

Tale revisione - resa necessaria dopo le Leggi Bassanini (Leggi nn. 59/1997, 127/1997, 191/1998, 50/1999) volte al decentramento e alla sussidiarietà in un contesto istituzionale che, tuttavia, limitava l'autonomia delle Regioni - inverte il criterio di individuazione delle competenze legislative di Stato e Regioni.

Per quanto attiene al presente contributo, gli elementi centrali della riforma riguardano:

- la nuova struttura istituzionale;
- la ripartizione della potestà legislativa e amministrativa;
- lo schema di finanziamento;
- la possibilità di forme di autonomia differenziata per le Regioni a statuto ordinario (Espa, Felici, 2003, p. 29);
- l'incidenza sui servizi sociali.

2.4.2. Ripartizione delle competenze (artt. 114, 117, 118 e 120)

L'articolo 114 individua gli enti che costituiscono la Repubblica: Comuni, Province, Città metropolitane, Regioni e Stato.

In merito alla ripartizione della potestà legislativa e amministrativa, all'articolo 117 si manifesta il nuovo orientamento federalista, specialmente nell'inversione dell'enunciazione delle materie di competenza esclusiva, che pone implicitamente come più rilevante la competenza regionale rispetto a quella statale. Se nel vecchio articolo erano stabilite in modo esplicito le materie di competenza regionale, nel secondo comma del nuovo articolo 117 vengono individuate le materie in cui deve essere esercitata la potestà legislativa esclusiva da parte dello Stato, tra cui rientrano i livelli essenziali delle prestazioni (LEPS), mentre il comma successivo indica le materie concorrenti, come la materia sanitaria, sulle quali l'iniziativa legislativa spetta alle Regioni, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali riservata alla normativa statale.

Il comma 4, infine, attribuisce alle Regioni potestà legislativa residuale, relativa cioè a ogni materia non espressamente riservata allo Stato, di cui è esempio l'assistenza sociale. In merito a quest'ultima, la riforma contribuisce a potenziare le funzioni regionali in ambito socio-

assistenziale, dal momento che le Regioni, pur nel rispetto della Costituzione e dei LEPS, possono legiferare senza dover osservare i principi generali definiti dalle leggi statali.⁹³

Secondo il principio di sussidiarietà, dunque, l'ambito regionale diventa il livello legislativamente più rilevante, mentre ai Comuni spettano le funzioni amministrative (art. 118). Tuttavia, non manca il riconoscimento della rilevanza di un livello superiore, proprio non solo dell'ordinamento comunitario e degli obblighi internazionali (art. 117, comma 1), ma anche riferito al Governo, che può sostituirsi agli organi degli altri livelli in caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria, o a tutela dell'unità giuridica ed economica del Paese (art. 120).

2.4.3. Schema dei finanziamenti (art. 119)

Per quanto attiene allo schema di finanziamento e ai rapporti finanziari tra enti, la nuova formulazione dell'articolo 119 evidenzia al comma 1 un'estensione del riconoscimento dell'autonomia finanziaria dall'ambito regionale a quello di Comuni, Province e Città metropolitane, sia dal lato delle entrate che da quello delle spese. Si prevede, inoltre, che gli enti possiedano risorse autonome e che possano stabilire e applicare tributi ed entrate propri. Questi poteri, tuttavia, devono essere esercitati secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario, cioè in base a materie che il nuovo articolo 117, comma 3, inserisce tra quelle a legislazione concorrente.

In un tale assetto, quindi, allo Stato resta la fissazione dei principi fondamentali di indirizzo, mentre l'iniziativa legislativa in materia di coordinamento delle Regioni è riferibile ai rapporti tra finanza regionale e finanza locale. Al riguardo, tuttavia, si stabilisce che, con legge dello Stato, sia istituito un fondo perequativo senza vincoli di destinazione per i territori con minore capacità fiscale per abitante. In merito a tale fondo si deve sottolineare che, al fine di garantire un sistema di autonomia regionale ampia, non sono previsti vincoli di destinazione dei contributi perequativi. Si aggiunga che, poiché le risorse derivanti dalle fonti di finanziamento individuate consentono agli enti territoriali di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite, ne deriva che le disponibilità complessive per le Regioni devono essere uguali all'entità delle spese dello Stato relativamente alle funzioni da trasferire. Per questa ragione, il comma 5 dell'articolo 119 prevede la possibilità che lo Stato destini risorse aggiuntive rispetto al fondo perequativo ed effettui interventi speciali aventi scopi di tipo solidaristico, economico e sociale, riguardanti l'esercizio dei diritti della persona.

⁹³ Sul rapporto tra potestà legislativa regionale e intervento statale, la Corte costituzionale (sentenza 28 gennaio 2005, n. 50) ha evidenziato che

essendo i servizi per l'impiego predisposti alla soddisfazione del diritto sociale al lavoro, possono verificarsi i presupposti per l'esercizio della potestà statale di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117, secondo comma, lett. m) Cost., come pure che la disciplina dei soggetti comunque abilitati a svolgere opera di intermediazione può esigere interventi normativi rientranti nei poteri dello Stato per la tutela della concorrenza (art. 117, secondo comma, lett. e, Cost.) (Considerato in diritto, punto 4).

2.4.4. Autonomia differenziata per le Regioni a statuto ordinario (art. 116)

Un ultimo elemento innovativo introdotto dalla riforma del Titolo V della Costituzione riguarda l'articolo 116, che al comma 3 definisce la possibilità di forme di autonomia differenziata tra le Regioni a statuto ordinario. Queste, su iniziativa delle Regioni interessate e tramite legge statale, possono diversificarsi al loro interno e assistere al passaggio sia delle materie di competenza concorrente alla competenza esclusiva delle Regioni, sia di specifiche materie dalla competenza esclusiva statale a quella concorrente (Espa, Felici, 2003, pp. 30-32).

2.4.5. Riforma del Titolo V della Costituzione e l'incidenza sui servizi sociali

Come è noto, la riforma del Titolo V influenza anche il settore dei servizi socio-assistenziali disciplinato dalla Legge n. 328/2000. Quest'ultima, infatti, non può più trovare fondamento in un impianto costituzionale che attribuisce alle Regioni la possibilità di decidere autonomamente della programmazione dei servizi sociali, delle norme in materia di autorizzazione e accreditamento, nonché dei sistemi di affidamento dei servizi. Tali scelte, che prima rientravano tra le materie in cui le Regioni esercitavano potestà legislativa concorrente e per le quali i legislatori regionali dovevano sottostare a una legge statale, ora comportano una diversificazione che ha dato origine a veri e propri *welfare* regionali.

Le principali conseguenze della revisione costituzionale sul sistema assistenziale concernono:

- il rapporto tra i principi costituzionali e i principi del sistema dei servizi sociali;
- il rapporto Stato-Regioni;
- il sistema di finanziamenti;
- gli effetti sull'integrazione sociosanitaria.

In merito ai principi di riferimento, vengono qui presi in considerazione in particolare quelli più direttamente collegati al sistema assistenziale, ossia i principi di uguaglianza e di sussidiarietà. Per quanto attiene al principio di uguaglianza, da considerarsi strettamente riferito ai livelli essenziali delle prestazioni, occorre fare riferimento all'art. 117, direttamente collegato all'articolo 2 della Costituzione, laddove riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo. Tale disposizione, oltre ad avere implicazioni rilevanti quanto al riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni, prevede che lo Stato, al fine di garantire che l'essenziale sia parimenti assicurato su tutto il territorio nazionale, definisca i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali.⁹⁴

⁹⁴ In dottrina si è evidenziata la portata innovativa dell'art. 117, comma 2, lett. m), la cui applicazione non è di facile attuazione poiché

si tratta, tuttavia, di uno schema non proprio auto evidente, rispetto al quale si discute se l'oggetto della nuova disposizione costituzionale riguardi solo la dimensione quantitativa di prestazioni pubbliche o anche il contenuto essenziale dei diritti. E ancora, se i LEPS debbano consistere in norme meramente direttiva o "di principio", non auto applicative, o al contrario norme dettagliate e auto applicative. Infine, se davvero l'intervento sostitutivo statale ex art. 120, co. 2, Cost., debba necessariamente seguire l'inerzia regionale, ipotizzandosi invece, proprio con riguardo ai LEPS,

La Costituzione, tuttavia, non dà una definizione specifica di tali livelli essenziali, per la quale ci si deve rifare all'articolo 22 della Legge n. 328/2000, nel quale si afferma che questi costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche e i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale.

Questa definizione, però, si presta a varie interpretazioni: si può infatti intendere che ciò che deve essere garantito sia una specifica tipologia di prestazioni, ma potrebbe anche equivalere a degli standard di qualità e quantità di un certo servizio o a dei vincoli di risultato. È proprio l'assenza di definizione di standard di qualità e quantità a identificare sia i LEA in sanità sia i LEPS nel comparto dei servizi sociali. In questa direzione, invero, non sembra del tutto accoglibile l'interpretazione secondo cui attualmente si disporrebbe solo dei livelli essenziali di assistenza attinenti al profilo sociosanitario, così come individuati dal DCPM 29 novembre 2001, mentre per il settore dei servizi sociali il legislatore nazionale non ha ancora provveduto (Frego Luppi, 2011, pp. 36-37).⁹⁵. Infatti, sia i LEA sia i LEPS hanno lo stesso grado di definizione: sono elenchi, specificati con richiami alla legislazione vigente, ma in entrambi i casi non sono mai stati definiti gli standard qualitativi e quantitativi.

In merito al principio di sussidiarietà si fa riferimento all'art. 118 come novellato nel 2001, il quale riconosce la cosiddetta "sussidiarietà orizzontale". Essa attiene al rapporto tra istituzioni pubbliche e società civile ed esprime il *favor legis* per lo svolgimento di attività di interesse generale da parte di quei soggetti che rappresentano la comunità, purché idonei all'esercizio di tali attività (Frego Luppi, 2011, p. 26). L'articolo 38 Cost., che sancisce l'assistenza privata libera, tutela il ruolo dei privati non solo in relazione ad iniziative economiche senza fine di lucro, ma anche in relazione a qualsiasi azione svolta secondo una logica da ricondursi al principio di solidarietà.

Per effetto del principio di sussidiarietà orizzontale viene pertanto tutelata la possibilità per le organizzazioni *no profit* di concorrere all'erogazione di servizi aventi rilevanza sociale e pubblica.

anche interventi preventivi dettati da peculiari urgenze e situazioni di fatto. (Guazzarotti, 2008, pp. 604-605).

⁹⁵ Secondo il prof. Renato Balduzzi (Ministro della salute nel Governo Monti dal novembre 2011 all'aprile 2013) la lettera *m*) dell'art. 117 ("Determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio") rappresenta la costituzionalizzazione di una nozione già presente nella legislazione ordinaria proprio nelle materie sanitaria e sociale. Non a caso, dunque, è in campo sanitario che si registra la prima declaratoria di tali livelli data dal combinato disposto del DLgs n. 229/1999, art. 1 con il DPCM 29 novembre 2001. In campo sanitario la locuzione "livelli essenziali" aveva già trovato spiegazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, che definiva

essenziali i livelli di assistenza che, in quanto necessari ed appropriati, debbono essere uniformemente garantiti su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute.

Il menzionato art. 1 del DLgs n. 229/1999 avrebbe quindi dato veste normativa alla definizione contenuta nel Piano e sarebbe poi stato a sua volta ripreso dal legislatore costituzionale. (Balduzzi, Di Gaspare, 2002). Per un ulteriore approfondimento, si veda Balduzzi, 2009, dove l'autore, rispetto all'assenza di indicazioni circa i livelli essenziali di assistenza, considera "fumoso e incerto il loro destino" (p. 92).

Tale principio postula una forte valorizzazione delle variegate articolazioni della società civile e riveste grande rilevanza in quanto parametro a cui rapportare ogni decisione circa lo sviluppo dell'apparato pubblico, in presenza di un'adeguata offerta privata. Quest'ultima deve intendersi riferita sia a soggetti *for profit* (imprese) sia ad organizzazioni *no profit*, per le quali il legislatore, nazionale e regionale, riserva un ruolo privilegiato, in ragione del fatto che l'articolo 2 Cost. impone una lettura del principio di sussidiarietà orizzontale come da riferirsi specificamente solo alle formazioni sociali fondate su base solidaristica (Balduzzi, 2009, pp. 41-45).

Il secondo aspetto da considerare per comprendere le conseguenze della Legge n. 3/2001 riguarda il rapporto Stato-Regioni, in specie il ruolo della Legge quadro n. 328/2000 dopo l'entrata in vigore della suddetta costituzionale. Con la riforma del Titolo V, la "beneficenza pubblica" è sparita dall'elenco di materie di competenza legislativa concorrente Stato-Regioni di cui all'articolo 117 della Costituzione. L'estromissione di questa materia, la cui presenza postulava la necessità di un intervento legislativo statale che individuasse i principi della materia attraverso lo strumento della legge quadro, sembra *prima facie* mettere in discussione l'applicabilità della legge di riforma dell'assistenza.

Prima di analizzare la validità di questa osservazione, preme evidenziare che la Legge n. 328/2000, in attuazione della potestà legislativa di tipo concorrente, aveva assegnato allo Stato due macro-aree di compiti e funzioni. Nella prima, operando un rinvio all'art. 129, DLgs n. 112/1998, sono rinvenibili le seguenti funzioni:

- determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale;
- determinazione dei criteri generali per la programmazione degli interventi di integrazione sociale da attuare a livello locale;
- determinazione degli standard dei servizi sociali da ritenersi essenziali in funzione di adeguati livelli delle condizioni di vita;
- determinazione dei criteri per la ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali.

Inoltre la Legge n. 328/2000 dispone in ordine agli interventi individuati al fine di tutelare interessi di cui solo il sistema centrale può garantire il perseguimento.

Nella seconda macro-area si deve collocare la funzione di indirizzo e coordinamento, con la quale, a lungo, lo Stato ha potuto vincolare e condizionare l'esercizio delle funzioni amministrative regionali.⁹⁶

Come già sottolineato, la riforma del Titolo V della Costituzione ha introdotto un radicale mutamento nel riparto delle competenze tra Stato e Regioni, mutamento che - forse più di altri

⁹⁶ Al riguardo, si pensi alla concezione unitaria e uniforme che la legge quadro di riforma dell'assistenza ha inteso attribuire agli interventi riferibili alle politiche sociali. Così come segnalato in dottrina, *tra questi aspetti spicca la determinazione, attraverso il piano nazionale delle politiche sociali, dei principi e degli obiettivi della politica sociale, destinati poi ad essere concretamente svolti dai piani regionali, di progettazione degli specifici interventi sociali.* (Marzanati, 2008, pp. 262-263).

comparti - ha interessato in modo specifico e profondo proprio il settore dei servizi sociali. Al riguardo, si deve registrare il passaggio dell'assistenza sociale⁹⁷ da materia di competenza residuale delle Regioni a comparto di interventi e azioni che non risulta più vincolato ai principi fondamentali sanciti dalle leggi dello Stato. Tuttavia, nonostante la materia in oggetto sia stata trasferita alla competenza legislativa primaria delle Regioni, essa incontra i limiti imposti dalle prerogative dello Stato centrale quali garanzie dell'unitarietà del sistema nazionale, da individuare in modo specifico nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali.⁹⁸

Ed è la funzione di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni che identifica la vigenza della Legge n. 328/2000, la quale attribuisce allo Stato un nuovo ruolo,

ovvero quello di operare affinché le diversità si mantengano entro i limiti di una ragionevole specificità compatibile con il godimento da parte di tutti dei diritti di cittadinanza, secondo i canoni dell'impianto universalistico voluto dalla Costituzione e reso esplicito dal dpr 112/98 e dalla legge quadro. (Marzanati, 2008, pp. 264-265).

Alla luce del modificato assetto di riparto delle competenze tra Stato e Regioni in materia sociale, si può pertanto concludere che la legge di riforma del sistema assistenziale non sia diventata irrilevante per tre ordini di motivi.

In primo luogo, perché in base al principio della continuità degli ordinamenti, ribadito dalla sentenza della Corte costituzionale n. 13/2004, tale legge continua ad applicarsi fintanto che i legislatori regionali omettano di disciplinare del tutto o in parte la materia.⁹⁹

⁹⁷ Nella precedente versione dell'art. 117 Cost. la materia andava sotto la rubrica di "beneficenza pubblica". (Marzanati, 2008, p. 263).

⁹⁸ Come emerge dalla giurisprudenza amministrativa, la natura dei livelli essenziali delle prestazioni sociali

non può essere ridotta alle sole prestazioni socio-sanitarie ricomprese nei DPCM 14.02.2001 e 29.11.2001 (c.d. LEA), ma deve essere riconosciuta anche alle prestazioni di cui all'art. 22 legge n. 238/00 e conseguentemente alle modalità di accesso alle stesso, ovvero all'ISEE, cui espressamente rinvia l'art. 25 della medesima legge. Stante pertanto l'inerzia del potere statale nell'individuazione dei livelli essenziali i giudici affermano che essi non devono essere necessariamente contenuti in provvedimenti legislativi statali successivi alla riforma del Titolo V della Costituzione, ma possono altresì ricavarsi anche dal complesso della normativa antecedente. In sostanza i giudici tendono a fare di necessità virtù. Nella cronica inadempienza del legislatore nazionale nel definire, con un'elencazione tipologica (al pari della sanità), i livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali, quale miglior soluzione se non quella di "scovarli" esplorando la legislazione esistente?. (Gualdani, 2012, p. 7).

⁹⁹ Tale principio è positivizzato dalla Legge n. 131/2003, "Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3", che afferma che le leggi statali nelle materie di legislazione regionale continuano ad applicarsi in ciascuna Regione fino alla data di entrata in vigore delle disposizioni regionali in materia. Una simile previsione rafforza l'assioma secondo il quale, in specie nel comparto dei servizi sociali e socio-assistenziali in genere, compete alle Regioni l'iniziativa legislativa, quali unici enti territoriali legittimati a disciplinare l'organizzazione, le modalità di gestione, di controllo, di programmazione e di indirizzo, come peraltro stabilito già nell'art. 8 (Funzioni delle Regioni) della Legge n. 328/2000.

In secondo luogo, perché, mantenendo in capo allo Stato il potere di legiferare sulle funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane, la legge quadro mantiene una diretta applicabilità nel senso che le funzioni attribuite ai Comuni possono almeno in parte ritenersi essenziali in quanto storicamente connotate.

Infine, perché, come già previsto per il comparto sanitario, anche in materia di servizi sociali permane in capo allo Stato (centrale) il potere di determinare i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti sull'intero territorio nazionale. Tale potere e funzione sono già stati agiti e implementati nella previsione dei livelli in parola nell'art. 22 della Legge n. 328/2000.

Alla luce di quanto sopra espresso, si può dunque evincere che, anche in seguito alla riforma del Titolo V, la Legge n. 328/2000 - non fosse altro che per quanto previsto dall'art. 22 della medesima - continui a dispiegare i propri effetti, anche per il fatto che le Regioni continuano a muoversi lungo le direttrici di tale legislazione statale. La legge di riforma dell'assistenza, infatti, non presenta solo l'impostazione delle precedenti leggi regionali, ma, come ribadito nelle pagine precedenti, contiene anche alcuni principi che caratterizzano la riforma costituzionale stessa.

In merito al sistema di finanziamenti, occorre prendere le mosse dal fatto che, attraverso l'istituzione del fondo nazionale per le politiche sociali, la Legge n. 328/2000 aveva permesso il passaggio dalla frammentazione all'unitarietà dei finanziamenti dedicati a questo settore. Prima del 2000, infatti, il legislatore si era limitato a provvedere ai bisogni della popolazione attraverso leggi settoriali, dotate di fondi altrettanto settoriali, operando dunque contrariamente rispetto a quanto sancito dagli artt. 3 e 38 della Costituzione.

Proprio perché si proponeva di soddisfare un bisogno sociale generale attraverso un sistema integrato che riguardava non solo servizi e strutture ma anche il finanziamento, la legge di riforma dell'assistenza è stata accolta con grande favore. Per giungere a tale integrazione finanziaria, è stato istituito il Fondo nazionale per le politiche sociali, i cui elementi salienti sono il principio di contestualità tra risorse e livelli essenziali, la composizione plurima dell'entrata e la procedimentalizzazione della spesa, in base a cui le risorse venivano distribuite con il consenso dei destinatari.

Con la riforma costituzionale del 2001 e la conseguente regionalizzazione della materia dei servizi sociali, anche l'articolo 119 si è ispirato al principio dell'integrale sostegno economico delle funzioni pubbliche attribuite a tutti gli enti territoriali diversi dallo Stato. Questo settore di intervento deve cioè essere interamente finanziato da entrate proprie cui deve provvedere l'ente titolare, vale a dire la Regione (Degrassi, 2011, pp. 60-63).

Ad oggi, tuttavia, il tentativo di mantenere unitario il sistema dei finanziamenti non sembra confermato né dal concorso alla spesa di enti pubblici e privati, né da un palese ritorno alla settorializzazione di fondi e dalla categorizzazione dei portatori di bisogni sociali che la legge quadro sembrava avere superato in nome del diritto universale all'assistenza. L'inconsistenza delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali ha infatti generato l'istituzione di nuovi fondi statali diretti a dare risposte a fasce deboli della popolazione, come giovani, famiglie, anziani e immigrati, procedendo dunque per comparti settoriali di intervento (*target*).

Il sistema finanziario dei servizi e degli interventi sociali ha, conseguentemente, assunto una fisionomia molto variegata, resa più complessa anche dal fatto che al finanziamento degli interventi e delle azioni concorrono anche i Comuni e le Regioni (Degrassi, 2011, pp. 67-69).

L'ultimo aspetto che si prende in considerazione riguarda l'integrazione sociosanitaria e gli effetti prodotti su di essa dalla riforma costituzionale, che è intervenuta innanzitutto attribuendo la materia assistenziale alla competenza esclusiva delle Regioni e quella sanitaria alla competenza concorrente della stessa (art. 117). Tale revisione deve essere, per quanto in questa sede interessa, riferita tra l'altro, al DPCM 14 febbraio 2001, "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie" (vedi *Paragrafo 2.5*).

Sul fronte dell'integrazione sociosanitaria delle prestazioni è utile rammentare che si tratta di un profilo fondamentale per assicurare la previsione dei livelli essenziali delle prestazioni. Infatti, risulta ormai evidente che il diritto alla tutela della salute e il diritto all'assistenza si sostanziano e si articolano in molteplici diritti, tra i quali riveste senza dubbio una centralità tutta particolare il diritto alla prestazione, strettamente collegata al bene/servizio che i rispettivi diritti contengono. Diritto alla salute e diritto all'assistenza, entrambi diritti costituzionalmente garantiti, costituiscono i due elementi che compongono le prestazioni sociosanitarie, a riprova della necessaria - e oggi ricercata - *partnership* tra diversi assetti organizzativi e istituzionali, ai quali i cittadini chiedono di poter garantire i "diritti di *welfare*".¹⁰⁰ Anche (e, forse, soprattutto) l'integrazione sociosanitaria costituisce il paradigma rispetto all'effettiva esigibilità delle prestazioni riconducibili alla qualificazione di diritto soggettivo dei singoli. Invero, le due componenti sanitaria e sociale rappresentano caratteristiche moderne di molti approcci individualizzati e personalizzati attuati nella risposta ai bisogni che emergono dalla società. Il DPCM 14 febbraio 2001, in questa direzione, presenta una efficace capacità interpretativa delle istanze di *welfare* che i cittadini esprimono, individuando nell'integrazione delle prestazioni una modalità di intervento che sembra implementare e migliorare le intuizioni contenute nella legge di riforma dell'assistenza dell'anno precedente (Degani, 2007, p. 538).

¹⁰⁰ In dottrina, al riguardo si è correttamente sottolineato

come il concetto di integrazione tra servizi sociali e sanitari [...] presupponga un'esigenza di modelli di presa in carico che derivano da una precisa concezione della persona umana. Si tratta, infatti, ancor prima che di una soluzione tecnica, di una lettura antropologica rispetto ai bisogni globali dell'uomo che vede il concetto di risposta al bisogno non come una soluzione frammentata tanto all'acuzie (bisogno sanitario) quanto all'accadimento limitativo della vita di relazione (bisogno sociale), dalla quale deriva una presa in carico globale delle necessità di vita del destinatario dell'attività. Ne deriva un'interazione tra i servizi socio-assistenziali e quelli sanitari che determina una tipologia di prestazioni prettamente peculiari, onde garantire una risposta integrata al duplice bisogno del soggetto, il quale si trova titolare del diritto all'integrazione socio-sanitari. (Degani, 2007, pp. 535-536).

In ragione di quanto sopra espresso, si può affermare che a partire dal DPR n. 616/1977, i compiti delle Regioni e degli Enti locali si sono ampliati, sia in generale sia nello specifico dei servizi sociali. Con la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 essi sono trasferiti nell'area della potestà legislativa esclusiva delle Regioni, lasciando al legislatore nazionale la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni e ai Comuni le funzioni amministrative, come già affermato dalla Legge n. 328/2000.

Si ricorda, tuttavia, che questa crescita dei e nei compiti dei governi locali è stata accompagnata da una radicale modifica del meccanismo di finanziamento che, in base al nuovo articolo 119 Cost., prevede non solo che Regioni ed Enti locali traggano le risorse da entrate e tributi propri, ma anche dalla compartecipazione al gettito di tributi erariali riferibili al loro territorio.

Attualmente, dunque, il sistema dei servizi è caratterizzato da un progressivo decentramento delle funzioni: esso vede in capo alle Regioni le competenze legislative, ai Comuni le competenze amministrative e allo Stato l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni, nonché il trasferimento delle risorse nel Fondo nazionale per le politiche sociali.

2.5. Livelli essenziali delle prestazioni e federalismo fiscale

2.5.1. Premessa

Dal 2009, pur con fasi alterne, si è assistito a una ripresa dell'azione legislativa per l'attuazione dell'art. 119 della Costituzione nella materia del cosiddetto federalismo fiscale. La delega al Governo e i successivi provvedimenti attuativi riprendono il concetto dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, ma non contribuiscono a precisarne i contenuti e i requisiti.

Tema centrale è quello del finanziamento dei livelli essenziali, da implementarsi progressivamente attraverso la determinazione di obiettivi di servizio. Il finanziamento sembra garantito da entrate proprie delle Regioni e dei Comuni e dalla compartecipazione al gettito erariale dello Stato. Il meccanismo scelto è però piuttosto complesso, richiamandosi alla determinazione di costi standard e all'esperienza che i rapporti Stato-Regioni hanno messo a punto per l'area dei servizi sanitari.

L'assenza di una precisa individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, di un quadro preciso delle spese delle Regioni e dei Comuni in tale materia, nonché le peculiarità delle politiche sociali e dell'azione amministrativa dei Comuni, rendono estremamente problematica l'attuazione di questa normativa.

2.5.2. Il federalismo fiscale in attuazione dell'art. 119 della Costituzione

La consapevolezza circa il carattere ineliminabile della funzione definitoria dei livelli essenziali delle prestazioni affidata allo Stato centrale, quale garanzia di equità territoriale e di accesso ai servizi sociali e sociosanitari acquista maggiore evidenza nel contesto del cosiddetto federalismo fiscale.¹⁰¹ La Legge 5 maggio 2009, n. 42, "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione", prevede che siano determinati i costi e il fabbisogno standard "quale costo e fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica" [art. 2, comma 2, lett. f)]. In particolare, il fabbisogno standard concerne il finanziamento dei livelli essenziali e delle funzioni fondamentali di cui all'art. 117, comma 2, lett. m) e p), Cost.¹⁰²

L'art. 8, comma 1, lett. a) e b) detta principi e criteri direttivi per il Governo su "modalità di esercizio delle competenze legislative e mezzi di finanziamento". Si prevede che le spese connesse a materie di competenza legislativa concorrente o residuale ovvero a materie di competenza legislativa esclusiva dello Stato, rispetto alle quali le Regioni esercitino funzioni amministrative, siano classificate in ragione della loro riconducibilità al "vincolo dell'art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione".¹⁰³

Il legislatore delegato è, allo stesso tempo, incaricato di definire modalità per cui le spese riconducibili a tale vincolo siano

*determinate nel rispetto dei costi standard associati ai livelli essenziali delle prestazioni fissati con legge statale in piena collaborazione con le regioni e gli enti locali, da erogare in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale.*¹⁰⁴

¹⁰¹ Sul punto, preme evidenziare che, come è stato correttamente ribadito in dottrina, il *legislatore statale è così chiamato a definire il livello delle prestazioni, che per la loro "essenzialità" rispetto ai bisogni da soddisfare devono essere assicurate in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, evitando disparità di trattamento in contrasto con lo stesso art. 3 della Costituzione [...].* (Passalacqua, 2011, p. 345).

¹⁰² *Una parte cospicua degli effetti attesi della legge dipende, come si vede, dalla (ri)determinazione dei costi dei livelli essenziali delle prestazioni.* (Delledonne, 2010, p. 273).

¹⁰³ Un autorevole autore ha proposto una lettura più inclusiva del *welfare state*, che non deve limitarsi solo a richiamare le responsabilità pubbliche di carattere sociale ma anche quelle di natura finanziaria: *Le disposizioni costituzionali invocate finora sono state, pressoché esclusivamente [...] l'art. 2 [...] l'art. 3 [...] e, da ultimo [...] l'art. 117, co. 2, lett. M [...]. È la storia del nostro paese a convincere del fatto che quello delineato alla stregua di questi soli enunciati declinati dovunque e comunque, è il profilo dello stato sociale degradato a stato assistenziale. È dipeso da una lettura monca e parziale della Costituzione, dalla quale sono stati espunti...ulteriori principi, che identificano, unitamente a quelli poc'anzi richiamati, la forma dello stato sociale di diritto [...]. Dunque: solidarietà, eguaglianza e responsabilità.* (Bertolissi, 2008, p. 96).

¹⁰⁴ Le risorse di cui all'art. 119, comma 5, Cost. mirano a perequare i bisogni: al riguardo, ci si è chiesti se tali risorse aggiuntive possano essere utilizzate per finanziare i livelli essenziali delle prestazioni. A questa domanda, in dottrina, alcuni autori hanno risposto in senso affermativo in ragione della stretta attinenza dei LEPS all'impegno della Repubblica di "favorire l'effettivo esercizio dei diritti alla persona"

L'art. 8, comma 1, lett. g precisa, a questo riguardo, che le aliquote dei tributi e delle compartecipazioni destinati al finanziamento di tali spese sono determinate "al livelli minimo assoluto sufficiente ad assicurare il pieno finanziamento del fabbisogno corrispondente ai livelli essenziali delle prestazioni [...] in una sola regione", mentre "al finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni nelle Regioni ove il gettito tributario è insufficiente concorrono le quote del fondo perequativo".¹⁰⁵

L'art. 8, comma 3 della legge non contiene un elenco preciso dei servizi interessati dai LEPS, ma lascia intravedere la possibilità di integrazione con altri servizi rispetto alle spese riconducibili al vincolo di cui all'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione, in cui sono comprese quelle per la sanità, l'assistenza e, per quanto riguarda l'istruzione, le spese per lo svolgimento delle funzioni amministrative attribuite alle Regioni dalle norme vigenti.

2.5.3. Finanziamento dei LEPS

La scelta cruciale compiuta dalla Legge delega n. 42/2009 in materia di federalismo fiscale riguarda il collegamento che essa instaura, per ogni livello di governo, fra tipologia delle funzioni esercitate e strumenti con cui le stesse devono essere finanziate. Lo scenario prefigurato dalla delega sembrerebbe quindi essere uno scenario virtuoso, in cui il finanziamento del fabbisogno necessario ad assicurare la realizzazione dei LEPS è integrale e garantito in ultima istanza dallo Stato, sia a livello regionale, sia a livello comunale, nella misura in cui i livelli essenziali delle prestazioni siano implicati dalle funzioni fondamentali.¹⁰⁶

e a "promuovere la coesione e la solidarietà" (tra gli altri, Pinelli, 2002, pp. 902-903; Gallo, 2003, pp. 259-260). Altri autori invece tendono ad escludere che le risorse aggiuntive siano a disposizione per finanziare i LEPS: in questo senso, si veda Alta Commissione per la definizione dei meccanismi strutturali del federalismo fiscale, 2005, par. 8.2. La questione posta, tuttavia,

appare superata dalla previsione secondo cui i LEPS sono finanziati integralmente in via ordinaria, senza bisogno di ricorrere a interventi straordinari e aggiuntivi. (Bifulco, 2009).

¹⁰⁵ *Il legislatore si è preoccupato di specificare che le quote del fondo specificamente individuate per finanziare le spese relative ai livelli essenziali delle prestazioni sono assegnate senza vincolo di destinazione (art. 9, co. 1, lett. a, h). Non sfugge però che anche così risulta problematica su questo punto la riconducibilità dell'impianto della legge delega alle indicazioni dell'art. 119, co. 3, Cost., dove si prefigura un fondo perequativo "senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante" [...].* (Delledonne, 2010, p. 277).

¹⁰⁶ In ordine alla scelta di campo operata dalla Legge n. 42/2009, in dottrina si è evidenziato che la riforma in

attuazione dei principi posti dalle norme costituzionali sembra circoscrivere le opzioni possibili ad un'alternativa secca: o si muove dal presupposto della determinazione dei LEPS come premessa logicamente e temporalmente necessaria rispetto al processo di riallocazione delle funzioni e delle risorse (e, conseguentemente, alla determinazione dei fabbisogni standard), privilegiando il "centro" a garanzia dei fattori di omogeneità; o si presuppone che il principio autonomistico possa consentire, per così dire, un apporto degli enti territoriali oltre il perimetro segnato dai livelli essenziali nel processo di finanziamento delle funzioni (e, conseguentemente, alla determinazione dei fabbisogni standard). Al riguardo, la legge n. 42 del 2009 sembra privilegiare il primo approccio,

L'impostazione della delega è stata concepita sulla base della spesa sanitaria (che rappresenta la più ampia componente della spesa regionale). Lo schema attuale di finanziamento della sanità già soddisfa in larga parte i criteri della delega. In sanità, in particolare:

- esiste un elenco di livelli essenziali di assistenza (LEA);
- esiste un fabbisogno finanziario nazionale di settore storicamente determinato;
- la sanità è gestita da un solo livello di governo - quello regionale - che la amministra sul territorio attraverso aziende autonome, che non sono enti governati da organismi elettivi e dotati di autonomia tributaria;
- per la sanità esiste già un criterio di riparto (spesa *pro capite* pesata e non pesata) che può essere interpretato come un buon surrogato del costo standard, anche perché esiste una diffusione relativamente omogenea del servizio sul territorio.

Si dà per implicito che il modello che può funzionare per la sanità possa funzionare anche per gli altri settori in cui si prevede di definire livelli essenziali delle prestazioni, in particolare nel campo delle politiche sociali, ma le differenze sono enormi.

A questo riguardo, a rendere complesso il percorso di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni è l'individuazione di una definizione univoca di LEPS, la quale può qualificarsi come livelli minimi di offerta di certi servizi ovvero come livelli che garantiscano un adeguato soddisfacimento dei bisogni.

Il settore dell'assistenza rappresenta un terreno difficile per l'applicazione e implementazione delle disposizioni contenute nella Legge n. 42/2009. Il comparto sociale e socio-assistenziale include infatti un'ampia serie di interventi molto eterogenei: dall'assistenza agli anziani non autosufficienti al contrasto della povertà, alla prevenzione e trattamento della dipendenza dalle droghe, alla fornitura di servizi ai portatori di handicap, alle misure necessarie per conciliare tempi di lavoro e cura della famiglia. Ognuno di questi servizi poi può essere reso con modalità estremamente diverse a seconda delle singole esigenze dell'utente, delle risorse della sua famiglia, dei contesti sociali e territoriali.

Coerente con questa filosofia di impostazione e di intervento deve essere interpretata la Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (Legge n. 328/2000). In queste condizioni, potrebbe risultare inefficiente garantire il medesimo livello di servizio ovunque per tutti i servizi elementari (ad es. residenze per anziani, assistenza domiciliare, ecc.) che possono ricadere nell'ambito dell'assistenza. Invero, un simile approccio potrebbe non tenere conto né della diversità dei bisogni a livello locale né della parziale sostituibilità dei diversi servizi.

Ciò rende forse più evidente che l'applicazione della Legge n. 42/2009 nell'ambito dei servizi socio-assistenziali presenta alcuni problemi riconducibili in particolare a:

- eterogeneità dei bisogni;
- diverse modalità con cui questi bisogni possono essere soddisfatti;
- frammentazione delle competenze fra diversi soggetti istituzionali.

ma senza trarne però tutte le conseguenze coerenti e (costituzionalmente) necessarie. (Rivosecchi, 2011, p. 6).

Nel comparto dei servizi socio-assistenziali, a differenza di quanto è avvenuto nel settore della sanità, invero:

- non si sono definiti i livelli essenziali;
- non esiste un fabbisogno finanziario nazionale o una spesa storica del settore;
- la responsabilità è suddivisa tra più livelli di governo (Stato, Regioni e Comuni: enti, questi ultimi, governati da organismi elettivi e dotati di autonomia tributaria, e che hanno un ruolo molto importante nella gestione/attuazione delle politiche sociali);
- il livello tecnologico è molto basso e con un basso grado di standardizzazione, atteso che si registra la necessità di flessibilità e personalizzazione dei servizi;
- il sistema è molto disomogeneo a livello territoriale.

Forse, proprio in ragione delle difficoltà sopra richiamate, per quanto attiene ai livelli essenziali delle prestazioni, considerando anche la difficoltà di prevedere un cronogramma certo, l'art. 20, comma 2, Legge n. 42/2009 contiene una disposizione transitoria di fondamentale importanza ai fini del presente discorso, in quanto in essa si può leggere che

la legge statale disciplina la determinazione dei livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni. Fino a loro nuova determinazione in virtù della legge statale si considerano i livelli essenziali di assistenza e i livelli essenziali delle prestazioni già fissati in base alla legislazione statale.

2.5.4. Attuazione della delega in materia di federalismo fiscale

Sulla base della delega ricevuta, il Governo ha provveduto ad emanare i decreti legislativi aventi ad oggetto l'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione:

- con il DLgs n. 68/2011 ha disciplinato in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;
- con il DLgs 85/2010 ha disciplinato il cosiddetto federalismo demaniale;
- con il DLgs 156/2010 ha disposto in ordine a Roma Capitale;
- con il DLgs 216/2010 ha disciplinato in materia di fabbisogni standard di Province, Comuni e Città metropolitane.

In particolare, il DLgs n. 216/2010 ha attuato la delega contenuta nella Legge n. 42/2009 la quale, all'art. 11, stabilisce che la copertura delle spese relative alle funzioni fondamentali degli enti locali sia garantita con finanziamento integrale del fabbisogno standard. I fabbisogni standard diventano dunque il riferimento cui rapportare progressivamente nella fase transitoria, e successivamente a regime, il finanziamento integrale della spesa relativa alle funzioni fondamentali e ai livelli essenziali delle prestazioni.

Il metodo individuato per definire i fabbisogni standard è quello degli studi di settore per "determinare, partendo non solo dai dati contabili, ma anche dagli aspetti strutturali dei servizi erogati, i livelli presuntivi di fabbisogno finanziario da considerare coerenti con un livello accettabile di efficienza", così come riportato nella relazione illustrativa del Decreto. Il compito è stato affidato alla Società per gli studi di settore SOSE SpA, con la collaborazione dell'IFEL, dell'ISTAT e della Ragioneria dello Stato.

Nel DLgs n. 216/2010 sono confermate le funzioni fondamentali e i relativi servizi presi in considerazione in via provvisoria, ai sensi dell'articolo 21 della Legge n. 42/2009. Ai Comuni sono attribuite:

- le funzioni generali di amministrazione, gestione e controllo, nella misura complessiva del 70% delle spese come certificate dall'ultimo conto del bilancio disponibile alla data di entrata in vigore della citata Legge n. 42/2009;
- le funzioni di polizia locale;
- le funzioni di istruzione pubblica, ivi compresi i servizi per gli asili nido e quelli di assistenza scolastica e refezione, nonché l'edilizia scolastica;
- le funzioni nel campo della viabilità e dei trasporti;
- le funzioni riguardanti la gestione del territorio e dell'ambiente, fatta eccezione per il servizio di edilizia residenziale pubblica e locale e i piani di edilizia, nonché per il servizio idrico integrato;
- le funzioni del settore sociale.

Il DLgs n. 68/2011 recepisce il tema dei LEPS, trattando del finanziamento delle Regioni e affermando che essi devono essere integralmente finanziati, ma non chiarisce tuttavia se il finanziamento relativo a questi bisogni andrà alle Regioni o ai Comuni. L'art. 13 del Decreto prevede che i livelli essenziali delle prestazioni siano stabiliti prendendo a riferimento macro-aree di intervento (secondo le materie di cui al successivo art. 14: sanità, assistenza, istruzione, trasporto pubblico locale, altre materie individuate all'art. 20 della Legge n. 42 del 2009) che siano omogenee al proprio interno per tipologia di servizi offerti, indipendentemente dal livello di governo erogatore.

Il problema viene così preso in considerazione ma non risolto, poiché rimangono indefiniti sia gli enti erogatori, sia i relativi livelli di finanziamento.

Inoltre, il Decreto legislativo in parola attribuisce al Governo la responsabilità di adottare linee di indirizzo per la definizione dei LEPS con apposito allegato alla Decisione di finanza pubblica per l'attuazione e il finanziamento dei relativi costi standard e obiettivi di servizio (riprendendo la previsione della Legge n. 328/2000 che lega la definizione e attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni alla disponibilità di bilancio). Il Decreto (art. 13, terzo comma) afferma che gli obiettivi di servizio devono convergere sui livelli essenziali delle prestazioni e le funzioni fondamentali di cui all'art. 117, secondo comma, lettere *m*) e *p*) della Costituzione e pertanto essi si direbbero strumentali a una progressiva attuazione dei livelli essenziali legata alle disponibilità finanziarie. Nello stesso articolo si afferma altresì che costi e fabbisogni standard dei vari livelli di governo devono a loro volta convergere e sono quindi anche funzionali al graduale perseguimento di livelli di efficienza.

In attesa che intervenga una disposizione di legge che li circoscriva, il percorso di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni passa attraverso la determinazione dei servizi da erogare, aventi caratteristiche di generalità e permanenza, e il relativo fabbisogno, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

Per tale finalità, la Società per gli studi di settore SOSE SpA, in collaborazione con l'ISTAT e avvalendosi della Struttura tecnica di supporto alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome presso il Centro interregionale di studi e documentazione (CINSEDO) delle Regioni,

secondo la metodologia e il procedimento di determinazione di cui agli articoli 4 e 5 del Decreto legislativo 26 novembre 2010, n. 216, effettua una ricognizione dei livelli essenziali delle prestazioni che le Regioni a statuto ordinario effettivamente garantiscono e dei relativi costi.

Avuto riguardo al settore dei servizi sociali, il DLgs n. 68/2011, come già ribadito, presenta le seguenti criticità:

- mancanza della definizione dei livelli essenziali, che per le politiche sociali è particolarmente significativa non esistendo nessuna precedente definizione di tali livelli;
- assenza di un fabbisogno finanziario nazionale noto del settore, potendosi soltanto determinare la somma delle spese sociali sostenute dai vari livelli di governo coinvolti, di cui non si conosce l'ammontare poiché le forme di rilevazione sulla spesa sociale (ad esempio l'Indagine ISTAT sulla spesa dell'assistenza dei Comuni, in cui la spesa sociale risulta molto sottovalutata per determinati servizi) sono molto lacunose;
- responsabilità condivisa tra più livelli di governo, non chiarendosi come sia composto il finanziamento integrale dei LEPS, con il contributo dei diversi livelli governativi (in particolare non si spiega come dovrà essere ripartito il finanziamento fra il livello regionale e quello comunale in tutte le situazioni in cui al bisogno tutelato dai LEPS si possa dare risposta con politiche condivise fra di essi ma molto diverse sui vari territori; problema ancora più rilevante in quanto l'assistenza è materia di competenza esclusiva delle Regioni);
- forte disomogeneità territoriale della spesa sociale e dei servizi ad essa corrispondenti, che rende il tema del riparto del finanziamento particolarmente delicato ove questo si vada ad aggiungere anche a una forte eterogeneità degli stessi servizi (a differenza del settore sanitario).

In termini generali, si può affermare che l'impianto normativo relativo al cosiddetto federalismo¹⁰⁷ non risolve la questione della determinazione dei livelli essenziali in materia di assistenza sociale. Essa rimane come sospesa e il richiamo alle norme già vigenti non contribuisce alla chiarezza, anche in ragione del fatto che nell'ordinamento italiano:

¹⁰⁷ Preme ricordare che l'"orientamento federalista" (così si esprime Alberto Quadrio Curzio sul Corriere della Sera il 16 marzo 2012) in questi venti anni può essere ricordato come una materia oggetto di condivisione tra le diverse forze parlamentari. Così è stato anche per la legge delega del maggio 2009 e i successivi otto decreti legislativi, ispirati a una istanza di "riequilibrio territoriale nazionale e dell'europesismo" (*ibidem*). Tuttavia, il cammino federalista, nel corso degli ultimi mesi, ha subito un brusco rallentamento, in specie a causa della crisi economico-finanziaria che ha colpito anche l'Italia e che ha costretto il Governo Monti ad intervenire con provvedimenti che, per certi versi, sono contrari all'impostazione federalista contenuta nella legge delega e nei decreti delegati sopra citati (si pensi, per tutti, alla centralizzazione della Tesoreria unica o alla modalità di implementazione dell'IMU). Poiché il federalismo può essere annoverato a pieno titolo tra i principi che integrano una moderna ed efficace implementazione del principio di sussidiarietà (verticale e orizzontale), anche chi scrive auspica - come ribadito da Quadrio Curzio - che, poiché il federalismo, *inter alia*, comporta anche un meccanismo per finanziare, ma non a piè di lista, le funzioni dei governi locali, possa svilupparsi in modo tale da renderlo "solidale [...] senza rimpianti per il centralismo" (*ibidem*).

- numerose sono le norme che, senza alcuna organicità, riconoscono dei diritti sociali a cui sono collegate prestazioni esigibili (ad esempio le provvidenze per le famiglie numerose o per la maternità, le prestazioni sociosanitarie assicurate dal sistema sanitario, ecc.);
- le prestazioni in oggetto possono essere erogate a diversi livelli (ad esempio le prestazioni in favore dei minori a cui sono tenuti i Comuni), anche se la grande maggioranza delle prestazioni che sono attualmente esigibili sono assicurate per legge a livello nazionale (INPS) e non dai Comuni che sono i soggetti istituzionali competenti in materia di servizi sociali;
- il metodo della determinazione dei fabbisogni standard potrebbe non risultare coerente alle peculiarità degli Enti locali e alle funzioni loro assegnate.

2.6. Livelli essenziali delle prestazioni sociali: quale interpretazione?

2.6.1. Premessa

Alla luce di quanto analizzato nelle pagine precedenti, si intende di seguito affrontare una pluralità di atteggiamenti/approcci/interpretazioni riguardanti l'aggettivo "essenziale" da collegare ai livelli delle prestazioni.

2.6.2. Interpretazione di "essenzialità" delle prestazioni

Ai sensi di quanto disposto nell'art. 22 della Legge n. 328/2000, come è possibile interpretare la "essenzialità" delle prestazioni?

Si tratta di:

- tipologia di prestazioni (servizi e interventi),
- standard di qualità e quantità da erogare, oppure
- vincoli di risultato da ottenere da parte del sistema complessivo? (Frego Luppi, 2011, p. 36).

Tutte e tre le interpretazioni, in specie alla luce dell'esperienza - maturata in questo decennio - del contesto di riforme in senso federale *in progress* e della progressiva riduzione di risorse pubbliche destinate al comparto sociale, sottendono in realtà conseguenze e declinazioni che meritano di essere approfondite e valutate, allo scopo di comprendere l'evoluzione dei LEPS e le modalità e gli strumenti di implementazione concreta degli stessi.¹⁰⁸

¹⁰⁸ Sul punto, in dottrina è stato giustamente evidenziato che

[è] dunque con particolare riferimento alla assistenza sociale che oggi emerge con forza l'esigenza che lo Stato giochi correttamente e con efficacia il ruolo che il titolo V novellato gli assegna quale garante delle tenuta unitaria di un ordinamento ad accentuato policentrismo. È infatti proprio l'impianto universalistico del sistema della assistenza sociale ad esigere, da un lato, un insieme di prestazioni e servizi diversi, mirati ad affrontare la molteplicità e l'irripetibilità dei percorsi di esclusione sociale e di povertà che, soprattutto nelle società contemporanee, caratterizzano le manifestazioni del bisogno (il che porta ad una situazione di accentuata differenziazione sul territorio e ad un marcato pluralismo negli interventi) e, dall'altro lato, un garante che, soprattutto

LEPS come tipologia di prestazioni

È questa l'opzione operata dalla Legge n. 328/2000, la quale intendeva perseguire un obiettivo di omogeneità e uniformità dei servizi e degli interventi su tutto il territorio nazionale.¹⁰⁹ In questo senso, pertanto, l'art. 22 deve interpretarsi come indicazione alle Regioni di assicurare l'erogazione dei servizi e, conseguentemente, prevedere l'esigibilità degli stessi. Questa sembra essere stata la declinazione regionale dell'art. 22 nel recepimento delle disposizioni della Legge n. 328/2000 e anche la Corte costituzionale (sentenza 26 giugno 2002, n. 282),¹¹⁰ "pur in termini non nettissimi" (Frego Luppi, 2011, p. 37), sembra avere seguito la tesi secondo cui la garanzia dei diritti sociali si realizzi attraverso la definizione di un certa tipologia delle prestazioni.¹¹¹ La declinazione regionale dei livelli essenziali si misura necessariamente con la definizione di diversi modelli organizzativi,¹¹² espressione della competenza primaria ed esclusiva delle Regioni, la quale si trova, per contro, in contrasto con la necessaria garanzia di livelli essenziali su tutto il territorio nazionale. Mentre *prima facie* detta contraddizione sembrerebbe indurre a pensare che il processo di determinazione dei livelli essenziali sia bloccato, a un'analisi più approfondita è possibile asserire che l'art. 22 della Legge n. 328/2000,

attraverso la fissazione dei livelli essenziali delle prestazioni, assicuri la necessaria omogeneità di trattamento su tutto il territorio nazionale per quelli che sono considerati i diritti di cittadinanza. (Marzanati, 2008, p. 303).

¹⁰⁹ Al riguardo, la dottrina ha sottolineato che

se l'omogeneità nazionale, in un quadro di federalizzazione dell'ordinamento, deve riguardare i diritti, ciò esige una determinazione ampia, dettagliata, già a livello statale, perché appunto i diritti siano garantiti su tutto il territorio nazionale. (Pizzolato, 2008, p. 336).

¹¹⁰ In quell'occasione i giudici costituzionali hanno evidenziato che i livelli essenziali delle prestazioni non costituiscono

una "materia" in senso stretto, ma [...] una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle [...]. (Considerato in diritto, punto 3).

¹¹¹ La stessa Corte costituzionale, in altra occasione (sentenza n. 121/2010), osserva che

l'erogazione del credito per l'acquisto della prima casa, da parte di giovani coppie e di nuclei familiari monogenitoriali con figli minori, con priorità per quelli i cui componenti non risultano occupati con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, attiene strettamente alla fissazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali, di cui all'art. 117, secondo comma, lett. m), Cost. Rispetto alla mera formulazione di una scelta astratta di bisogni da soddisfare e di priorità da osservare, la norma censurata aggiunge la creazione di un Fondo destinato a fornire risorse, per dare concretezza alle pure indicazioni normative di principio. (Considerato in diritto, punto 18.2).

¹¹² Attenta dottrina ha segnalato che

il processo di specificazione territoriale, affidata ai livelli di governo infrastatali, quando non infraregionali, sposta inevitabilmente anche la soglia del livello cui è affidata la determinazione puntuale e, con essa, la possibilità della compiuta esigibilità, introducendo fatalmente una differenziazione nei diritti, anche quelli concernenti i livelli essenziali. (Pizzolato, 2008, p. 336).

elencando gli interventi e le prestazioni costituenti i livelli essenziali delle prestazioni, rappresenti invece proprio il nucleo essenziale dei medesimi.

LEPS quali standard di qualità e di quantità

La tipologia delle prestazioni, tuttavia, può risultare diversa da Regione a Regione: infatti, la medesima tipologia di servizio/intervento può essere organizzata in modo differente ovvero può risentire di vincoli istituzionali e territoriali che finiscono per incidere anche in modo notevole sulla tipologia di prestazione assicurata. Una simile disparità sarebbe superata dall'affermazione di standard qualitativi e quantitativi omogenei da realizzarsi su tutto il territorio nazionale.¹¹³

Si ritiene che la definizione di standard quali-quantitativi sia da correlarsi alle procedure ad evidenza pubblica attraverso le quali gli Enti locali e le ASL decidono di affidare i servizi socio-assistenziali e sociosanitari alle organizzazioni *no profit* ovvero ad altre realtà imprenditoriali. In questo senso, come peraltro ribadito dalla Legge n. 328/2000 e dal DPCM 30 marzo 2001, gli enti pubblici sono tenuti ad affidare i servizi di cui trattasi in base al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa e non in base al massimo ribasso di prezzo.

Di seguito, viene dettagliata la questione in parola, convinti che si tratti di una componente fondamentale per il percorso di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni.

¹¹³ In questo senso si può interpretare una pronuncia della Corte costituzionale (sentenza n. 10/2010), nella quale si può leggere che la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni deve essere qualificata quale

attribuzione allo Stato di [una] competenza esclusiva che si riferisce alla fissazione dei livelli strutturali e qualitativi di prestazioni che, concernendo il soddisfacimento di diritti civili e sociali, devono essere garantiti, con carattere di generalità, a tutti gli aventi diritto (ex plurimis, sentenze n. 322 del 2009; n. 168 e n. 50 del 2008); dunque essa può essere invocata in relazione a specifiche prestazioni delle quali le norme statali definiscono il livello essenziale di erogazione (sentenze n. 328 del 2006, n. 285 e n. 120 del 2005, n. 423 del 2004).

E ancora:

Siffatto parametro costituzionale consente, quindi, una restrizione dell'autonomia legislativa delle regioni, giustificata dallo scopo di assicurare un livello uniforme di godimento dei diritti civili e sociali tutelati dalla stessa Costituzione (sentenza n. 387 del 2007) e, appunto per questo, di interi settori materiali (sentenze n. 383 e n. 285 del 2005). Dall'altro, può, invece, essere invocato anche nei particolari casi in cui la determinazione del livello essenziale di una prestazione non permetta, da sola, di realizzare utilmente la finalità di garanzia dallo stesso prevista (espressiva anche dello stretto legame esistente tra tale parametro ed i principi di cui agli artt. 2 e 3, secondo comma, Cost.). In particolare, la ratio di tale titolo di competenza e l'esigenza di tutela dei diritti primari che è destinato a soddisfare consentono di ritenere che esso può rappresentare la base giuridica anche della previsione e della diretta erogazione di una determinata provvidenza, oltre che della fissazione del livello strutturale e qualitativo di una data prestazione, al fine di assicurare più compiutamente il soddisfacimento dell'interesse ritenuto meritevole di tutela (sentenze n. 248 del 2006 e n. 383 e n. 285 del 2005), quando ciò sia reso imprescindibile, come nella specie, da peculiari circostanze e situazioni, quale una fase di congiuntura economica eccezionalmente negativa. (Considerato in diritto, punto 6.3).

GLI AFFIDAMENTI DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI: UN TEMA DELICATO

Le modalità con cui procedere all'affidamento dei servizi nel comparto socio-sanitario rappresentano un tema tanto delicato quanto fondamentale per una adeguata valorizzazione del ruolo e delle funzioni dei soggetti *no profit*, in specie alla luce del principio di sussidiarietà contenuto sia nella Legge n. 328/2000 sia nell'art. 118 u.c. Cost.

Negli ultimi decenni, i settori dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari hanno subito notevoli e significativi mutamenti. Si tratta di cambiamenti che non solo implicano revisioni - talvolta in senso innovativo - nei/dei soggetti deputati alla produzione e alla gestione dei servizi sul territorio, ma altresì investono le modalità con cui i medesimi servizi vengono erogati ai cittadini-utenti.

Da un punto di vista legislativo, le suddette modifiche hanno trovato accoglimento nelle cosiddette Leggi Bassanini (Legge n. 59/1997 e relativo Decreto legislativo attuativo n. 112/1998) e, indubbiamente in modo più significativo, nella più volte citata Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Quest'ultima ha introdotto una sorta di rivoluzione copernicana nel sistema di protezione sociale e di *welfare state* tradizionalmente inteso. La nuova disciplina, tra l'altro, ha disposto in merito a:

- trasferimento di poteri alle Regioni e agli Enti locali;
- introduzione del principio di sussidiarietà orizzontale e verticale;
- ruolo del Terzo settore, della famiglia, delle organizzazioni di auto-mutuo aiuto;
- forme di integrazione socio-sanitaria e di interazione sul territorio.

Per quanto attiene alle conseguenze più propriamente istituzionali, l'assetto definito dalla legge quadro ha determinato un ripensamento generale e approfondito delle modalità e delle azioni che caratterizzano gli interventi e i servizi sociali in Italia. Ciò, di conseguenza, ha avuto riflessi operativi immediati sui rapporti tra i diversi livelli istituzionali burocratici e tra questi ultimi e gli attori della società civile (Terzo settore). Tale localizzazione degli interventi e dei servizi è stata resa ancora più evidente a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione introdotta nel 2001, la quale ha:

- costituzionalizzato il principio di sussidiarietà orizzontale (art. 118 Cost. u.c.);
- attribuito alle Regioni competenza legislativa primaria in materia sociale, mantenendo in capo allo Stato centrale la responsabilità di definire i livelli essenziali delle prestazioni (art. 117, comma 2, lett. *m*).

Il raccordo funzionale e sostanziale tra organizzazioni *no profit* ed Enti locali e ASL è andato progressivamente incrementandosi, soprattutto in virtù delle numerose iniziative che, in questi ultimi anni, si sono strutturate nel tessuto sociale, in specie a livello comunale. Numerose e preziose sono infatti le forme organizzate di iniziativa privata che rispondono ai bisogni della collettività cittadina/comunale. Queste iniziative *no profit* sono caratterizzate, come peraltro accade in gran parte dei Paesi europei contemporanei, da una crescente ed evidente dimensione produttiva di servizi sociali erogati alla comunità o di beni e servizi come strumento per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati. Inoltre, tali organizzazioni sono definite da un'elevata e incisiva partecipazione dei diversi gruppi di portatori di interessi, quali volontari, lavoratori, utenti, enti pubblici e privati. Tutti questi elementi fanno sì che le organizzazioni *no*

profit devono poter trovare nelle istituzioni municipali e nelle ASL un interlocutore primario e consapevole delle risorse esistenti in seno alla collettività, così da realizzare pienamente il dettato costituzionale.

In questo senso, preme evidenziare quanto stabilito nella legge di riforma della sanità del 1992:

Le organizzazioni non lucrative concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona (art. 1, comma 18, DLgs n. 502/1992 e s.m.i.).

Esse operano nell'ambito del settore sociale e sociosanitario e collaborano a vario titolo con il Comune e ASL attraverso rapporti formalizzati (convenzione e/o finanziamento) nell'offerta dei servizi di natura socio-assistenziale e sociosanitaria.

DPCM 30 MARZO 2001

Per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo stato, nell'ambito delle risorse disponibili [...] promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione Europea.

Ai fini dell'affidamento dei servizi previsti dalla presente legge, gli enti pubblici, fermo restando quanto stabilito dall'articolo 11, promuovono azioni per favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa nonché il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità, avvalendosi di analisi e di verifiche che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale

Le regioni, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 4, e sulla base di un atto di indirizzo e coordinamento del Governo, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con le modalità previste dall'articolo 8, comma 2, della presente legge, adottano specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona.

Le regioni disciplinano altresì, sulla base dei principi della presente legge e degli indirizzi assunti con le modalità previste al comma 3, le modalità per valorizzare l'apporto del volontariato nell'erogazione dei servizi.

È quanto stabilisce la Legge 8 novembre 2000, n. 328, art. 5, commi 1 e 2, dalla quale appare chiaro come l'intenzione del legislatore sia disciplinare in maniera specifica, ed eventualmente anche derogatoria rispetto ai principi generali, i rapporti tra gli Enti locali e il Terzo settore per quanto concerne l'ambito di affidamento dei servizi alla persona. In attuazione di tali disposizioni è stato dunque emanato il DPCM 30 marzo 2001. Si tratta dell'Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della legge 8 novembre 2000, n. 328", decreto attuativo della auspicata *partnership* pubblico-privato *no profit*

che, sebbene ancora troppo spesso negletto nella sua dimensione applicativa e implementativa, rappresenta un pilastro nella e per la modalità con cui i servizi alla persona vengono erogati a livello locale.

È legittimo ritenere che, anche a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, il DPCM in parola vincoli ancora le Regioni ad adottare strumenti legislativi e amministrativi coerenti e valorizzatori della capacità progettuale delle organizzazioni *no profit*, atteso che esso può essere considerato espressione della potestà esclusiva statale di "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni", ai sensi dell'art. 117, comma 2, Cost. La determinazione di tali livelli, come ha riconosciuto la Corte costituzionale, non configura "una materia in senso stretto, ma una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie" (Corte cost. 26 giugno 2002, n. 282), per cui il legislatore statale deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle.

Avuto riguardo alla rilevanza economica dei servizi sociali, soprattutto nel contesto attuale in cui i contenuti economici delle prestazioni e dei servizi alla persona assumono un valore sempre più importante, si sostiene quell'interpretazione sistematica secondo la quale anche se il servizio ha rilevanza economica, il DPCM del 2001 va comunque applicato, perché la tutela della concorrenza rientra tra le competenze esclusive dello Stato, ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. e) Cost., come ha affermato la Corte costituzionale con la sentenza 27 luglio 2004, n. 272.

Alla luce del richiamato contesto istituzionale e della rilevanza economica o meno del servizio/prestazione, il DPCM 30 marzo 2001 fornisce dunque indirizzi per la regolazione dei rapporti tra Comuni e loro forme associative con i soggetti del Terzo settore ai fini dell'affidamento dei servizi previsti dalla Legge n. 328 del 2000, nonché per la valorizzazione del loro ruolo nella attività di programmazione e progettazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Il DPCM del 2001 stabilisce un iter valutativo e selettivo, al termine del quale l'ente *no profit* può risultare affidatario del servizio/prestazione. In questa direzione, i Comuni (e le stazioni appaltanti) devono innanzitutto procedere a una preselezione dei soggetti presso cui acquistare o ai quali affidare l'erogazione di servizi. A tal fine, gli Enti locali sono chiamati a valutare i seguenti elementi:

- *la formazione, la qualificazione e l'esperienza professionale degli operatori coinvolti;*
- *l'esperienza maturata nei settori e nei servizi di riferimento (art. 4, co. 1, DPCM 30 marzo 2001).*

In una seconda fase, gli Enti locali procedono all'aggiudicazione dei servizi sulla base dell'offerta economicamente più vantaggiosa, tenendo conto in particolare dei seguenti elementi qualitativi:

- *le modalità adottate per il contenimento del turn over degli operatori;*
- *gli strumenti di qualificazione organizzativa del lavoro;*
- *la conoscenza degli specifici problemi sociali del territorio e delle risorse sociali della comunità;*
- *il rispetto dei trattamenti economici previsti dalla contrattazione collettiva e delle norme in materia di previdenza e assistenza. (art. 4, co. 2, DPCM 30 marzo 2001).*

Coerentemente con l'impianto complessivo della Legge n. 328/2000, la quale ha voluto segnare un cambio di passo nei rapporti tra Terzo settore e Pubbliche amministrazioni per quanto attiene nello specifico ai servizi e alle prestazioni da erogare a favore delle comunità, l'art. 4, comma 3 del DPCM prevede il divieto per gli enti pubblici di procedere all'affidamento dei servizi con il metodo del massimo ribasso. Il legislatore ha così inteso evitare che l'affidamento avvenga esclusivamente sulla base del miglior prezzo con il rischio di mettere a repentaglio la qualità del servizio, che potrebbe essere pregiudicata dall'esigenza di contenere il più possibile i costi per raggiungere l'equilibrio economico dell'offerta.

SENTENZA DEL TAR PIEMONTE, SEZ. I, 6 FEBBRAIO 2012, N. 153

Nel contesto sopra descritto si colloca la recente sentenza del TAR Piemonte, la quale ha stabilito che è illegittimo il criterio di aggiudicazione del prezzo più basso scelto dall'amministrazione per la gara per l'affidamento del servizio relativo alla gestione delle attività ambulatoriali connesse al trattamento farmacologico di soggetti tossicodipendenti, in quanto contrario a quanto contenuto nell'art. 31 dalla Legge regionale Piemonte n. 1/2004, che stabilisce:

Negli affidamenti relativi ai servizi alla persona, gli enti pubblici procedono all'aggiudicazione secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa. È esclusa l'aggiudicazione basata esclusivamente sul criterio del prezzo più basso.

E ciò in quanto la gara ha ad oggetto servizi di assistenza alla tossicodipendenza, che rientrano nella lata accezione di "servizi sociali ad elevata integrazione sanitaria" e comunque di servizi integrati di assistenza alla persona.

I giudici amministrativi evidenziano che i servizi sanitari e sociali rientrano nell'allegato II B del DLgs n. 163/2006 (servizi esclusi) e conseguentemente, ai sensi dell'art. 20 del medesimo Decreto, ad essi non trova applicazione (se non per pochissime norme) la disciplina del Codice dei contratti. Si tratta di quelle attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Ai sensi del citato art. 20, l'aggiudicazione degli appalti aventi per oggetto i servizi elencati nell'allegato II B è disciplinata esclusivamente dai seguenti articoli:

art. 65 (avviso sui risultati della procedura di affidamento)

art. 68 (specifiche tecniche)

art. 225 (avvisi relativi agli appalti aggiudicati)

In virtù del dettato normativo, non si applicherebbe ai servizi ricompresi nell'allegato II B tutta la dettagliata disciplina prevista dal Decreto legislativo in oggetto. Conseguentemente, si ritiene che alle prestazioni sociosanitarie risulti applicabile anche l'art. 27 del DLgs n. 163 che stabilisce che l'affidamento dei contratti pubblici aventi ad oggetto lavori, servizi, forniture - esclusi, in tutto o in parte, dall'ambito di applicazione oggettiva del presente Codice - avviene nel rispetto dei principi di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza, proporzionalità. Allo scopo, pertanto, di incrementare il livello di comunicabilità dell'intenzione

della stazione appaltante di procedere all'affidamento dei servizi in parola, il Codice dei contratti pubblici stabilisce che l'affidamento deve essere preceduto da invito ad almeno cinque concorrenti, se compatibile con l'oggetto del contratto.

In argomento, è intervenuto il Consiglio di Stato (sentenza Adunanza plenaria 3 marzo 2008 n. 1) che ha stabilito che anche per le prestazioni sociosanitarie, intese come attività atte a soddisfare bisogni di salute della persona, ossia di cura e assistenza di persone assistite dal Servizio sanitario nazionale (art. 3 *septies*, commi 1 e 2, DLgs n. 502/1992), resta la necessità di rispettare le regole generali di diritto interno e i principi del diritto comunitario. In questo senso, i giudici amministrativi hanno ribadito che, ancorché non riconducibili immediatamente alla disciplina comunitaria e nazionale specificamente riferita ai contratti pubblici di servizi (direttiva 31 marzo 2004 n. 2004/18/CEE) e DLgs 12 aprile 2006 n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture), le stesse vanno riportate alla previsione dell'allegato II B (che elenca i "servizi sanitari e sociali") dell'art. 20 dello stesso DLgs n. 163. Richiamando l'articolo in oggetto, i giudici di Palazzo Spada ricordano che l'aggiudicazione degli appalti aventi per oggetto i servizi elencati nell'allegato II B è disciplinata esclusivamente dagli articoli 68 (specifiche tecniche), 65 (avviso sui risultati della procedura di affidamento) e 225 (avvisi relativi agli appalti aggiudicati). Tuttavia, il Consiglio di Stato ribadisce altresì che, per effetto del successivo art. 27 comma 1, DLgs n. 163/2006,

l'affidamento dei contratti pubblici aventi ad oggetto lavori, servizi forniture, esclusi, in tutto o in parte, dall'applicazione del presente Codice deve avvenire nel rispetto dei principi di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza, proporzionalità

e che

l'affidamento deve essere preceduto da invito ad almeno cinque concorrenti, se compatibile con l'oggetto del contratto.

In argomento, si segnala anche una sentenza del TAR del Friuli Venezia Giulia (sentenza n. 282/2009), con la quale i giudici amministrativi hanno stabilito che i servizi di cui all'allegato II B del Codice degli appalti (servizi sanitari e sociali) sono sì esclusi, ai sensi dell'art. 20 del Codice dei contratti, dall'applicazione della disciplina di cui al Codice medesimo, eccezion fatta per l'applicazione dell'art. 27. Preme evidenziare che detto articolo stabilisce che, anche per i contratti esclusi, si applicano i commi 2, 3 e 4 dell'art. 2 del Codice. In modo particolare, il comma 2 prevede la possibilità per le stazioni appaltanti di subordinare il principio di economicità, pur nei limiti in cui ciò sia espressamente consentito dalle norme vigenti e dal Codice stesso,

ai criteri previsti dal bando, ispirati a esigenze sociali, nonché alla tutela della salute e dell'ambiente e alla promozione dello sviluppo sostenibile.

Sullo specifico tema delle modalità di affidamento dei servizi, i giudici piemontesi sostengono che l'offerta economicamente più vantaggiosa non solo è uno dei criteri dettati dalla disciplina comunitaria ma è anche il criterio per il quale il diritto comunitario manifesta sostanziale favore, posto che risulta più flessibile e stimola la concorrenza, oltre che sul fattore prezzo, anche su quello qualità. Pertanto, benché evidentemente in forza della pervasività dei principi del Trattato UE anche ai settori esclusi, non sarebbero ammissibili scelte legislative regionali

deliberatamente anticoncorrenziali (ad esempio previsioni di indiscriminati affidamenti diretti o fiduciari, al di fuori del mercato), in mancanza di una puntuale disciplina della legge statale e comunitaria sul punto la scelta di un meccanismo ampiamente concorrenziale, anzi del più concorrenziale, in un contesto non primariamente ascrivibile alla problematica della concorrenza non crea attrito di sistema né con i principi del Trattato né con il dettato della legge nazionale né, infine, di carattere costituzionale.

Alla luce di quanto fin qui espresso, il TAR ha respinto la richiesta dei ricorrenti di dichiarare l'illegittimità costituzionale dell'art. 31, LR Piemonte n. 1/2004 per violazione della riserva di legge statale in materia di concorrenza dettata dall'art. 117, comma 2, lett. e) della Costituzione, poiché la disposizione contestata ha un'incidenza solo indiretta e contestualmente pro-concorrenziale sull'assetto dell'evidenza pubblica in un ambito specifico.

LEPS quale vincolo di risultato

Come richiamato nella parte introduttiva di questo studio, muovendo dall'assunto secondo cui alla Pubblica amministrazione è assegnata la responsabilità di conseguire un obiettivo (obbligazione di risultato) e non semplicemente di adottare gli strumenti necessari per rispondere alle esigenze dei cittadini (obbligazione di mezzi); riferire la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni a un'obbligazione di risultato significa identificare precisi obiettivi da implementarsi sul territorio. Si pensi al riguardo alla (ormai) diffusa e avvertita esigenza di assicurare ai disabili il cosiddetto "dopo di noi". Se questo scopo integra un obiettivo strategico individuato dalle Regioni e, di conseguenza, dagli Enti locali territoriali, sia la tipologia delle prestazioni da erogare sia la qualità/quantità delle stesse risulteranno serventi rispetto al risultato.¹¹⁴

In questa cornice, la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni acquisterebbe una dimensione sganciata sia dalla disponibilità finanziaria degli enti responsabili dell'erogazione delle prestazioni sia dalla capacità di compartecipazione da parte dell'utenza.

2.6.3. Disponibilità finanziaria degli enti responsabili dell'erogazione delle prestazioni

La questione in parola deve essere collocata nel contesto istituzionale entro il quale vengono erogate le prestazioni, in specie quelle di natura sanitaria. In questo senso, preme evidenziare che il Servizio sanitario nazionale e, quindi, quelli regionali si avvalgono di enti strutturalmente estranei ad essi sotto il profilo formale-identificativo, ma ad essi funzionalmente collegati in quanto erogatori di prestazioni sociosanitarie rese in favore della collettività. In base all'art. 8 bis, primo comma, del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza sanitaria definiti dal Piano sanitario nazionale

¹¹⁴ In dottrina si è sostenuto che

tale lettura ha il pregio di coniugare al meglio esigenze autonomistiche delle regioni e esigenze garantistiche degli utenti. (Frego Luppi, 2011, p. 36).

avvalendosi non solo dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere, delle Aziende universitarie e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ma anche di soggetti privati o pubblici non appartenenti alla struttura del Servizio sanitario, in possesso di determinati requisiti e, in quanto tali, appositamente accreditati ai sensi dell'articolo 8 *quater* dello stesso Decreto n. 502/1992.

La possibilità per la struttura accreditata di svolgere funzioni sociosanitarie per conto del Servizio sanitario regionale non comporta tuttavia di per sé la possibilità di far gravare sui fondi di detto Servizio le prestazioni rese all'utenza. Per addivenire a tale risultato è necessario che la struttura accreditata stipuli un apposito contratto con l'Azienda sanitaria locale di riferimento, ai sensi dell'art. 8 *quinquies*, comma 2, del DLgs n. 502/1992, nel quale deve essere fra l'altro indicato il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima Azienda si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza, nonché il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dall'applicazione di valori tariffari.

Tutto ciò attiene alla materia "tutela della salute", la quale ai sensi dell'art. 117, comma terzo, della Costituzione rientra fra quelle a legislazione concorrente. In questo quadro, recentemente, il TAR Lombardia, sez. III, 10 febbraio 2012, n. 461, ha statuito che le modalità di raggiungimento delle finalità proprie della programmazione sanitaria possano essere liberamente stabilite dalla legislazione regionale. Quest'ultima, nell'ambito della propria autonomia, potrà individuare gli strumenti più confacenti alle proprie peculiarità in grado di assicurare il soddisfacimento delle esigenze di programmazione ritenute essenziali dal legislatore statale. Nel caso di specie, i giudici amministrativi lombardi hanno riconosciuto che la Regione Lombardia non individua in modo puntuale le modalità per realizzare gli obiettivi, ma attribuisce agli organi deputati alla programmazione ampi margini di discrezionalità. Nel perimetro di tale discrezionalità deve collocarsi lo strumento programmatico-giuridico-amministrativo del Piano sociosanitario. Quest'ultimo ha stabilito la cosiddetta liberalizzazione degli accreditamenti e ha fissato un limite massimo di spesa per ogni singola struttura. Nel caso considerato, il TAR Lombardia ha ritenuto che la detta fissazione corrisponda a ragioni di programmazione delle uscite e di contenimento della spesa pubblica complessiva, principi che, come tali, devono essere letti come coerenti con le previsioni di cui all'art. 97 Cost. I ricorrenti hanno contestato questa posizione, sostenendo che la fissazione dei *budget* andrebbe a discapito dei soggetti bisognosi di interventi sociosanitari, atteso che le unità di offerta in questo modo sarebbero costrette a un contenimento delle prestazioni da erogare al fine di rispettare i limiti. I giudici amministrativi milanesi hanno respinto una simile doglianza ribadendo che:

- le prestazioni che il Servizio sanitario regionale è tenuto comunque ad assicurare ai soggetti bisognosi non dipendono direttamente dai limiti di spesa stabiliti nei documenti programmatici;
- le prestazioni in oggetto sono fissati dallo Stato ai sensi dell'art. 1, DLgs n. 502/1992 attraverso l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
- i LEA devono dunque dare concreta attuazione agli obblighi che fanno capo agli enti del Servizio sanitario nazionale in materia di tutela della salute;

- il Servizio sanitario regionale è conseguentemente tenuto ad erogare prestazioni non inferiori a quelle definite con provvedimento statale (cfr. DPCM 29 novembre 2001);
- i soggetti bisognosi hanno il diritto di esigere prestazioni - eventualmente sopportando parte dei costi in conformità alla vigente normativa - indipendentemente dai *budget* assegnati alla Regione, che, se insufficienti, devono essere da questa integrati.

I giudici amministrativi lombardi affermano dunque un principio chiaro e fondamentale per una appropriata ricostruzione del contesto entro il quale i livelli essenziali delle prestazioni devono essere assicurati. Invero, il TAR statuisce che

la fissazione dei budget è quindi operazione meramente contabile funzionale ad una razionalizzazione delle spese, che non può incidere sul contenuto delle prestazioni che debbono essere erogate dal servizio sanitario nel suo complesso a tutela del diritto alla salute dei singoli individui [...].

2.6.4. Questione relativa alla compartecipazione alle spese da parte degli utenti

Introduzione

Mentre la compartecipazione alle spese per l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie da parte degli utenti non è un tema sconosciuto nel nostro ordinamento, meno familiare e quindi più difficile da definire è la questione relativa ai criteri e ai parametri da utilizzare per definire tale compartecipazione. In argomento, la sentenza del Consiglio di Stato sez. V, 15 febbraio 2011, n. 01607, ha riconosciuto la necessaria integrale applicazione del principio di evidenziazione della situazione economica del solo assistito nelle situazioni in cui le persone si trovino in condizione di handicap grave ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della Legge n. 104/1992 e per le persone ultra-sessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle Aziende per i servizi sanitari. Il Consiglio di Stato ha chiarito definitivamente che tale principio è immediatamente applicabile.

In tal senso, nelle pagine seguenti verrà delineato l'attuale sistema istituzionale e normativo di riferimento corredato da un breve *excursus* delle pronunce precedenti dei diversi TAR regionali e dello stesso Consiglio di Stato fino ad arrivare a illustrare i punti salienti dell'ultima sentenza emessa dalla Corte di Cassazione.

Quadro di riferimento normativo e istituzionale

Benché si debba riferirsi alla disciplina regionale, vale ancora come cornice nazionale la Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", la quale ha completato - prima della riforma del Titolo V della Costituzione - il sistema di protezione sociale e di *welfare state*. Per quanto attiene al tema oggetto del presente contributo, si segnala che la Legge n. 328/2000 ha legiferato in ordine a:

- trasferimento di poteri alle Regioni e agli Enti locali;
- introduzione del principio di sussidiarietà orizzontale e verticale;
- riforma delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB);
- ruolo del Terzo settore, della famiglia, delle organizzazioni di auto-mutuo aiuto;

- forme di integrazione e di interazione sul territorio;
- introduzione della Carta dei servizi sociali;
- sostegno domiciliare per gli anziani non autosufficienti;
- autorizzazioni e all'accREDITamento.

Per quanto attiene alle conseguenze più propriamente istituzionali, l'assetto definito dalla legge quadro implica un ripensamento generale e approfondito delle modalità e delle azioni che hanno caratterizzato gli interventi e i servizi sociali in Italia. Infatti, nell'architettura complessiva del disegno riformatore, un ruolo da protagonisti è riconosciuto ai Comuni, enti territoriali cui spetta la titolarità delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale. In particolare, ai Comuni spetta:

- la programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete;
- l'erogazione dei servizi e delle prestazioni economiche;
- l'autorizzazione, accREDITamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale;
- la definizione dei parametri di valutazione;
- la promozione delle risorse della collettività;
- il coordinamento e l'integrazione degli enti che operano nell'ambito di competenza locale;
- il controllo e la valutazione della gestione dei servizi;
- la promozione di forme di consultazione allargata;
- garantire la partecipazione dei cittadini al controllo della qualità dei servizi.

In questo contesto, il Comune - quale entità giuridica e organizzativa autonoma impegnato nella gestione ed erogazione, sia direttamente sia attraverso appositi enti strumentali e organizzazioni *no profit*, dei servizi alla persona, in particolare quelli di natura socio-assistenziale - si è trovato dunque ad assumere maggiori responsabilità, che sembrano destinate ad aumentare con il processo innescato dal federalismo fiscale, con conseguenze dirette (e rilevanti) sulle politiche sociali e sanitarie.

Il riconoscimento dei poteri di autonomia degli Enti locali ha reso (e dovrebbe rendere a maggior ragione con il federalismo fiscale) necessaria la definizione di una soglia di omogeneità, affinché non si verifichino disequilibri nelle opportunità e nell'offerta di interventi e servizi. Al riguardo, l'art. 22 della Legge n. 328/2000 ("Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") ha individuato un

livello essenziale delle prestazioni erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale [...].

Si tratta di un rafforzamento dell'autonomia della componente sociale che, tuttavia, in specie per il tema oggetto del presente contributo, deve necessariamente concepirsi in uno con la componente sanitaria (cosiddetta integrazione sociosanitaria). Sul tema, il DLgs n. 229/1999, art. 3 *septies*, comma 6, aveva stabilito che

le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento [...]. La Regione determina [...] il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale [...].

Con la Legge n. 328/2000, i Comuni hanno assunto un ruolo centrale e determinante nella realizzazione degli interventi sociali svolti a livello locale, nella convinzione della necessità di una sussidiarietà verticale e orizzontale per la quale il livello locale del Comune sia l'interprete più adatto dei bisogni dei cittadini.

Altri significativi riferimenti normativi in materia sono i seguenti:

- l'art. 3, comma 2, del DPCM 14/2/2001 ("Atto di indirizzo e coordinamento per le regioni in materia di prestazioni sociosanitarie") che individua le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di competenza dei comuni;
- il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", emanato a seguito degli accordi intervenuti tra il Governo, le Regioni a statuto ordinario e speciale e le Province autonome di Bolzano e Trento; esso stabilisce che le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle riconducibili ai livelli essenziali di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare e assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale.

Le prestazioni individuate dai LEA sono pienamente esigibili ai sensi dell'articolo 54 della Legge n. 289/2002 e del 2° comma, lettera *m*) dell'articolo 117 della Costituzione che demanda allo Stato il compito di determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Rileva inoltre per il tema in esame che l'art. 25 della Legge n. 328/2000 di riforma dell'assistenza stabilisce che ai fini dell'accesso ai servizi la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal Decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130. In particolare l'art. 2 stabilisce che la valutazione della situazione economica del richiedente è determinata con riferimento alle informazioni relative al nucleo familiare di appartenenza; l'art. 3 comma 2 *ter* definisce che - limitatamente alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria, erogate a domicilio o in ambito residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave di cui all'articolo 3, comma 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertato ai sensi dell'articolo 4 della stessa Legge, nonché a soggetti ultra-sessantacinquenni la cui non autosufficienza sia stata accertata dalle Aziende Unità sanitarie locali - le disposizioni del presente Decreto si applicano nei limiti stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale e della sanità.

Giurisprudenza

Il riferimento all'emanazione di un apposito DPCM per stabilire i limiti di applicazione dei Decreti n. 109/1998 e n. 130/2000 nei confronti delle persone con handicap grave (art. 3 c. 3 *ex Legge* n. 104/1992) e anziani non autosufficienti ha posto il problema della immediata applicabilità della norma nella parte in cui prevede che, in tali casi, si debba evidenziare la situazione economica del solo assistito e non più del suo nucleo familiare, secondo l'ordinario parametro ISEE (indicatore della situazione economica equivalente).

Negli ultimi anni, la giurisprudenza è stata ricchissima di pronunce rispetto alla materia in oggetto, in seguito a ricorsi dei singoli cittadini e delle organizzazioni *no profit* a sostegno degli stessi. Tutto ciò appare il segno evidente della rilevanza dei temi trattati e della necessità di intervenire, per lo meno a livello regionale, con indirizzi legislativi chiari e coerenti che colmino il vuoto normativo, ove presente, facendo propri i principi ribaditi dalla sentenza del Consiglio di Stato qui trattata.

Complessivamente, la tipologia delle pronunce dei Tribunali si è esplicitata in tre orientamenti interpretativi che sono stati riassunti e argomentati in maniera esaustiva dalla sentenza 20 maggio 2010 n. 1587 della III Sezione del Tribunale amministrativo regionale di Milano.

Il primo orientamento esclude l'immediata applicabilità del principio, in quanto:

- la stessa disposizione che subordina l'applicazione a un apposito DPCM, sicché il comma 2 *ter* integra una norma di mero indirizzo;
- il riferimento della norma alla situazione economica del solo assistito si accompagna al contestuale richiamo alla necessità di favorire la permanenza dell'assistito medesimo presso il nucleo familiare di origine, di modo che la realizzazione del primo risultato non può prescindere da quella del secondo;
- il comma 2 *ter* richiede che il DPCM sia adottato previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni unificata con la Conferenza Stato-Città e Autonomie locali, ex art. 8 DLgs n. 281/1997 e ciò conferma l'efficacia non immediatamente precettiva della disposizione, in linea sia con le prerogative costituzionalmente riconosciute a Regioni e Autonomie locali in una materia che ne vede coinvolti gli interessi, sia con il principio della leale collaborazione che informa i rapporti tra i diversi livelli di Governo dopo la riforma del Titolo V Cost. (cfr. TAR Toscana, sez. II, 25 marzo 2010, n. 744; TAR Toscana, sez. II, 25 agosto 2009, n. 1409; Consiglio di Stato, sez. III, parere del 24 marzo 2009, n. 569/2009).

Il secondo orientamento ritiene, invece, che la norma in esame introduca un principio giuridico sufficientemente preciso, tale da vincolare l'amministrazione anche in assenza del decreto di attuazione del Presidente del Consiglio. In particolare si considera che

nelle situazioni di maggiore difficoltà come quelle che investono i soggetti diversamente abili le regole ordinarie dell'ISEE incontrano una deroga necessaria, dovendo obbedire alla prioritaria esigenza di facilitare il protrarsi della loro permanenza nel nucleo familiare ospitante: tale obiettivo è perseguito attraverso l'evidenziazione della situazione economica del solo assistito, anche in relazione al concorso alle spese dovute per i servizi fruiti.

Nondimeno, secondo questa impostazione la regola della evidenziazione della situazione economica del solo assistito non va intesa in senso assoluto e incondizionato, ma lascia alle Amministrazioni locali la facoltà di "ricercare soluzioni concrete in sede di individuazione dei criteri di compartecipazione ai costi dei Centri frequentati". In particolare si ritiene che

il dato letterale di riferimento sembra fornire indicazioni in tal senso quando afferma che l'applicazione dei principi sull'ISEE è limitata ad ipotesi circoscritte, individuate con il decreto che deve (o avrebbe dovuto) riconoscere un rilievo predominante alla situazione economica del solo assistito nell'ottica di facilitare la sua convivenza con il nucleo familiare. Al riguardo non sembra condivisibile una lettura della seconda parte del comma

2-ter tesa a riconoscere un principio assoluto ed incondizionato, mentre al dpcm sarebbe demandata la funzione, esclusiva ed eventuale, di limitarne la portata. Da una lettura complessiva emerge viceversa che la disposizione affida all'autorità statale, in via contestuale, sia il compito di raggiungere il delineato obiettivo a favore dei soggetti tutelati sia la determinazione dei limiti residuali entro i quali l'ISEE familiare può comunque trovare applicazione: spetta in altre parole al Presidente del Consiglio dare attuazione al principio e delimitarne la portata, individuando le ipotesi marginali nelle quali può riespandersi la disciplina generale dell'ISEE familiare. In assenza del suddetto decreto, pare evidente che la proposizione normativa - come già detto immediatamente precettiva - debba essere nella sua globalità tradotta in scelte concrete dalle amministrazioni titolari delle funzioni amministrative in materia di interventi sociali sul territorio (cfr. TAR Lombardia Brescia, 10 novembre 2010, n. 4576; TAR Lombardia Brescia, 1 luglio 2010, n. 2242; TAR Venezia, sez. III, 17 marzo 2010, n. 830; TAR Lombardia Brescia, sez. II, 14 gennaio 2010, n. 18; TAR Lombardia Brescia, sez. II, 13 luglio 2009, n. 1470; Ordinanza TAR Lombardia Brescia, 8 gennaio 2009, n. 34; TAR Lombardia Brescia, sez. I, 2 aprile 2008, n. 350).

Il terzo orientamento considera che la regola della evidenziazione della situazione economica del solo assistito, rispetto alle persone con handicap permanente grave (art. 3 comma 3 *ex Lege* n. 104/1992) e ai soggetti ultra-sessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle Aziende unità sanitarie locali, integra un criterio immediatamente applicabile ai fini della fruizione di prestazioni afferenti a percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, senza lasciare spazio normativo alle amministrazioni locali (cfr. tra le più significative: TAR Lombardia Milano, sez. I, 24 marzo 2011, n. 784 e 785; TAR Lombardia Milano, ordinanza 18 febbraio 2011, n. 375; TAR Lombardia Milano, sez. III, 7 febbraio 2011, n. 362; Consiglio di Stato, 26 gennaio 2011, n. 551; TAR Lombardia Brescia, 13 luglio 2009, n. 1470; TAR Lombardia Milano, sentenza 5 agosto 2010, n. 3588; Consiglio di Stato, sez. V, ordinanza 28 giugno 2010 n. 3001 rif. TAR Firenze, sez. II, sent. 25 marzo 2010 n. 744; Consiglio di Stato, sez. V, ordinanza 12 maggio 2010 n. 2130 conf. TAR Milano, sez. III, ordinanza 20 novembre 2009 n. 1328; Consiglio di Stato, sez. V, ordinanza 28 giugno 2010 n. 2997 rif. TAR Firenze, sez. II, sent. 3 marzo 2010 n. 588; TAR Sardegna Cagliari, sez. I, 24 ottobre 2009, n. 1562; Consiglio di Stato, Sez. V, ordinanza 14 settembre 2009 n. 4582 conf. TAR Lombardia Milano, sez. III, ordinanza 8 maggio 2009 n. 581; TAR Lombardia Milano, sez. III, ordinanza 8 maggio 2009 n. 582; Consiglio di Stato, sez. V, ordinanza 12 giugno 2009 n. 3065 conf. TAR Milano, sez. III, ordinanza 9 gennaio 2009 n. 10; TAR Lombardia Milano, sez. IV, 10 settembre 2008 n. 4033; Consiglio di Stato, sez. V, ordinanza 16 maggio 2008 n. 2594 conf. TAR Firenze, sez. II, ordinanza 17 gennaio 2008 n. 43; TAR Marche Ancona, sez. I, ordinanza 27 settembre 2007 n. 521; TAR Sicilia Catania, 11 gennaio 2007 n. 42).

Il secondo e il terzo orientamento sopra menzionati ritengono che il principio di evidenziazione della situazione economica del solo assistito sia un'espressione diretta di principi costituzionali (artt. 3, 38, 53 e 117 co. 2 lett. *m*) della Costituzione) e internazionali, in particolare in relazione ai principi di autonomia, indipendenza e non discriminazione delle persone con disabilità stabiliti dalla Convenzione di New York sui diritti delle persone con disabilità e ratificata dall'Italia con la

Legge n. 18/2009, e asseriscono che la disposizione dell'art. 3 comma 2 *ter* del DLgs n. 109/1998 va considerata prevalente rispetto a eventuali normative regionali difformi.

In particolare, con il terzo orientamento si è voluto ribadire, come ben esplicitato dalla sentenza 20 maggio 2010 n. 1587 della III Sezione del Tribunale amministrativo regionale di Milano, che la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni è rimessa, anche nella materia *de qua*, al legislatore statale e che la definizione dei criteri per l'accesso alle stesse prestazioni integra un livello essenziale e spetta al legislatore statale: se determinate attività e determinati servizi devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, è necessario che anche i parametri di accesso ai medesimi siano uniformi. Ne deriva che è rimesso alla definizione del legislatore statale anche il criterio di accesso e di parametrizzazione dei costi a carico del richiedente per quanto riguarda le prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo rivolte a persone con handicap grave (art. 3 comma 3 *ex Lege* n. 104/1992) e anziani non autosufficienti, che integrino LEA secondo quanto definito dal DPCM 29/11/2001. In tale ambito non vi è spazio per un'integrazione lasciata alle singole Amministrazioni comunali, che non possono modificare o integrare, in mancanza di norme *ad hoc*, il criterio dettato in modo necessariamente uniforme dal legislatore statale. Va tuttavia ribadito che in relazione alle materie di legislazione statale esclusiva come la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, anche il potere regolamentare spetta allo Stato, ex art. 117, comma 6, Cost., salva la possibilità di delegarlo alle Regioni, delega che non sussiste nella materia in esame. Proprio l'attribuzione allo Stato del potere regolamentare esclude la configurabilità di un potere normativo di secondo grado in capo agli Enti locali, in ordine alla definizione del criterio di valutazione della situazione economica da applicare nei confronti di persone con handicap grave (art. 3 comma 3 *ex Lege* n. 104/1992) e anziani non autosufficienti, ai fini dell'erogazione di prestazioni sociali agevolate.

In sostanza le diverse pronunce che si sono occupate del tema oggetto del presente contributo hanno per la maggior parte indicato chiaramente la necessità di considerare, ai fini dell'accesso e della compartecipazione al costo del servizio fruito dalle persone con handicap grave (art. 3 comma 3 *ex Lege* n. 104/1992) e dagli anziani non autosufficienti, l'ISEE della singola persona, in quanto le disposizioni dei Decreti legislativi n. 109/1998 e n. 130/2000 sono immediatamente precettive e applicabili a prescindere dall'emanazione del DPCM (cosa ad oggi non ancora avvenuta).

In altre parole, come rileva il TAR Lombardia Milano con la sentenza n. 1587/2010, il DPCM non è destinato ad incidere sulla struttura del criterio prescelto dal legislatore, ma solo a limitarne in determinati casi l'applicazione in favore del criterio generale dell'ISEE, e la configurabilità di eccezioni alla regola generale per la fruizione dei servizi, sulla base di ulteriori valutazioni, non osta all'immediata applicabilità della regola stessa. Va ribadito che la possibilità di individuare eccezioni al parametro della situazione economica del solo assistito non lascia spazio a un potere regolamentare degli Enti locali, in quanto, come già evidenziato, la definizione del criterio di capacità economica da utilizzare ai fini dell'erogazione di prestazioni sociali agevolate attiene ai livelli essenziali di prestazioni, la cui determinazione è riservata al legislatore statale, senza spazi per un potere normativo degli Enti locali. Pertanto, non è condivisibile la tesi secondo la quale, in assenza del suddetto Decreto, la norma in esame consentirebbe l'effettuazione di scelte concrete da parte delle amministrazioni titolari delle funzioni amministrative in materia di

interventi sociali sul territorio, in quanto implica l'attribuzione ai Comuni di un potere regolamentare in assenza di una specifica norma di legge e, comunque, al di fuori del riparto costituzionale del potere normativo di secondo grado, stabilito dall'art. 117, comma 6, Cost. Eventualmente il nucleo familiare può essere preso in considerazione solo per porre dei limiti ragionevoli a una applicazione della regola dell'ISEE singolo in modo assoluto e incondizionato.

Appare chiaro come un siffatto orientamento vada ad incidere in modo estremamente rilevante sulle risorse degli Enti locali e debba giocare forza indirizzare le scelte politiche anche sulla base di priorità evidenti (si pensi al trend demografico), peraltro garantite dalla Carta costituzionale. Tale orientamento prevalente è stato confermato dalla recente sentenza del Consiglio di Stato, come riportato nel Paragrafo successivo.

Da ultimo, le sentenze 24 marzo 2011 nn. 784 e 785 del TAR Milano riconoscono il risarcimento del danno ingiusto in caso di mancata erogazione del servizio, oltre ad osservare che

la possibilità di individuare eccezioni al parametro della situazione economica del solo assistito non lascia spazio ad un potere regolamentare degli enti locali; non è, quindi, condivisibile la tesi secondo la quale, in assenza del suddetto decreto, la norma in esame consentirebbe l'effettuazione di scelte concrete da parte di questi ultimi in materia di interventi sociali sul territorio, essendo l'ipotizzata potestà priva di base normativa e, comunque, al di fuori del riparto del potere normativo di secondo grado, stabilito dall'art. 117, comma 6, Cost.

Il Giudice amministrativo, che già aveva avuto modo di stigmatizzare il comportamento ostruzionistico dei Comuni in sede di conferenza Stato-Regioni (cfr. TAR Lombardia - Milano, n. 4033/2008), pur riconoscendo le "difficoltà dei Comuni nel reperimento di fondi sufficienti per far fronte alle legittime richieste di prestazioni sociosanitarie e socio-assistenziali da parte di coloro che ne abbiano diritto secondo legge", evidenzia che le difficoltà in sede concertativa tra i vari livelli di governo (Comuni - Regioni - Stato), non possono

tradursi in misure che incidano negativamente sugli utilizzatori finali che, in quanto soggetti svantaggiati, la legge statale ha inteso proteggere,

riconoscendo altresì che detto problema

non può trovare risposta in sede giurisdizionale, ma esclusivamente in quella politica di riparto delle competenze e degli oneri finanziari posti dalla legge direttamente a carico degli enti locali.

Contenuti della sentenza del Consiglio di Stato sez. V, 15 febbraio 2011, n. 01607

Con la sentenza in commento, il Consiglio di Stato conferma l'orientamento prevalente della giurisprudenza relativo all'immediata precettività dell'art. 3 co. 2 *ter* dei Decreti legislativi n. 109/1998 e n. 130/2000 e trattato nel Paragrafo precedente. Ciò implica obbligatoriamente il totale rispetto del principio di evidenziazione della situazione economica del solo assistito ai fini della compartecipazione al costo delle prestazioni socio-assistenziali nell'ambito di percorsi sociosanitari a favore di persone con handicap grave (art. 3 comma 3, Legge n. 104/1992) e anziani non autosufficienti.

La sentenza in questione è la n. 1607 del 15 febbraio 2011: confermando l'annullamento del Regolamento del Comune di Cinisello Balsamo (Mi) disposto dalla sentenza 14 maggio 2010, n. 1487 del TAR Milano, fornisce un'ampia e articolata ricostruzione del problema, afferma che

deve ritenersi che il citato art. 3, co. 2-ter, pur demandando in parte la sua attuazione al successivo decreto, abbia introdotto un principio, immediatamente applicabile, costituito dalla evidenziazione della situazione economica del solo assistito, rispetto alle persone con handicap permanente grave e ai soggetti ultra sessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle aziende unità sanitarie locali.

Il Consiglio chiarisce infatti che la tesi che esclude l'immediata applicabilità della norma, in virtù dell'attuazione demandata a un apposito DPCM, benché sostenuta dal Consiglio stesso in sede consultiva (sez. III, n. 569/2009) non appare convincente ed è già stata disattesa dalla Sezione in alcuni precedenti cautelari (sez. V, ordinanze nn. 3065/2009, 4582/2009 e 2130/2010), che hanno trovato conferma in una recente sentenza (sez. V, sentenza n. 551/2011, in cui è affermato che la mancata adozione del DPCM non può paralizzare l'operatività della norma, salve ulteriori considerazioni legate al caso di specie sulla situazione reddituale complessiva)

Questa regola non incontra alcun ostacolo per la sua immediata applicabilità e il citato decreto, pur potendo introdurre innovative misure per favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza, non potrebbe stabilire un principio diverso dalla valutazione della situazione del solo assistito; di conseguenza, anche in attesa dell'adozione del decreto, sia il legislatore regionale sia i regolamenti comunali devono attenersi a un principio idoneo a costituire uno dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, attendendo proprio a una facilitazione all'accesso ai servizi sociali per le persone più bisognose di assistenza.

L'aspetto estremamente rilevante, e che in questa sede preme sottolineare, è che in questo modo il Consiglio di Stato stabilisce che il principio di evidenziazione della situazione economica del solo assistito è idoneo a costituire uno dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire in modo uniforme sull'intero territorio nazionale.

Il Consiglio di Stato sottolinea inoltre che la determinazione dei livelli essenziali da garantire in maniera uniforme non deve necessariamente essere contenuta in provvedimenti legislativi statali successivi alla riforma del Titolo V della Costituzione, ma può ricavarsi anche dal complesso della normativa antecedente. Con la Legge 8 novembre 2000, n. 328 è stato sancito che

la Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione (art. 1).

Il successivo art. 22 della Legge n. 328/2000 indica le prestazioni in favore di persone anziane o disabili, la cui erogazione deve essere garantita dalla disciplina regionale.

L'art. 25 della medesima Legge specifica che

ai fini dell'accesso ai servizi disciplinati dalla presente legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130.

L'art. 2, comma 1, del DLgs n. 109/1998 individua nell'ISEE il criterio di valutazione della situazione economica del richiedente, che va determinata con riferimento alle informazioni relative al nucleo familiare cui egli appartiene.

Dal complesso della richiamata disciplina si ricava che sussiste una competenza regolamentare degli enti erogatori (nel caso di specie, il Comune) al fine di fissare i requisiti per accedere alle prestazioni o alle agevolazioni economiche e che tale competenza va esercitata senza intaccare i livelli essenziali di assistenza (non determinati però dal legislatore statale con riferimento al valore dell'ISEE).

In sostanza viene così confermato che la natura di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ai sensi dell'art. 117 co. 2 lett. m) Cost. non può essere ridotta alle sole prestazioni sociosanitarie ricomprese nei DPCM 14/2/2001 e 29/11/2001 (cosiddetti LEA), ma deve essere riconosciuta anche alle prestazioni di cui all'art. 22 della Legge n. 328/2000 e conseguentemente alle modalità di accesso alle stesse, ovvero all'ISEE, cui espressamente rinvia l'art. 25 della stessa Legge, poiché la determinazione dei livelli essenziali da garantire in maniera uniforme non deve necessariamente essere contenuta in provvedimenti legislativi statali successivi alla riforma del Titolo V della Costituzione, ma può ricavarsi anche dal complesso della normativa antecedente.

La deroga rispetto alla valutazione dell'intero nucleo familiare è dunque limitata sotto il profilo soggettivo alle persone con handicap permanente grave e ai soggetti ultra-sessantacinquenni non autosufficienti (con specifico accertamento in entrambi i casi) e, con riguardo all'ambito oggettivo, alle prestazioni inserite in percorsi integrati di natura sociosanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale, di tipo diurno oppure continuativo. Nel momento in cui vi siano tali presupposti, deve essere presa in considerazione la situazione economica del solo assistito.

Va aggiunto inoltre che il Consiglio di Stato ha fatto propria anche la sussunzione del principio di evidenziazione della situazione economica del solo assistito da superiori principi costituzionali e internazionali in quanto correttamente il TAR ha fondato la sua interpretazione, oltre che sul dato letterale della legge, sul quadro costituzionale e sulle norme di derivazione internazionale, facendo particolare riferimento alla Legge 3 marzo 2009 n. 18 che ha ratificato la Convenzione di New York del 13 dicembre 2006 sui "diritti delle persone con disabilità".

La giurisprudenza ha già sottolineato che la Convenzione si basa sulla valorizzazione della dignità intrinseca, dell'autonomia individuale e dell'indipendenza della persona disabile (l'art. 3 impone agli Stati aderenti un dovere di solidarietà nei confronti dei disabili, in linea con i principi costituzionali di uguaglianza e di tutela della dignità della persona, che nel settore specifico rendono doveroso valorizzare il disabile di per sé come soggetto autonomo, a prescindere dal contesto familiare in cui è collocato, anche se ciò può comportare un aggravio economico per gli enti pubblici).

I principi della Convenzione costituiscono quindi ulteriore argomento interpretativo in favore della tesi dell'immediata applicabilità del comma 2 *ter* dell'art. 3 del DLgs n. 109/1998 e per ritenere manifestamente infondata ogni questione di costituzionalità, che dubiti della compatibilità costituzionale dell'interpretazione fatta propria TAR e confermata dalla sentenza del Consiglio di Stato in esame.

Appare dunque evidente che i legislatori regionali dovranno tenere conto di quanto su riportato poiché le politiche socio-assistenziali sono materia di competenza esclusiva regionale in quanto, sotto il profilo del riparto delle competenze legislative, la Corte costituzionale ha chiarito che le materie "assistenza e beneficenza pubblica" e "politiche sociali" sono attribuite alla competenza legislativa residuale delle Regioni in quanto non nominate dall'art. 117 Cost. (Corte cost. n. 124/2009), potendo lo Stato - ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. *m*), Cost. - intervenire per la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (previsione che secondo Corte cost. n. 88/2003, attribuisce al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di un'adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto; vedi anche Corte cost. n. 10/2010).

Quali scenari possibili?

I dati statistici e sociologici riflettono sempre più l'impoverimento delle famiglie che prestano assistenza continua (personalmente o meno) ai propri familiari. Ciò è dovuto alla concomitanza di diversi fattori quali:

- il prolungarsi dell'età anziana dovuto all'allungarsi della vita media;
- il venir meno delle reti familiari, anche per la riduzione dei membri del nucleo familiare;
- l'aumento delle separazioni e delle famiglie monogenitoriali, in cui i *caregiver* sono contestualmente dei lavoratori che devono accudire anche i propri figli oltre che occuparsi dei propri genitori.

La sentenza in esame appare dunque estremamente rilevante per i risvolti sociali che comporta e ci si domanda pertanto quali interventi e azioni le Pubbliche amministrazioni possano mettere in atto al fine di prevenire eventuali cause e ricorsi da parte dei singoli cittadini e delle organizzazioni *no profit* (queste ultime anche nel caso di specie che ha portato alla sentenza del Consiglio di Stato qui commentata sono state fondamentali nel supportare i cittadini nelle azioni di tutela dei propri diritti), anche al fine di rendere omogenea sul territorio nazionale l'esigibilità dei diritti sanciti dai livelli essenziali di assistenza e dalla Costituzione, alla luce delle indicazioni derivanti dalla giurisprudenza. Sarebbe auspicabile un'azione propositiva e preventiva da parte delle Pubbliche amministrazioni in tale direzione, anche se appare impensabile che ciò avvenga in questo momento di tagli alle risorse pubbliche e di mancata crescita economica.

In questa congiuntura negativa, si assiste altresì a un sempre più marcato trasferimento di costi dal sistema sanitario (sempre più indirizzato verso le fasi acute delle patologie o di criticità di salute delle persone) a quello sociale e da questo ai cittadini e alle loro famiglie. In tal senso, il progressivo passaggio dall'universalismo delle prestazioni previsto anche dalla Legge n. 833/1978 di riforma del Servizio sanitario nazionale all'universalismo selettivo sempre più

mercato sta portando, seppure in presenza di una evidente contrazione di risorse, a un impoverimento delle famiglie e a un arretramento degli interventi del sistema di *welfare*, che rischia di diventare sempre più residuale. Appare evidente che in questo modo è difficile garantire delle condizioni minime di sostegno, cura e *care* e vi è sempre più il rischio di una frammentazione degli interventi e della disgregazione di diritti sanciti e assicurati dalla Carta costituzionale, la cui capacità di guardare lontano appare evidente e fuori discussione, almeno in tale ambito.

A parere di chi scrive, l'assenza di risorse per la gestione dei servizi sociali e sanitari non può motivare la disapplicazione di principi generali costituzionalmente garantiti, a maggior ragione se ciò avviene mediante un regolamento comunale o delibere/decreti aziendali, volti a non applicare i DLgs n. 109/1998 e n. 130/2000.

Si ritiene dunque che compito principale del legislatore e delle Pubbliche amministrazioni sia individuare e definire le priorità (possibilmente sulla base di dati di natura anche sociologica e demografica e non meramente economicistica) mediante scelte politiche e, anche alla luce della citata pronuncia del Consiglio di Stato, nel rispetto delle leggi vigenti. È di tutta evidenza che la corretta applicazione dei principi ribaditi dai Giudici di Palazzo Spada richiederebbe la modifica di regolamenti di numerosi servizi sociali e sociosanitari degli Enti locali e delle Aziende sanitarie e ospedaliere, oltre a un conseguente ulteriore stanziamento di risorse. Attualmente, la competenza esclusiva delle Regioni in materia richiede un intervento del legislatore regionale che metta a disposizione risorse congrue per l'assistenza continuativa delle persone non autosufficienti o con disabilità gravi, ponderando un corretto bilanciamento di interessi e diritti contrapposti, in modo da essere nelle condizioni di valutare ogni singola situazione in base alla propria specificità (necessità di cura e assistenza personalizzate, risorse economiche a disposizione, ecc.). In molte occasioni ci si riferisce al "*budget di cura*": sarebbe auspicabile costruire siffatti strumenti e percorsi anche insieme alle organizzazioni *no profit*, al fine di legittimare le scelte normative e regolamentari da un lato, e responsabilizzare istituzioni e cittadini dall'altro.

Si rimane fermamente convinti che, ancora più in questa fase di stallo e transizione socioeconomica e culturale, vada ripensato il modello sociale e, alla luce dei cambiamenti sociali ed economici (precarietà lavorativa ed economica, disoccupazione giovanile, scarsa mobilità sociale, invecchiamento della popolazione e basso tasso di natalità, difficoltà di conciliazione dei tempi famiglia-lavoro, fenomeni di immigrazione, emergere di nuovi rischi, ecc.), vada co-costruito un nuovo progetto di *welfare* che sappia fare fronte ai vecchi rischi e affrontare contestualmente quelli nuovi.¹¹⁵ In tale prospettiva il ruolo delle organizzazioni *no profit* è

¹¹⁵ Sul fronte degli interventi, è necessario investire con più determinazione negli strumenti di programmazione: al riguardo, il Piano di zona, accordo di programma di natura sociosanitaria disciplinato dall'art. 19, Legge n. 328/2000, lungi dall'essere considerato alla stregua di un modello obsoleto, può ancora oggi - e forse più che nel recente passato - rappresentare un valido ed efficace strumento di programmazione territoriale. Come, anche correttamente è stato ribadito recentemente, *[o]ccorre insistere in questa direzione perché viceversa l'abbandono (o il rinvio sine die) dei piani di zona oggi comporterebbe il rinunciare di fatto ad assumere una visione strategica, oggi ancora più importante di ieri perché le risorse sono calate e vanno pertanto razionalizzate e integrate.*

fondamentale non solo per promuovere la partecipazione e supportare le istanze dei cittadini ma anche per essere attori protagonisti della *governance* necessaria per affrontare la complessità crescente della società attuale.

La Corte di Cassazione si schiera con i familiari dei malati di Alzheimer

Il tema, tanto delicato quanto complesso, relativo alla compartecipazione alle spese sanitarie e/o sociosanitarie da parte degli utenti o dei loro familiari ha recentemente segnato un ulteriore punto a favore dell'universalismo delle prestazioni e della garanzia delle stesse che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare (Cass. 22 marzo 2012, n. 4558). Nel caso di specie, la Suprema Corte ha statuito che i familiari dei malati di Alzheimer non devono versare alcuna retta ai Comuni per il ricovero dei loro cari in strutture per lungodegenti, in quanto si tratta di importi a totale carico del Servizio sanitario nazionale, atteso che il tipo di patologia non consente di fare distinzione tra spese per la cura e spese per l'assistenza. Con questo verdetto, i supremi giudici hanno dato ragione al marito e ai figli di una donna ricoverata nel 1992 nella casa di cura Costante Gris di Mogliano Veneto perché, per effetto dell'Alzheimer, non era autosufficiente e aveva bisogno di assistenza continua per tutto, anche per deglutire. Il Comune trevigiano di Carbonera, dove la famiglia risiedeva, aveva preteso una retta di quasi 2,5 milioni di lire al mese solo per pagare l'assistenza, oltre ai costi del ricovero sanitario vero e proprio. Il Comune sosteneva che si sarebbe dovuto fare carico di tali spese solo se la malata fosse indigente, ma non era questo il caso, dato che i congiunti avevano un loro reddito e dovevano quindi pagare. In primo grado, il Tribunale di Treviso aveva dato ragione al Comune, fondando tale decisione sul rilievo che le prestazioni eseguite nei confronti dell'assistita presso l'IPAB di Mogliano Veneto avevano carattere sia sanitario sia assistenziale e che, in relazione al secondo aspetto, esse gravavano sul Comune solo nell'ipotesi di indigenza della persona assistita. Avuto riguardo alla posizione dei congiunti di quest'ultima, il Tribunale di Treviso aveva riconosciuto la legittimità del Comune a surrogarsi in luogo della persona assistita e ad agire nei confronti degli obbligati. Conseguentemente, il Tribunale aveva condannato i familiari a pagare la retta e quasi 50 milioni di lire per l'assistenza. Per contro, nel 2005 la Corte di Appello di Venezia annullò la sentenza di primo grado, accogliendo il ricorso proposto dai familiari della persona. I giudici veneziani riconobbero meritevole di tutela la domanda di ripetizione avanzata dai familiari e, al contempo, immeritevole di accoglimento la pretesa esercitata in via riconvenzionale dal Comune. Richiamando le norme contenute nell'art. 30, Legge n. 730 del 1983 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato" (Legge finanziaria 1984)¹¹⁶ e nel DPCM 8 agosto 1985 ("Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5

Un'eventuale rinuncia al Piano di zona significherebbe invece lasciare i territori alla deriva, rinunciando ad una funzione di governo del sistema. (De Ambrogio, 2012, p. 1).

¹¹⁶ *Per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, gli enti locali e le regioni possono avvalersi, in tutto o in parte, delle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali. le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per le funzioni di tipo socio-assistenziale ad esse delegate.*

della legge 23 dicembre 1978, n. 833”), la Corte d’Appello di Venezia ha inteso richiamare la natura di carattere sanitario delle prestazioni eseguite nei confronti della persona gravemente affetta dal morbo di Alzheimer e sottoposta a terapie continue, a fronte delle quali le prestazioni di natura non sanitaria assumevano un carattere marginale e accessorio.

Contro la decisione della Corte d’Appello di Venezia ha proposto ricorso per Cassazione il Comune. La Corte di Cassazione, respingendo il ricorso in parola, si è schierata con le famiglie dei malati di Alzheimer, affermando che:

- il diritto alla salute protetto dalla Costituzione è caratterizzato da un nucleo irriducibile di diritti inviolabili della dignità umana, dei quali costituisce parte integrante il diritto essenziale di assistenza, il quale prevede l’erogazione gratuita delle prestazioni a tutti i cittadini da parte del Servizio sanitario nazionale (artt. 1, 3, 19, 53 e 63 della Legge n. 833 del 1978), gratuità che impedisce qualsivoglia azione di rivalsa (Cass., 26 marzo 2003, n. 4460);
- un indirizzo interpretativo del tutto omogeneo, “tale da costituire diritti vivente”, presuppone che quando oltre alle prestazioni socio-assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l’attività deve essere considerata comunque di rilievo sanitario e, conseguentemente, di competenza del Servizio sanitario nazionale;¹¹⁷
- l’art. 1 del DPCM 8 agosto 1985 stabilisce chiaramente che le attività di rilievo sanitario sono quelle
che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano diretti immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell’attività sanitaria di cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo;
- quando ci sono condizioni di salute che richiedono una stretta correlazione tra “prestazioni sanitarie e assistenziali, tale da determinare la totale competenza del Servizio sanitario nazionale”, non “vi è luogo per una determinazione di quote nel senso invocato dal Comune ricorrente”. Una simile distinzione tra gli aspetti della cura e quelli dell’assistenza, spiega la Suprema Corte, “presuppone una scindibilità delle prestazioni” che non ricorre nell’ipotesi dei malati di Alzheimer, che hanno bisogno di una stretta correlazione di prestazioni sanitarie e assistenziali, con “netta prevalenza degli aspetti di natura sanitaria”. Inutile che il Comune abbia fatto presente che la Giunta comunale si era adeguata alla Regione che suddivide il *budget* in quote giornaliere di spesa sanitaria rimborsabile, ad esclusione dei costi di assistenza.

Sentenze della Corte costituzionale n. 296 e 297 del 2012

Le sentenze in epigrafe hanno segnato da un lato, sotto il profilo del rapporto Stato-Regioni, un deciso riconoscimento dell’autonomia regionale rispetto al potere di intervento dello Stato, dall’altro, per quanto riguarda il delicato tema della compartecipazione ai costi dei servizi

¹¹⁷ Sul punto, si vedano Cassazione, Sez. Unite, 27 gennaio 1993, n. 1003; Cassazione, 20 novembre 1996, n. 10150; Cassazione, 25 agosto 1998, n. 8436; Consiglio di Stato, 31 luglio 2006, n. 4695; Consiglio di Stato, 29 novembre 2004, n. 7766; Consiglio di Stato, 16 giugno 2003, n. 3377; TAR Piemonte, 29 aprile 2010, n. 2101.

sociosanitari da parte dell'utenza, un'estensione della responsabilità finanziaria rispetto al solo beneficiario. Nello specifico, con la sentenza 19 dicembre 2012, n. 296, la Corte è intervenuta a fare chiarezza sulla delicata questione relativa alla legittimità di definire, in questo caso da parte della Regione, criteri ulteriori rispetto a quelli previsti dalla vigente normativa sull'ISEE per regolare l'accesso a servizi agevolati. La sentenza trae origine dalla questione di legittimità costituzionale sollevata dal Tribunale amministrativo regionale per la Toscana in riferimento all'articolo 14, comma 2, lettera *c*), della Legge regionale n. 66 del 2008 istitutiva del Fondo regionale per la non autosufficienza. L'articolo in parola prevede che "in via transitoria, e in attesa della definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale e del loro relativo finanziamento" siano previste forme di compartecipazione ai costi delle prestazioni "non coperte dai livelli essenziali di assistenza sanitaria", secondo livelli di reddito e patrimoniali diversificati, tenendo conto dei principi in materia di indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) contenuti nel Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109. Il medesimo art. 14 dispone che nel caso di prestazioni di tipo residenziale a favore di persone disabili la quota di compartecipazione dovuta dalla persona ultra-sessantacinquenne "sia calcolata tenendo conto altresì della situazione reddituale e patrimoniale del coniuge e dei parenti in linea retta entro il primo grado". Il TAR Toscana ha sollevato questione di legittimità costituzionale di questa ultima disposizione per violazione dell'art. 117, comma 2, lett. *m*), Cost. in quanto essa introdurrebbe un criterio diverso (e peggiorativo) da quello previsto dall'art. 3 comma 2 *ter* del DLgs n. 109/1998, secondo il quale, in relazione alle modalità di compartecipazione al costo della prestazione a favore di soggetti ultra-sessantacinquenni con handicap permanente grave, occorre considerare la situazione economica del solo assistito.

I giudici amministrativi toscani, nel rimettere la questione di legittimità costituzionale, hanno aderito all'interpretazione con la quale il Consiglio di Stato, nella sentenza del 16 marzo 2011, n. 1607 e nella sentenza n. 5782/2012, ha statuito l'immediata applicabilità della citata norma statale anche in assenza dell'adozione del DPCM previsto dalla medesima disposizione, in quanto l'evidenziazione della situazione economica del solo assistito costituirebbe livello essenziale delle prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale.

La Corte costituzionale ha ritenuto non fondata la questione sottoposta al suo esame, escludendo che l'art. 3, comma 2 *ter* rappresenti espressione della competenza esclusiva statale di cui all'art. 117, secondo comma, lettera *m*) della Costituzione, con ciò sconfessando il recente orientamento del giudice amministrativo in materia, che peraltro trovava fondamento anche nella lettera della Convenzione di New York del 13 dicembre 2006 sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dalla Legge 3 marzo 2009, n. 18).¹¹⁸ In primo luogo, ad avviso della Corte, il DPCM richiamato nella succitata disposizione avrebbe dovuto indicare, oltre alle norme sul metodo di calcolo della situazione economica equivalente, le prestazioni sociali comprese "nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria", nonché definire meglio sotto un profilo soggettivo le categorie dei destinatari di tali prestazioni. In questo senso, il citato art. 3 appare alla Corte quale "norma contenente principi e criteri direttivi" da attuarsi nel

¹¹⁸ All'art. 3 la Convenzione di New York richiede la valorizzazione della dignità intrinseca, dell'autonomia individuale e dell'indipendenza della persona disabile, e impone agli Stati aderenti di valorizzare la persona in sé come soggetto autonomo, a prescindere dal contesto familiare in cui è collocato.

successivo decreto allo scopo di perseguire diverse finalità, tra cui quella di favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza. Pertanto non parrebbe che la considerazione del reddito del solo assistito per calcolare la compartecipazione a prestazioni sociali agevolate debba realizzarsi per tutte le prestazioni astrattamente erogabili nei confronti della generalità delle persone disabili con attestazione di gravità ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104. Il DPCM avrebbe (dovuto avere) insomma una portata restrittiva, che non pare però desumersi dall'art. 3 comma 2 *ter* del DLgs n. 109/1998. Nella sentenza in argomento, la Corte richiama la sua ampia elaborazione in merito alla natura e ai requisiti dei livelli essenziali delle prestazioni, per sottolineare che la norma da ultimo citata non individua "standard strutturali e qualitativi di prestazioni che, concernendo il soddisfacimento di diritti civili e sociali, devono essere garantiti, con carattere di generalità, a tutti gli aventi diritto", né determina specifiche prestazioni con riferimento alle quali assicurare il livello essenziale di erogazione. I ricorrenti avevano fatto riferimento alla riforma complessiva dell'ISEE, così come formulata nell'art. 5, DL 6 dicembre 2011, n. 201 ("Disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici"), convertito, con modificazioni, dalla Legge 22 dicembre 2011, n. 214. La Corte ha evidenziato al riguardo che poiché la riforma in oggetto non era stata (e non è) ancora stata approvata atteso che manca il DPCM previsto dall'art. 5 citato, non si potesse derivarne alcuna indicazione operativa.

Al fine di suffragare il proprio giudizio a favore della norma regionale impugnata, la Corte costituzionale ha richiamato l'incidenza che la riforma costituzionale del 2001 ha avuto sulla Legge quadro 8 novembre 2000, n. 328 e sulla procedura lì prevista per la definizione dei livelli essenziali ad opera del Piano nazionale, rimarcando più volte il mancato intervento del legislatore statale nella definizione dei livelli essenziali in ambito sociale. Sull'argomento, preme evidenziare che i giudici costituzionali operano un riferimento particolare alle considerevoli riduzioni delle risorse destinate al comparto sociale dalle annuali Leggi finanziarie,¹¹⁹ sostenendo che tali riduzioni avrebbero reso ancora più gravoso per le Regioni fare fronte alla lacuna normativa prodotta dalla riforma del Titolo V della Costituzione.

Ragioni di sostenibilità finanziaria possono dunque avere spinto il Giudice delle Leggi a considerare non lesiva dei diritti essenziali delle prestazioni la previsione contenuta nella legge regionale toscana citata. A giudizio della Corte si tratta di una disposizione rinvenibile in altri contesti regionali, con la quale il legislatore regionale ha inteso introdurre solo in via transitoria delle forme di compartecipazione ai costi delle prestazioni non coperti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria, al fine di rispondere al meglio, nel quadro normativo e finanziario dato, alle esigenze espresse dal proprio territorio.

Con la sentenza n. 297 dello stesso 19 dicembre 2012, la Corte è nuovamente intervenuta sul tema delicato e complesso dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, questa volta, per affermare il diritto delle Regioni, nell'ambito del riparto delle competenze tra Stato e Regioni, ad

¹¹⁹ Sul tema, si ricorda che il Fondo nazionale per la non autosufficienza, istituito con la Legge 27 dicembre 2006, n. 296, è passato dai 300 milioni di Euro del 2008 ai 400 milioni del 2009 e 2010, fino ad essere azzerato negli anni 2011-2012 e solo oggi è stato rifinanziato ad opera della Legge 24 dicembre 2012, n. 228 - Legge di stabilità 2013 - con una dotazione ordinaria di 275 milioni di Euro per l'anno 2013.

intervenire nella definizione dello strumento dell'ISEE. Infatti, proprio quando sembrava essere giunto in dirittura d'arrivo, il tanto auspicato DPCM previsto dall'art. 5, DL n. 201/2011 (Decreto Salva Italia) è stato cassato dalla Corte costituzionale, che ha accolto il ricorso presentato dalla Regione Veneto.

L'art. 5 del Decreto Salva Italia, recante "Introduzione dell'ISEE per la concessione di agevolazioni fiscali e benefici assistenziali, con destinazione dei relativi risparmi a favore delle famiglie", recitava:

1. *Con decreto di natura non regolamentare del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanare previo parere delle commissioni parlamentari competenti entro il 31 maggio 2012, sono riviste le modalità di determinazione dell'ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente) al fine di rafforzare la rilevanza degli elementi di ricchezza patrimoniale della famiglia, nonché della percezione di somme anche se esenti da imposizione fiscale. Con il medesimo decreto sono individuate le agevolazioni fiscali e tariffarie, nonché le provvidenze di natura assistenziale che, a decorrere dal 1° gennaio 2013, non possono essere più riconosciute ai soggetti in possesso di un Isee superiore alla soglia individuata con il decreto stesso. Restano, comunque, fermi anche i requisiti reddituali già previsti dalla normativa vigente. I risparmi a favore del bilancio dello Stato e degli enti nazionali di previdenza e di assistenza derivanti dall'applicazione del presente comma sono versati all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnati al fondo per le politiche sociali per essere destinati ad interventi in favore delle famiglie numerose, delle donne e dei giovani.*

La Regione Veneto ha chiesto alla Corte di dichiarare l'illegittimità costituzionale, *inter alia*, del citato articolo 5, sostenendo che sia in contrasto con gli artt. 3, 117, terzo e quarto comma, 118, primo e secondo comma, e 119 della Costituzione, nonché con il "principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost". Con la prima questione, la Regione Veneto ha dedotto la violazione del principio di leale collaborazione per la mancata partecipazione della Regione alla modifica dell'ISEE. Invero, il primo e il secondo periodo dell'art. 5 stabiliscono che:

Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti, entro il 31 maggio 2012, sono rivisti le modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) [...].

È opportuno segnalare che la ricorrente sostiene che, pur rientrando la determinazione di tale indicatore nella competenza legislativa esclusiva dello Stato (ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m, Cost.), è comunque necessaria in tale determinazione la leale collaborazione con le Regioni a statuto ordinario, in considerazione dell'incidenza della competenza legislativa statale sulla competenza legislativa residuale delle Regioni in materia di "servizi sociali" ai sensi degli artt. 118, primo e secondo comma, e 119 della Costituzione, nonché del "principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost".

La Corte costituzionale ha ritenuto che la questione posta dalla Regione Veneto sia da considerarsi fondata in quanto, benché la disciplina dell'ISEE debba essere inquadrata nella

competenza esclusiva dello Stato prevista dall'art. 117, secondo comma, lettera *m*), Cost. in tema di LEPS, essa non può svolgersi senza la collaborazione delle Regioni.

Invero, i giudici costituzionali ribadiscono che la normativa statale sull'ISEE si è sviluppata con atti normativi che si situano cronologicamente sia prima sia dopo la riforma del Titolo V della Parte II della Costituzione, la quale ha inciso in modo radicale sul riparto costituzionale delle competenze legislative dello Stato e delle Regioni in materia di servizi sociali.

Si intende in questa sede ricordare che nella fase anteriore alla riforma costituzionale del 2001, ai sensi del testo allora vigente del primo comma dell'art. 117 Cost. lo Stato e le Regioni avevano competenza legislativa concorrente nella materia della "beneficenza pubblica" ovvero dei "servizi sociali" (come ridefinita dall'art. 128 del Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, "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"). In questo quadro di riferimento, il legislatore statale ha dettato varie norme di principio. Dapprima, ha disciplinato l'ISEE fissando

criteri unificati di valutazione della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni o servizi sociali o assistenziali non destinati alla generalità dei soggetti o comunque collegati nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche. (art. 1 del DLgs n. 109 del 1998).

Successivamente, con la Legge 8 novembre 2000, n. 328 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"), il legislatore nazionale:

- ha indicato i principi fondamentali della materia (tra cui l'applicazione dell'ISEE per l'accesso al servizio integrato di servizi ed interventi sociali);
- ha istituito a fini di programmazione il piano nazionale triennale degli interventi e dei servizi sociali (approvato per il triennio 2001-2003 con DPR 3 maggio 2001 e non seguito da altri piani);
- ha precisato le aree in relazione alle quali il piano deve specificare gli interventi integranti i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale (LEPS).

In tema di ISEE, la normativa sopra richiamata stabiliva che:

- la verifica della condizioni economiche richieste per accedere a "prestazioni sociali agevolate" (come le definisce la rubrica dell'art. 1 del DLgs n. 109 del 1998) si effettuasse in base all'ISEE, quale determinata dal medesimo Decreto nel testo modificato dal DLgs 3 maggio 2000, n. 130, "Disposizioni correttive ed integrative del Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, in materia di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate" (art. 25 della Legge n. 328 del 2000);
- gli enti erogatori del servizio agevolato stabilissero la soglia ISEE richiesta per l'accesso al servizio e "i requisiti per fruire di ciascuna prestazione" (art. 1, comma 2, del DLgs n. 109 del 1998);
- i medesimi enti erogatori potessero prevedere, accanto all'ISEE, "criteri ulteriori di selezione dei beneficiari" ai sensi dell'art. 59, comma 52, della Legge n. 449 del 1997, cioè "criteri differenziati in base alle condizioni economiche e alla composizione della famiglia" (artt. 1, comma 2, e 3 del DLgs n. 109 del 1998).

Trattandosi di disciplina di principio, essa non determinava in concreto le prestazioni integranti i LEPS, ma si limitava a indicare un metodo di calcolo del reddito da prendere in considerazione da parte degli enti erogatori per l'accesso a servizi agevolati, lasciando liberi tali enti di individuare la soglia reddituale e di fare ricorso a criteri ulteriori (sentenza n. 296 del 2012).

La Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 di modifica del Titolo V della parte II della Costituzione ha profondamente mutato il precedente assetto delle competenze legislative in materia di servizi sociali. Essa infatti, da un lato, ha attribuito allo Stato la competenza esclusiva in tema di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera *m*), Cost.; dall'altro, ha assegnato alle Regioni la competenza residuale in materia di "servizi sociali" ovvero di "assistenza e beneficenza pubblica" ovvero di "politiche sociali" (sentenze n. 121 e n. 10 del 2010; n. 124 del 2009; n. 287 del 2004). In questo senso, l'art. 117, secondo comma, lettera *m*) Cost., pone - a giudizio della Corte costituzionale - in tema di LEPS, una riserva di legge che deve ritenersi rinforzata (in quanto vincola il legislatore ad apprestare una garanzia uniforme sul territorio nazionale) e relativa (in quanto, considerata la complessità tecnica della determinazione dei livelli delle prestazioni, essi possono essere stabiliti anche in via amministrativa, purché in base alla Legge).

Si ricorda inoltre che la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale non esclude che le Regioni e gli Enti locali possano garantire, nell'ambito delle proprie competenze, livelli ulteriori di tutela (sentenze n. 207 e n. 10 del 2010; n. 322 e n. 200 del 2009; n. 387 del 2007; n. 248 del 2006).

La Corte costituzionale ricorda, altresì, che l'art. 46, comma 3, della Legge 27 dicembre 2002, n. 289 ("Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge finanziaria 2003") - tenendo conto della competenza legislativa residuale e non più concorrente delle Regioni in materia di servizi sociali - ha introdotto una specifica procedura per la determinazione dei LEPS, prevedendo che:

Nei limiti delle risorse ripartibili del 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 Documento di programmazione economico-finanziaria, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono determinati i livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale.

Detto comma, peraltro, non ha mai trovato applicazione.

A differenza di quanto previsto dal combinato disposto del DLgs n. 109 del 1998 nel testo modificato dal DLgs n. 130 del 2000, e dell'art. 25 della Legge n. 328 del 2000, l'art. 5, DL n. 201/2011 ha disposto che le soglie di accesso alle agevolazioni (fiscali, tariffarie e assistenziali) vengano fissate dal Presidente del Consiglio dei ministri con proprio decreto e non più dagli enti erogatori, ai quali è stata sottratta anche la facoltà di applicare criteri ulteriori rispetto all'ISEE.

La norma impugnata costituisce pertanto, come riconosciuto dalla stessa ricorrente Regione Veneto, espressione dell'esercizio della competenza legislativa esclusiva dello Stato in tema di LEPS, ai sensi dell'art. 117, secondo comma lettera *m*), Cost.

Tuttavia, la Corte costituzionale è attenta a riconoscere che le Regioni siano adeguatamente coinvolte nel processo di predisposizione dei livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale. Al riguardo, la sentenza n. 297/2012 in parola richiama la competenza statale alla quale va ricondotta la normativa impugnata concernente la determinazione di livelli essenziali delle prestazioni, determinazione che

non attiene a una "materia" in senso stretto, ma costituisce una competenza esclusiva e "trasversale", idonea a investire una pluralità di materie (sentenze n. 203 del 2012; n. 232 del 2011; n. 10 del 2010; n. 322 del 2009; n. 168 e n. 50 del 2008; n. 162 e n. 94 del 2007; n. 282 del 2002).

Tuttavia, i giudici costituzionali ribadiscono che

detta peculiare competenza comporta "una forte incidenza sull'esercizio delle competenze legislative ed amministrative delle regioni" (sentenze n. 8 del 2011; n. 88 del 2003), tale da esigere che il suo esercizio si svolga attraverso moduli di leale collaborazione tra Stato e Regione (sentenze n. 330 e n. 8 del 2011; n. 309 e n. 121 del 2010; n. 322 e n. 124 del 2009; n. 162 del 2007; n. 134 del 2006; n. 88 del 2003), salvo che ricorrano ipotesi eccezionali (nella specie non sussistenti) in cui la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) "non permetta, da sola, di realizzare utilmente la finalità [...] di protezione delle situazioni di estrema debolezza della persona umana", tanto da legittimare lo Stato a disporre in via diretta le prestazioni assistenziali, senza adottare forme di leale collaborazione con le Regioni (sentenza n. 10 del 2010, a proposito della social card, ricondotta ai LEP e messa in connessione con gli artt. 2 e 3, secondo comma, Cost.).

Nella direzione di favorire un dialogo istituzionale tra istanze centrali e poteri regionali, la Corte richiama che

proprio in ragione di tale impatto sulle competenze regionali, lo stesso legislatore statale, nel determinare i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie o di assistenza sociale, ha spesso predisposto strumenti di coinvolgimento delle Regioni (nella forma dell'"intesa") a salvaguardia delle competenze di queste.

Sembra dunque consequenziale per i giudici costituzionali affermare che,

nella specie, non è dubbio che la determinazione dell'ISEE, delle tipologie di prestazioni agevolate, delle soglie reddituali di accesso alle prestazioni e, quindi, dei LIVEAS incide in modo significativo sulla competenza residuale regionale in materia di "servizi sociali" e, almeno potenzialmente, sulle finanze della Regione, che sopporta l'onere economico di tali servizi.

Come si è ribadito più volte, nel contesto istituzionale post-2001, la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni e dei diritti civili non può che essere il risultato di un confronto dialogico tra lo Stato centrale e le Autonomie locali, chiamate in prima persona a intervenire nell'erogazione dei servizi alla persona sul territorio. Risulta, dunque,

evidente che la suddetta determinazione dell'ISEE richiede la ricognizione delle situazioni locali e la valutazione di sostenibilità finanziaria, tramite acquisizione di dati di cui gli enti erogatori delle prestazioni dispongono in via prioritaria.

Riconoscendo la "competenza operativa" prima ancora che quella istituzionale-costituzionale degli Enti locali impegnati nell'attività e negli interventi volti ad assicurare le fruizione dei livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale, i giudici costituzionali affermano che "è necessaria la leale collaborazione della Regione nell'attuazione della norma impugnata". Di qui la valutazione che "l'omessa previsione, nella norma impugnata, di una qualsiasi forma di leale collaborazione con le Regioni comporta la fondatezza della questione in esame".

Preme evidenziare che, in particolare, la Corte sottolinea che

in ragione della natura residuale della competenza regionale su cui incide la disposizione denunciata, appare adeguato strumento collaborativo, nella emanazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, l'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Al riguardo, i giudici rinviengono in altre disposizioni normative la previsione di simili forme collaborative tra poteri dello Stato: si pensi a quanto stabilito per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sanitaria o in tema di determinazione dei LEPS al comma 3 dell'art. 46 della Legge n. 289 del 2002. In altre parole: soprattutto in materie in cui è in gioco il diritto costituzionale alla tutela della salute, considerata sia nella dimensione sanitaria sia in quella socio-assistenziale, Stato e Autonomie locali devono collaborare.

2.7. Brevi considerazioni finali

La corretta identificazione e interpretazione dell'espressione "livelli essenziali" si sovrappone, o meglio si interseca, da un lato con i diversi modelli organizzativi a livello regionale che assicurano l'erogazione (tipologica) delle prestazioni, dall'altro con il sistema dei finanziamenti necessari a garantire la fruizione dei livelli essenziali delle prestazioni.

Come già sottolineato, i livelli essenziali delle prestazioni nella loro determinazione dipendono da due componenti fondamentali: gli assetti organizzativi e i meccanismi di finanziamento. Si tratta di componenti che appartengono a due competenze istituzionali diverse: mentre gli assetti organizzativi pertengono alla sfera di autonoma iniziativa degli Enti locali, i meccanismi di finanziamento - pur con le diverse variazioni sul tema - rientrano tra le tipiche funzioni statali.

Da ciò discende che risulta necessario stabilire quanto e come la definizione di livelli essenziali a livello nazionale possa e debba impattare sulla sfera di autonomia delle Regioni, responsabili dell'organizzazione dei servizi e degli interventi a livello locale.¹²⁰ Invero, il sistema attuale è

¹²⁰ Su questo punto, è stato segnalato che la Legge n. 328/2000, soprattutto a seguito dell'approvazione della riforma costituzionale attuata con la Legge n. 3/2001, è stata "attaccata tanto per difetto, quanto per eccesso di valorizzazione del ruolo dello Stato". (Pizzolato, 2008, p. 325). Da un lato, infatti, si registrano le critiche di quanti ritengono che allo Stato, in forza dell'art. 117, comma 2, lett. *m*), spetti definire con maggiore puntualità i livelli essenziali delle prestazioni, attraverso un intervento legislativo *ad hoc* ovvero attraverso l'emanazione di un regolamento statale, ad oggi mai adottati. Dall'altro, si

caratterizzato da un modello duale di responsabilità: da un lato il livello statale, incaricato di definire i livelli essenziali delle prestazioni che possano valere per tutto il territorio nazionale; dall'altro il livello regionale chiamato a individuare i modelli organizzativi, giuridici, gestionali e istituzionali più adeguati per rispondere ai bisogni sociali e sociosanitari dei territori. In questa dinamica preme evidenziare che, proprio in ragione della particolare responsabilità attribuita ai Comuni dalla Legge n. 328/2000, differenziazioni sono riscontrabili non solo tra Regione e Regione, ma anche tra Comune e Comune. Sono infatti gli Enti locali a disciplinare, sia attraverso la propria capacità e autonomia statutaria sia mediante le previsioni regolamentari, gli assetti e i modelli di intervento nel settore dei servizi alla persona.

È tuttavia opportuno osservare che l'essenzialità degli interventi deve pre-esistere sia agli assetti organizzativi sia alla capacità di finanziamento del servizio da assicurare. Si tratta di una *conditio sine qua non* per poter affermare il dovere di solidarietà di cui all'art. 2 della Costituzione e, conseguentemente, assicurare la fruizione dei diritti esigibili. Atteso il fondamentale ruolo dei Comuni nella programmazione ed erogazione dei servizi alla persona, *a fortiori* serve sollecitare l'intervento normativo da parte delle Regioni. Esse sono responsabili di definire, sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni già definito nell'art. 22 della Legge n. 328/2000, il perimetro normativo entro cui gli Enti locali possono definire i modelli gestionali ed organizzativi più adatti alla loro realtà territoriale. In questo modo, si potrebbe superare l'approccio secondo cui i livelli essenziali delle prestazioni sono il risultato di una fotografia che fissa un'omogeneità già conseguita.¹²¹ Parimenti, si eviterebbe di stilare un elenco di prestazioni assai improbabili ovvero impossibili da garantire, così da rendere i diritti ad esse correlati difficilmente esigibili. Tale difficoltà costituisce comunque un dato oggettivo, attesi i servizi in parola, caratterizzati più di altri da una rilevante differenziazione, non facilmente riconducibile a modalità omogeneizzanti.¹²²

Da ciò discende, pertanto, l'importanza dell'azione legislativa delle Regioni: sulla scorta dell'elenco individuato nell'art. 22 della Legge n. 328/2000, esse hanno sia gli strumenti sia l'esperienza storica e territoriale per identificare adeguati standard e indicatori, capaci di assicurare risposte e interventi flessibili e adattabili, ma pur sempre in un contesto di omogeneità complessiva.

collocano quanti ritengono invece che un approccio *bottom down* e non *bottom up* sia da considerarsi troppo restrittivo per le competenze attribuite dalla riforma costituzionale alle Regioni e agli Enti locali. Sul rapporto intercorrente tra disposizioni statali e modelli organizzativi regionali è intervenuta la Corte costituzionale (cfr. sentenze n. 120/2005, n. 237/2007 e n. 371/2008), la quale ha statuito che "l'assetto organizzativo e gestorio degli enti preposti all'erogazione delle prestazioni" non deve essere ricompreso tra gli elementi a cui può estendersi la normativa statale di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni.

¹²¹ Tesi accolta da Pankiewicz, 2005, p. 143.

¹²² Come correttamente sostenuto in dottrina,

non si deve dimenticare che per l'assistenza la standardizzazione delle prestazioni è oltre modo difficile e che, in ogni caso, il sistema deve conservare un grado di flessibilità per potersi adattare alle differenti forme in cui il bisogno si presenta entro le comunità che compongono la Repubblica. (Pizzolato, 2008, p. 341).

Riferimenti bibliografici del Capitolo 2

- Albanese A, Marzuoli C. (a cura di). *Servizi di assistenza e sussidiarietà*. Bologna, Il Mulino, 2003.
- Alta commissione per la definizione dei meccanismi strutturali del federalismo fiscale. *Relazione sull'attività svolta*. 2005.
http://legxv.camera.it/cartellecomuni/leg14/RapportoAttivitaCommissioni/commissioni/allegati/05/05_all_altacommis.pdf (ultimo accesso giugno 2015)
- Balduzzi R. Equità ed efficienza nei livelli essenziali in sanità. In Corso G, Magistrelli P. *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*. 2009
- Balduzzi R, Di Gaspare G. (a cura di). *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*. Milano, Giuffrè, 2002.
- Bertolissi M. La delega per l'attuazione del federalismo fiscale: ragionamenti in termini di diritto costituzionale. *Federalismo fiscale*, 2: 89-108, 2008.
- Bifulco R. Osservazioni sulla legge n. 42 del 2009 in materia di federalismo fiscale. *Astrid Rassegna*, n. 93 (anno 5, numero 10), 28/5/2009.
- Cabiddu MA. Universalità e livelli essenziali: i nuovi confini del servizio pubblico fra diritto comunitario e diritto interno. In Benacchio GA, De Pretis D. *Appalti pubblici e servizi di interesse generale*. Dipartimento di Scienze Giuridiche, Università degli studi di Trento, n. 51, 2005.
- Codini E. Evoluzione storica della disciplina. In Codini E, Fossati A, Frego Luppi SA. (a cura di). *Manuale di diritto dei servizi sociali*. Torino, Giappichelli, 2011.
- De Ambrogio U. Il futuro della programmazione territoriale. Cosa cambia e come attrezzarsi. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2: 1, 2012.
- Degani L, Mozzanica R. L'integrazione sociosanitaria. In Codini E, Fossati A, Frego Luppi SA. (a cura di). *Manuale di diritto dei servizi sociali*. Torino, Giappichelli, 2011.
- Degani L. DPCM14 febbraio 2001, Commento. In Balboni E, Baroni B, Mattioni A, Pastori G. (a cura di). *Il sistema integrato dei servizi sociali: commento alla legge 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del titolo V della Costituzione*. Milano, Giuffrè, 2007.
- Degrassi L. Il sistema di finanziamento. In Codini E, Fossati A, Frego Luppi SA. (a cura di). *Manuale di diritto dei servizi sociali*. Torino, Giappichelli, 2011.
- Delle Donne G. Federalismo, livelli essenziali, diritti. In Campedelli M, Carrozza P, Pepino L. (a cura di). *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*. Bologna, Il Mulino, 2010.
- Espa E, Felici M. La riforma del Titolo V della Costituzione: la ripartizione delle competenze. In Istituto di studi e analisi economica. *Rapporto Annuale sull'attuazione del Federalismo*. Roma, 2003.
- Fossati A. Programmazione e pianificazione. In Codini E, Fossati A, Frego Luppi SA. (a cura di). *Manuale di diritto dei servizi sociali*. Torino, Giappichelli, 2011.
- Frego Luppi SA. Le fonti. In Codini E, Fossati A, Frego Luppi SA. (a cura di). *Manuale di diritto dei servizi sociali*. Torino, Giappichelli, 2011.

- Gallo F. Il nuovo articolo 119 della Costituzione e la sua attuazione. In Bassanini F, Macciotta G. *L'attuazione del federalismo fiscale. Una proposta*. Bologna, Il Mulino, Collana Quaderni di Astrid, 2003.
- Galdani A. La compartecipazione al costo dei servizi sociali nell'oscillante divenire della giurisprudenza amministrativa. *Giust Amm*, 10: 1-10, 2012.
- Guazzarotti A. Diritti fondamentali e Regioni: il nuovo Titolo V alla prova della giurisprudenza costituzionale. *Le istituzioni del federalismo*, 5: 599-621, 2008.
- La Porta S. Legge-quadro sull'assistenza sociale: il ruolo dei comuni. *Enti Non Profit*, IPSOA, 2/2001.
- Martelli V. I servizi e gli interventi pubblici locali. In De Marzo G, Tomei R. (a cura di). *Commentario al nuovo Testo Unico degli Enti Locali*. CEDAM, Padova, 2002.
- Marzanati A. Il ruolo dello Stato nel policentrismo repubblicano. In Balboni E. (a cura di). *La tutela multilivello dei diritti sociali*. Napoli, Jovene Editore, 2008.
- Massa M. Il sistema informativo e la rete dei servizi sociali. In Balboni E, Baroni B, Mattioni A, Pastori G. (a cura di). *Il sistema integrato dei servizi sociali: commento alla legge 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del titolo V della Costituzione*. Milano, Giuffrè, 2007.
- Menichetti E. I servizi sociali nell'ordinamento comunitario. In Albanese A, Marzuoli C. (a cura di). *Servizi di assistenza e sussidiarietà*. Bologna, Il Mulino, 2003.
- Pankiewicz A. *Federalismo e diritti sociali*. Roma, 2005.
- Passalacqua M. Convergenza e livelli essenziali delle prestazioni. *Istituzioni del Federalismo*, 2: 341-379, 2011.
- Pinelli C. Sui livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (art. 117, co. 2, lett. m, Cost.). *Diritto pubblico*, 2002, pp. 881 ss.
- Pizzolato F. *Determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale*. In Balboni E. (a cura di). *La tutela multilivello dei diritti sociali*. Jovene Editore, Napoli, 2008.
- Quadrio Curzio A. Come andate avanti con il federalismo. *Corriere della Sera*, 16 marzo 2012, p. 51.
- Rivosecchi G. La determinazione dei fabbisogni standard degli enti territoriali: un elemento di incertezza nella via italiana al federalismo fiscale. *federalismi.it. Rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato*, n. 8/2011
- Sandretti V. Il piano di zona. In Codini E, Fossati A, Frego Luppi SA. (a cura di). *Manuale di diritto dei servizi sociali*. Giappichelli, Torino, 2011.
- Satta V. I livelli essenziali delle prestazioni: definizione e contestuale determinazione con le risorse finanziarie. In Balboni E, Baroni B, Mattioni A, Pastori G. (a cura di). *Il sistema integrato dei servizi sociali: commento alla legge 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del titolo V della Costituzione*. Giuffrè, Milano, 2007.

3. Programmare e gestire le prestazioni essenziali¹²³

3.1. Introduzione

Il punto di partenza di questo Capitolo è la ricostruzione dei diritti sociali e dei livelli delle prestazioni sociali fatta da Alceste Santuari ne "I livelli essenziali delle prestazioni sociali nell'ambito dell'ordinamento italiano" (*Capitolo 2*).

Nel rapporto è chiarito che in Italia i diritti sociali non sono definiti solo dalla Costituzione e dalla legislazione sociale nazionale e regionale, ma anche dalle leggi che ratificano i trattati internazionali, senza dimenticare l'influenza della Carta dei diritti fondamentali dei cittadini dell'Unione europea.

La determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale è stata invece rintracciata non solo nella Legge n. 328 del 2000, che in materia mantiene tutta la sua validità, ma anche nei due DPCM del 2001 sull'integrazione sociosanitaria e sui livelli essenziali sociosanitari di assistenza, nella legislazione sulle prestazioni assistenziali erogate dall'INPS e nella legislazione regionale.

Se si volessero pesare questi livelli essenziali in termini di spesa, risulterebbe che oltre il 90% della spesa è destinata a prestazioni esigibili o che dovrebbero essere esigibili: quasi tutte le erogazioni monetarie dell'INPS, le prestazioni sociali integrate con quelle sanitarie, che garantiscono il diritto alla salute, la tutela dei minori e delle persone incapaci di provvedere a se stesse o prive dei mezzi necessari per vivere.

In questo Capitolo si tenta di ricostruire cosa succede nella prassi. Chi deve programmare e gestire le politiche e gli interventi sociali? Comuni, Regioni, INPS, come traducono la legislazione sociale nell'offerta di interventi e servizi? Come sono garantiti, di fatto, i LEPS?

Un secondo obiettivo della ricerca è individuare possibili piste di miglioramento dell'intervento regionale e comunale con le risorse attualmente a disposizione, nella direzione di un superamento della tradizionale pianificazione basata sulla descrizione dell'offerta e sull'allocazione delle risorse. Nella relazione con i servizi sociali, il cittadino oggi non conosce con chiarezza cosa e quanto gli operatori possano fare per lui, tende a uniformare la domanda all'offerta disponibile e, comunque, ha l'impressione di partecipare a una lotteria: si è ammessi alle prestazioni fino a quando ci sono risorse, ma l'ultimo degli ammessi ha gli stessi bisogni e le stesse condizioni del primo dei non ammessi. Questo genera negli utenti, ma anche negli operatori, la percezione di un sistema iniquo e poco trasparente.

Una concezione più moderna delle politiche sociali dovrebbe invece preferire l'assunzione di una responsabilità esplicita delle istituzioni rispetto alla tutela dei diritti sociali e all'erogazione delle prestazioni che si intendono garantire. definendo e comunicando con trasparenza le scelte di

¹²³ A cura di Raffaele Tomba, Dipartimento *welfare* di Lega delle Autonomie locali, Emilia-Romagna.

priorità, i vincoli, le regole per l'accesso ai benefici. In tale scenario, la comunicazione istituzionale predispose il cittadino a un rapporto efficace con il servizio, l'offerta di servizi è coerente con la dinamica dei bisogni ed è sostenibile, i criteri di accesso sono regolati in base alla disponibilità del *budget*, a pari condizioni vi è analogo trattamento.

Soprattutto, le politiche sociali dovranno essere sempre più orientate al risultato: si tutelano i diritti sociali non solo con le prestazioni e i finanziamenti istituzionali, ma orientando e utilizzando in maniera appropriata tutte le risorse delle persone, delle famiglie e della comunità.

3.2. Interventi e servizi sociali dei Comuni italiani

3.2.1. Premessa

Utilizzando la rilevazione dell'ISTAT sugli "Interventi e servizi sociali dei Comuni", in questo Paragrafo si intende indagare sui modi con cui le Amministrazioni locali interpretano nella prassi le indicazioni della legislazione nazionale e regionale sulle prestazioni essenziali in ambito sociale. Purtroppo l'ultimo rapporto pubblicato dall'ISTAT riguarda il 2009 e, quindi, non registra ancora quali reazioni abbiano mostrato i Comuni di fronte alla crisi economica e quali priorità abbiano selezionato a seguito della contrazione dei trasferimenti finanziari dallo Stato.

L'approfondimento è comunque utile perché, come si vedrà, il quadro complessivo consente di individuare prassi consolidate e problematiche irrisolte.

3.2.2. Spesa sociale dei Comuni italiani ed emiliano-romagnoli

La spesa complessiva e *pro capite* dei Comuni per interventi e servizi sociali, sia in Italia sia nella Regione Emilia-Romagna, dal 2006 al 2009 è sempre cresciuta di un valore percentuale superiore all'indice ISTAT dei prezzi al consumo. Quindi, nei quattro anni considerati vi è stato un aumento in termini reali delle risorse impegnate.

La spesa nazionale *pro capite* nel 2009 è stata di 115,90 Euro; tale cifra è molto variabile nelle diverse Regioni e Province autonome: nell'anno si va da un minimo di 25,50 Euro per la Calabria a un massimo di 294,70 Euro per la Provincia autonoma di Trento. Tra le Regioni a statuto ordinario, la Regione con la spesa media *pro capite* più elevata - 174,60 Euro - è l'Emilia-Romagna. Il valore minimo è quello di Cesena con 92,50 Euro, quello massimo di Modena con 284,50 Euro. Si può quindi supporre una grande variabilità nell'offerta di servizi sociali nelle diverse zone; è comunque da rilevare che in Regione, 9 dei 38 ambiti distrettuali hanno una spesa *pro capite* inferiore alla media nazionale.¹²⁴

¹²⁴ In ordine crescente di spesa *pro capite* si tratta dei seguenti Distretti: Cesena (AUSL Cesena), Sud Est (AUSL Ferrara), Castelnuovo né Monti (AUSL Reggio Emilia), Pavullo (AUSL Modena), Levante e Ponente (AUSL Piacenza), Porretta Terme (AUSL Bologna), Faenza (AUSL Ravenna), Valli del Taro e del Ceno (AUSL Parma).

Tabella 2. Raffronto fra spesa complessiva e spesa *pro capite* per interventi e servizi sociali in Italia e nella Regione Emilia-Romagna

Anno	Spesa complessiva (in milioni di €) per interventi e servizi sociali		Indice prezzi consumo	Variazione % della spesa rispetto all'anno precedente		Spesa <i>pro capite</i> (in €) per interventi e servizi sociali	
	Italia	RER		Italia	RER	Italia	RER
2006	5.954	635				101,0	151,0
2007	6.399	694	1,7	7,47	9,29	107,8	163,3
2008	6.662	723	3,2	4,11	4,18	111,4	168,0
2009	6.979	761	0,7	4,76	5,26	115,9	174,6

Sempre in Regione, si sono registrate alcune vistose variazioni percentuali della spesa *pro capite* rispetto al 2008. Riducono la spesa *pro capite* solo 5 Distretti, le variazioni più significative sono quelle dei Distretti di Cesena con -16,79% e Bologna con -11,64%.¹²⁵ Quattro Distretti aumentano invece la spesa di una percentuale persino sopra il 20%: Scandiano (AUSL RE, 24,42%), Ravenna (25,68%), Pavullo (AUSL MO, 31,5%) e Rubicone (AUSL FC, 44,8%).

I dati di spesa fin qui riportati si riferiscono agli oneri sostenuti direttamente dai Comuni. A questi oneri si devono aggiungere le quote di contribuzione pagate dagli utenti (in media il 10,3% della spesa complessiva) e le spese a carico del SSN (in media il 12,8%). Anche in questo caso le differenze locali sono notevoli. La compartecipazione alla spesa più alta la pagano i cittadini della Valle d'Aosta con il 24,9% della spesa impegnata, la più bassa i calabresi con il 2%. In Emilia-Romagna la percentuale è del 14,9%. Differenze più rilevanti si registrano nella compartecipazione alla spesa del SSN, che raggiunge il 52,3% in Veneto e si riduce allo 0,1% in Calabria e Sicilia. In Emilia-Romagna la quota è del 12,2%.

Anche la partecipazione finanziaria delle spese sociali comunali da parte delle Regioni è estremamente variabile. In quattro Regioni a statuto ordinario - Veneto, Molise, Calabria, Basilicata - i Comuni godono di un cofinanziamento regionale superiore al 20%, con un massimo del 36,3% in Basilicata. La Regione meno generosa è l'Emilia-Romagna con il 6,8%.

Se si considerano anche le risorse degli utenti e degli altri enti, nel 2009 la spesa sociale complessiva dei Comuni sale a 9.074 miliardi di Euro (1,043 miliardi in Emilia-Romagna).

I valori della distribuzione percentuale della spesa sociale dei Comuni per area di utenza presenta rilevanti differenze nelle Regioni a statuto speciale.

Nelle aree disabili, anziani e dipendenze, la spesa è costituita per il 50% o poco più da servizi. Una percentuale analoga di spesa è sostenuta per trasferimenti in denaro nell'area Povertà e disagio e per strutture dedicate ai minori.

¹²⁵ Gli altri Distretti che riducono la spesa sono Rimini (AUSL Rimini), Cento (AUSL Ferrara), Ponente (AUSL Piacenza), comunque di pochissimi punti percentuali.

Tabella 3. Spesa sociale dei Comuni nel 2009 per area di utenza e per Regione a statuto ordinario. Valori percentuali minimi e massimi e media nazionale, valore percentuale Regione Emilia-Romagna

	Valore nazionale minimo (%)	Valore nazionale massimo (%)	Media nazionale (%)	Valore Emilia-Romagna (%)
Famiglie e minori	30,9	54,6	39,8	49,3
Disabili	13,3	26,0	21,6	16,0
Dipendenze	0,1	3,8	0,9	0,6
Anziani	13,8	25,8	20,4	17,8
Immigrati, nomadi	0,8	6,3	2,7	3,3
Povertà, disagio	4,2	13,1	8,3	4,2
Multiutenza	1,8	14,6	6,3	8,8
	100,0	100,0	100,0	100,0

3.2.3. Area Attività di servizio sociale professionale¹²⁶

Definizione

Per l'ISTAT, gli interventi di Servizio sociale professionale sono riconducibili alle attività svolte dalla figura professionale dell'assistente sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio. Nell'area di utenza Famiglia e minori vanno considerate anche le spese per la tutela legale dei minori; nell'area di utenza Disabili quelle che si riferiscono alla gestione del servizio per invalidi civili.

L'area Attività di servizio sociale professionale si articola in:

- servizio sociale professionale;
- interventi di consulenza e di informazione sui servizi e sugli interventi sociali, nonché attività di supporto alle persone in difficoltà nell'individuazione e attivazione di possibili soluzioni ai loro problemi, compresa la mediazione familiare;
- intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi;
- servizio per l'affido di minori;
- servizio per l'adozione di minori.

Spesa dei Comuni per le attività di servizio sociale professionale

Complessivamente, nel 2009i Comuni italiani hanno speso per le attività di servizio sociale professionale poco più di 346,2 milioni di Euro, dei quali 35,6 milioni da parte dei Comuni dell'Emilia-Romagna.

Il Servizio sociale professionale ha inciso mediamente sulla spesa dei Comuni per una percentuale del 5,2%. Questo valore varia dall'1,8 del Lazio al 9,6% del Piemonte; L'Emilia-Romagna si attesta sul 4,7%.

¹²⁶ Cfr. ISTAT, 2009, tavole 22, 22.1, 22.2.

Rapportata alla popolazione residente, la spesa media *pro capite* nazionale è stata di 6,07 Euro; tale valore varia da 1,25 Euro in Calabria a 14,36 Euro in Piemonte; l'Emilia-Romagna ha registrato una spesa *pro capite* di 8,22 Euro.

In Italia, il *target* di utenza che incide di più su questo ambito spesa è l'area Famiglia e minori (36%), seguita dall'area Anziani (25,2%) e dall'area Disabili (14%). In Emilia-Romagna, pur confermando l'ordine della classifica, si evidenziano scostamenti significativi dalle percentuali nazionali: l'area Famiglia e minori assorbe il 49,3% della spesa complessiva per il servizio sociale professionale, l'area Anziani il 17,8%, l'area Disabili il 16%.

3.2.4. Area Multiutenza¹²⁷

Definizione

In quest'area di spesa rientrano i servizi sociali che si rivolgono a più tipologie di utenti, le attività generali svolte dai Comuni e i costi sostenuti per esenzioni e agevolazioni offerte agli utenti delle diverse aree. L'Area Multiutenza si articola in:

- segretariato sociale: informazione e consulenza per l'accesso ai servizi, porta unitaria di accesso ai servizi, centri di ascolto e sportelli per particolari *target* di utenza, telefonia sociale;
- prevenzione e sensibilizzazione: campagne informative, Unità di strada, attività di prevenzione;
- azioni di sistema e organizzazione: programmazione di zona, sistema informativo, Osservatorio sociale, sistema qualità, formazione, ricerca, sviluppo, promozione della integrazione sociosanitaria, amministrazione e gestione tecnica.

Spesa dei Comuni per l'area Multiutenza

Complessivamente, nel 2009 i Comuni italiani hanno speso per le attività dell'area Multiutenza circa 441,6 milioni di Euro; l'Emilia-Romagna ha speso 66,8 milioni di Euro.

Rapportata alla spesa sociale nazionale complessiva, quest'area rappresenta il 6,33% della spesa totale (4,5% destinato ad azioni di sistema e di organizzazione, 1,64% al segretariato sociale, 0,19% ad attività di prevenzione e sensibilizzazione). In Emilia-Romagna, invece, l'incidenza sul totale è dell'8,78%.

Rapportata alla popolazione residente, la spesa media *pro capite* nazionale è stata di 7,35 Euro. L'Emilia-Romagna ha registrato una spesa *pro capite* di 15,35 Euro, quindi doppia rispetto alla spesa media in Italia.

¹²⁷ Cfr. ISTAT, 2009, tavola 13.

3.2.5. Area Famiglie e minori

Definizione

In questa area l'ISTAT fa rientrare gli interventi e i servizi di supporto alla crescita dei figli e alla tutela dei minori. I beneficiari degli interventi e dei servizi possono essere donne sole con figli, gestanti, giovani coppie, famiglie con figli, famiglie monoparentali.

Spesa dei Comuni per l'area Famiglia e minori

Nel 2009 l'area Famiglia e minori ha assorbito complessivamente, a livello nazionale, una spesa di 2.777 milioni di Euro, il 39,8% della spesa sociale dei Comuni. In Regione Emilia-Romagna la spesa è stata di 375 milioni di Euro, il 49,3%, quindi significativamente più incisiva rispetto alla media nazionale.

Rapportata alla popolazione minorile residente, la spesa media *pro capite* nazionale è stata di 243 Euro. Questo valore varia dai 58 Euro della Calabria ai 508 Euro dell'Emilia-Romagna.

L'ambito di spesa più rilevante in quest'area è quello per i nidi e i servizi innovativi per la prima infanzia. Se si considera sia la spesa per la gestione dei servizi, sia quella per le rette di servizi di cui il Comune non è titolare, la percentuale della spesa dell'area assorbita da questi interventi raggiunge il 44,22% in Italia, il 54,16% in Emilia-Romagna.

Un secondo rilevante oggetto di spesa sono le prestazioni residenziali (affidamento familiare, case famiglia, comunità educative, centri di pronta accoglienza, case per l'accoglienza di madri con bambini, centri estivi o invernali). Sommando le spese per la produzione diretta di questo tipo di prestazioni, per rette pagate ai gestori convenzionati e per i contributi alle famiglie affidatarie, si raggiunge in Italia il 20,32% della spesa complessiva dell'area, in Emilia-Romagna il 14,32%.

Il terzo ambito di intervento sociale per rilevanza della spesa sono i trasferimenti monetari erogati alle famiglie per le più diverse motivazioni (sanità, casa, scuola, lavoro, integrazione del reddito, prestiti) o alle associazioni. Escludendo i contributi economici già citati nei punti precedenti, si raggiunge una percentuale di spesa del 10,61% in Italia, del 13,6% in Regione.

Il Servizio sociale professionale incide sulle spese dell'area in Italia per il 7,6%, molto meno in Emilia-Romagna (5,08%).

Gli interventi educativo-assistenziali per l'integrazione sociale e l'inserimento lavorativo, compresi i centri estivi, rappresentano in Italia il 7,69% della spesa dell'area (in Regione il 6,21%); i servizi a ciclo diurno (centri diurni, ludoteche, centri di aggregazione giovanile) il 7,52% (in Regione il 6,46%); l'assistenza domiciliare solo il 2,04% (in Regione lo 0,17%).

3.2.6. Area Disabili¹²⁸

Definizione

In questa area l'ISTAT fa rientrare gli interventi e i servizi cui possono accedere utenti con problemi di disabilità fisica, psichica o sensoriale (comprese le persone affette da HIV o colpite da TBC). Le prestazioni rivolte agli anziani non autosufficienti rientrano invece nell'area Anziani.

L'ISTAT assume come dato per la popolazione di riferimento per l'area Disabili il numero di disabili che vivono in famiglia quali risultano dall'Indagine multiscopo *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005* (ISTAT, 2007), sommati al numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali quali risultano dalla *Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali - Anno 2006* (ISTAT, 2006). Il dato complessivo risulta essere in Italia di 562.781 unità, di cui 530.000 vivono in famiglia. Sono escluse le persone di età superiore ai 65 anni.

Spesa dei Comuni per l'area Disabili

Nel 2009 l'area Disabili ha assorbito complessivamente a livello nazionale una spesa di 1.509 milioni di Euro, il 21,6% della spesa sociale complessiva. Nella Regione Emilia-Romagna la spesa è stata di 122 milioni di Euro, il 27,9% della spesa sociale dei Comuni.

In Italia, il 25,49 % della spesa dell'area è finalizza all'integrazione sociale, a interventi e servizi educativi e sociali e all'inserimento lavorativo. In Emilia-Romagna questa percentuale balza al 45,23%. In realtà, sia a livello nazionale sia ancor più, a livello regionale, questi interventi sono polarizzati attorno al sostegno socio-educativo scolastico e, in misura molto minore, al sostegno all'inserimento lavorativo. Una spesa ancora meno rilevante è destinata alle attività ricreative e culturali e al sostegno socio-educativo territoriale.

Il secondo rilevante oggetto di spesa è l'assistenza domiciliare, compresi i servizi di supporto (mensa e trasporto sociale) che rappresenta il 21,87% della spesa complessiva in Italia, l'11,61% in Regione. È possibile fare un approfondimento solo sul livello nazionale, per il quale sono disponibili dati dell'ISTAT sull'utenza e sulla spesa media per utente. Il 15,12% delle persone disabili che vive in famiglia riceve una qualche prestazione di assistenza domiciliare; tra queste, il 7,13% riceve prestazioni socio-assistenziali. Si può provare a stimare il numero medio di ore di assistenza ricevuta da ogni utente, dividendo il costo *pro capite* di 3.469 Euro per una tariffa oraria di 20 Euro: il risultato è di 173 ore di assistenza annuali *pro capite*. Soltanto il 2,05% del *target* riceve assistenza domiciliare integrata (e si tratta di un LEA!). La stima del numero di ore di assistenza si può fare moltiplicando per due il costo del servizio a carico del Comune, 1.980 Euro, (che dovrebbe, infatti, coprire solo il 50% del costo ai sensi del DPCM sui LEA sociosanitari) e dividendo il totale per una tariffa oraria di 24 Euro: il risultato è di 165 ore di assistenza integrata annuale *pro capite*. È da segnalare anche un 3,48% di disabili che

¹²⁸ Cfr. ISTAT, 2009, tavola 8.

ricevono *voucher*, assegni di cura e buoni sociosanitari,¹²⁹ con un contributo *pro capite* annuo di 1.813 Euro, circa 150 Euro al mese; si tratta di soluzioni assistenziali alternative al servizio domiciliare.

I servizi di supporto hanno un impatto rilevante sulla popolazione di riferimento. Il trasporto sociale interessa il 13,55% dei disabili che vivono in famiglia, con un costo *pro capite* annuo di 1.631 Euro. In tema di mobilità vanno considerati anche i contributi per il servizio di trasporto erogati al 4,78% dei disabili; la spesa *pro capite* - 562 Euro - fa pensare che si tratti di abbonamenti agevolati al trasporto pubblico. Sarebbe forse più appropriato che i trasporti pubblici sviluppassero una politica tariffaria agevolata per le persone con disabilità, invece che farle dipendere da una prestazione assistenziale. Anche la mensa sociale registra un rilevante 11,99% di utenza servita. La spesa *pro capite* - 26 euro - fa però comprendere che non si tratta di utenti complessivi, ma di pasti erogati. Se fosse vera questa interpretazione, ci si troverebbe di fronte solo allo 0,06% di utenti continuativi.

Le strutture a ciclo diurno o semiresidenziale assorbono il 20,18% della spesa in Italia, il 16,72% in Regione. In Italia, l'assistenza semiresidenziale interessa complessivamente il 10,39% delle persone con disabilità che vive in famiglia. La prestazione viene assicurata prevalentemente da servizi gestiti direttamente dai Comuni e, solo in misura minore, attraverso il pagamento di rette in strutture diurne convenzionate. Se il costo sostenuto dal Comune fosse il 30% del costo complessivo come previsto dal DPCM sui LEA sociosanitari, si otterrebbe una retta di 115 Euro al giorno per 200 giorni (89 Euro per le rette a servizi non gestiti). L'importo è eccessivo se rapportato alle rette praticate dai gestori. Si può quindi dedurre che i Comuni si accollino una percentuale di costo superiore al 30%.

La spesa per i servizi residenziali, comunitari e per l'affidamento familiare raggiunge il 18,11% delle spese dell'area in Italia e il 13,72% in Regione. In Italia, secondo le indagini dell'ISTAT il 4,05% delle persone disabili è ospitato in una struttura residenziale, prevalentemente di tipo comunitario e solo in minima parte in affidamento familiare. In tal caso, il contributo riconosciuto alla famiglia - 417 Euro al mese - non è sicuramente incentivante. L'assistenza residenziale ha un profilo inverso rispetto all'assistenza in centro diurno: la maggior parte degli utenti riceve infatti un contributo per la retta di un gestore esterno e solo un numero minore di loro riceve assistenza in un centro gestito dal Comune. In questo caso l'importo giornaliero della retta (115 Euro per i servizi gestiti e 87 Euro per quelli non gestiti) è più vicino a quelle di mercato.

¹²⁹ L'ISTAT denomina:

- *voucher*: provvidenza economica a favore di disabili, versata solo nel caso in cui le prestazioni siano erogate da *caregiver* professionali;
- assegno di cura: incentivazione economica finalizzata a garantire a disabili gravi o gravissimi la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza, evitando il ricovero in strutture residenziali;
- buono sociosanitario: sostegno economico a favore di persone in difficoltà erogato nel caso in cui l'assistenza sia prestata da un *caregiver* familiare o appartenente alle reti di solidarietà informali.

Un ulteriore ambito di intervento sociale sono i trasferimenti monetari erogati alle persone con disabilità e alle loro famiglie per il sostegno al reddito e il miglioramento delle condizioni economiche, l'acquisto di servizi assistenziali e sanitari, la casa, l'inserimento nel lavoro, la mobilità. Sono erogati contributi anche alle associazioni. Quest'ambito di spesa rappresenta il 10,73% a livello nazionale e il 7,80% a livello regionale.

Anche per l'assistenza economica è possibile fare un approfondimento solo per i dati nazionali. Le motivazioni prevalenti, in ordine decrescente per la percentuale di disabili che vivono in famiglia, risultano essere:

- acquisto di servizi alla persona (erogati al 3,19% dei disabili, presumibilmente per aiuto domestico, con una spesa *pro capite* di 3.290 Euro);
- integrazione del reddito familiare (2,99%, spesa *pro capite* 1.076 Euro);
- inserimento lavorativo (2,05%, spesa *pro capite* 1.571 Euro, probabilmente sotto forma di borse lavoro);
- cure e prestazioni sanitarie (1,80%, spesa *pro capite* 1.841 Euro).

Non si può che ri-sottolineare l'inadeguatezza dell'assistenza economica erogata dall'INPS, ma anche l'insufficiente copertura dei LEA sanitari (il rilevante importo della spesa *pro capite* per prestazioni sanitarie fa pensare alle cure odontoiatriche). Sono infine quasi sconosciuti i prestiti sull'onore.

Il Servizio sociale professionale pesa sulla spesa dell'area Disabili solo per il 3,62% a livello nazionale, il 4,81% a livello regionale.

3.2.7. Spesa per l'assistenza alle persone adulte

Definizione

L'ISTAT affronta la spesa per l'assistenza alle persone adulte in tre aree.¹³⁰

- Area Dipendenze: interventi e i servizi rivolti a persone dipendenti da alcool e droghe. Il *target* di riferimento scelto dall'INPS per l'area Dipendenze è eccessivamente vasto: le persone residenti con più di 15 anni nel 2009 erano oltre 51,6 milioni. In realtà i tossicodipendenti in Italia nel 2009 erano tra le 300.000 e 400.000 unità, e solo la metà si rivolgeva ai SerT.
- Area Immigrati e nomadi: interventi e i servizi finalizzati all'integrazione sociale, culturale ed economica degli stranieri immigrati in Italia. Per stranieri si intendono le persone che non hanno la cittadinanza italiana, comprese quelle in situazioni di particolare fragilità, quali profughi, rifugiati, richiedenti asilo, vittime di tratta. Il *target* di riferimento per l'area Immigrati è costituita dal numero degli stranieri residenti, che al primo gennaio 2009 erano 3.891.295. Durante l'anno sono entrati regolarmente in Italia altre 458.644 persone.

¹³⁰ Cfr. ISTAT, 2009, tavole 9, 11 e 12.

- Area Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora: interventi e servizi per ex detenuti, donne che subiscono maltrattamenti, persone senza dimora, indigenti.

La popolazione di riferimento per questa area è costituita dalla persone con età compresa tra i 18 e i 65 anni, che nel 2009 erano 37.760.955. Nello stesso anno l'ISTAT registrava un valore del 5,2% di persone povere assolute (3.074.000 persone) e del 13,1 % di persone povere relative (7.810.000 persone).

Prestazioni interessate alla spesa sociale

I Comuni italiani nel 2009 hanno destinato solo l'11,9% della loro spesa all'assistenza alle persone adulte, per complessivi 829 milioni di Euro, 13,80 Euro per ogni residente. I Comuni dell'Emilia-Romagna hanno speso 60 milioni, l'8,15% della spesa sociale complessiva, 31,96 Euro *pro capite*.

A livello nazionale la spesa *pro capite* è di 173 Euro per ogni tossicodipendente, di 49 Euro per ogni immigrato, di 188 Euro per ogni povero assoluto (o di 53 Euro per ogni povero assoluto o relativo).

Nell'assistenza alle persone adulte sembrano essere prevalenti le prestazioni economiche, che raggiungono a livello nazionale il 42,81% della spesa di questo ambito. Le motivazioni prevalenti sono i contributi per l'alloggio e l'integrazione del reddito. Si tratta di contributi in media di poche centinaia di Euro l'anno per utente, solo per i tossicodipendenti superano i 1.000 Euro. In Regione queste prestazioni assorbono la percentuale più alta di spesa, ma raggiungono solo il 28,21%.

Per rilevanza della spesa seguono le prestazioni residenziali, che hanno percentuali di spesa identiche in Italia e in Emilia-Romagna, rispettivamente il 21,19% e il 21,06%. Si tratta di prestazioni per un'accoglienza solitamente offerta a persone in una situazione di grave disagio sociale, prive di alternative abitative.

Abbastanza consistenti sono anche le spese per prestazioni di inserimento sociale e lavorativo, il 15,7% in Italia, che sono tuttavia scarsamente orientate alle persone immigrate e dipendenti; in Emilia-Romagna il valore sale a 28,65%, e sono invece privilegiati gli interventi di integrazione degli stranieri e di promozione multiculturale.

L'assistenza domiciliare, i servizi di supporto, le strutture a ciclo diurno, il pronto intervento sociale assorbono percentuali di spesa molto limitate. Sembra emergere un certo interesse per le mense sociali, l'aiuto alle persone che vivono in strada, i luoghi di soggiorno diurno per persone senza dimora o con disagio mentale.

Il Servizio sociale professionale, a livello nazionale, incide per il 12,03% della spesa di questo ambito di assistenza e interessa per i 2/3 le persone in stato d'indigenza. In Regione la percentuale è simile, pari al 13,11%.

Per quanto riguarda l'impatto delle prestazioni sulla popolazione *target*, a livello nazionale:

- nell'area Dipendenze hanno una rilevante incidenza gli interventi di inserimento sociale e lavorativo, che riguardano il 34% della popolazione dipendente. Il 10,57% si rivolge al Servizio sociale professionale, il 12,30% è contattato dal pronto intervento sociale, che in

questa area assume spesso la caratteristica di Unità di strada. I servizi residenziali e semiresidenziali, i trasferimenti monetari e soprattutto l'assistenza domiciliare sono residuali;

- nell'area Immigrati e nomadi, l'impatto delle prestazioni è piuttosto modesto. Solo il 9,02% degli immigrati è interessato da interventi di inserimento sociale e lavorativo, il 4,92% si rivolge al Servizio sociale professionale e il 2% riceve aiuti in denaro. Nonostante la rilevante incidenza della spesa per strutture residenziali, soltanto lo 0,91% riceve accoglienza in strutture residenziali (se si presume che l'accoglienza interessi un primo inserimento in Italia, la percentuale è del 7,74%, rapportata agli stranieri arrivati in Italia nel 2009);
- area Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora: se si prende a riferimento il numero di poveri assoluti, il 12,91% riceve aiuti economici, l'11,26% si rivolge al Servizio sociale professionale, il 4,59% è ospitato in strutture residenziali (quasi esclusivamente rivolte alle persone senza dimora), il 3,76% beneficia di servizi di supporto, costituiti soprattutto da mense. Strutture diurne, pronto intervento sociale e assistenza domiciliare hanno un'importanza residuale.

3.2.8. Area Anziani¹³¹

Definizione

In quest'area l'ISTAT fa rientrare interventi e servizi mirati a migliorare la qualità della vita delle persone anziane, e a favorire la loro mobilità, l'integrazione sociale e lo svolgimento delle funzioni primarie. Sono inseriti in quest'area anche servizi e interventi a favore di anziani affetti del morbo di Alzheimer.

Il *target* di riferimento per l'ISTAT è costituito dalla popolazione con più di 65 anni, che nel 2009 era pari a 12.085.158 persone in Italia, 974.967 in Emilia-Romagna, delle quali 496.034 con più di 75 anni.

In questo approfondimento, è assunto anche come *target* delle persone anziane che necessitano di prestazioni sociosanitarie il numero di anziani beneficiari nel 2009 di assegno di accompagnamento: 1.477.415 persone a livello nazionale, 93.528 a livello regionale.

Spesa dei Comuni per l'area Anziani

L'area Anziani nel 2009 ha assorbito complessivamente una cifra pari a 1.422 milioni di Euro, il 20,4% della spesa sociale complessiva dei Comuni italiani, 117 Euro per ogni residente con più di 65 anni. In Regione Emilia-Romagna la spesa è stata di 135 milioni di Euro, il 17,75% della spesa sociale dei Comuni, 139 Euro per ogni anziano.

Il principale ambito di spesa sociale in questa area è l'assistenza domiciliare, inclusi i servizi integrativi, che assorbono il 42,31% della spesa in Italia, il 36,42% in Regione. Gran parte della spesa dei Comuni a livello nazionale è concentrata in attività di tipo socio-assistenziale, finalizzata alla cura di anziani fragili e alla tutela della domiciliarità per gli anziani con parziale

¹³¹ Cfr. ISTAT, 2009, tavola 10.

non autosufficienza. Interessa l'1,51% di anziani con più di 65 anni, il 12,37% se si considerano anche gli anziani con assegno di accompagnamento. La spesa *pro capite*, pari a 1.860 Euro, con un ipotetico costo orario di 20 Euro, consente di stimare in poco più di 93 ore il carico annuale del servizio per utente. Sembrerebbe invece molto limitata l'assistenza domiciliare integrata con la sanità (lo 0,86% degli *over65*, il 7% dei beneficiari di assegno di accompagnamento). In questo caso, con un costo per utente di 736 Euro, calcolando nel 50% del costo l'impegno finanziario del Comune (DPCM 29/11/2001 sui LEA), il carico assistenziale del servizio potrebbe essere stimato in circa 70 ore l'anno. È da evidenziare che circa 20.000 anziani ricevono contributi per servizi alla persona; se si intende che questo contributo venga utilizzato per la badante, l'importo *pro capite* è di 100 Euro per 13 mensilità. L'Università Bocconi stima le badanti presenti in Italia attorno alle 900.000 unità, per cui la percentuale che riceve un contributo dal Comune è di poco superiore al 2%.

Significativo in termini di utenza potenziale interessata è il trasporto sociale, l'1,23% degli anziani, con costi *pro capite* che consentono di interpretare la prestazione come un servizio gestito dal volontariato.

Per rilevanza della spesa, segue l'assistenza residenziale - 31,02% della spesa a livello nazionale, il 31,78% a livello regionale. Considerando i servizi residenziali gestiti direttamente, quelli messi a disposizione attraverso il pagamento di rette e l'affidamento familiare, si calcola che l'1,41% degli anziani ultrasessantacinquenni sia interessato da questo tipo di prestazioni, percentuale che sale all'11,56 % degli anziani con accompagnamento. La statistica fa risaltare il ruolo modesto dei Comuni nell'assistenza residenziale, ma il vero dato drammatico è che i posti letto socio-assistenziali e sociosanitari per anziani nel 2009 erano 314.061, mentre gli utenti assistiti dai Comuni risultano essere stati 7.769, solo il 2,47%. Questo dimostra che l'assistenza residenziale è, di fatto, a carico delle famiglie.

In Italia, al terzo posto per rilevanza della spesa vi è il 10,76% destinato ai contributi economici, finalizzati all'integrazione del reddito, all'acquisto di servizi alla persona, alla casa, alla mobilità e alle cure sanitarie. Sono erogati anche contributi alle associazioni. L'assistenza economica nazionale interessa complessivamente il 2,57% degli *over 65* e riguarda prevalentemente la mobilità (probabilmente tariffe agevolate al servizio di trasporto pubblico), l'integrazione del reddito, l'alloggio. L'importo annuale *pro capite* delle singole prestazioni è generalmente modesto, tanto da far pensare a interventi straordinari in casi di difficoltà. Questo ambito di spesa è meno rilevante in Emilia-Romagna (7,87%), che invece privilegia l'assistenza semiresidenziale, con un 12,42% della spesa, a fronte di un modesto 6,21% nazionale. Il 6,6% di anziani con accompagnamento, in Italia, frequenta i centri diurni dei Comuni o riceve un contributo per la frequenza di diurni convenzionati, mentre in Regione la percentuale è del 3,29%. La modestissima spesa annua *pro capite* nazionale farebbe presumere che il Comune copra meno del 10% della retta, lasciando all'utente e alla sanità il finanziamento della restante parte. L'INPS non fornisce però dati utili per spiegare la situazione.

Gli interventi di integrazione sociale, costituiti prevalentemente da attività ricreative, culturali e di socializzazione, rappresentano il 3,33% della spesa in Italia, il 3,17% in Emilia-Romagna. Particolarmente vivace è l'impatto delle iniziative dei Comuni per promuovere la socializzazione

delle persone anziane: le attività ricreative, sportive, culturali a livello nazionale coinvolgono il 4,21% degli anziani ultra-sessantacinquenni, i centri sociali il 3,24%, i soggiorni di vacanza lo 0,41%.

Il Servizio sociale professionale incide sulla spesa dell'Area Anziani per il 6,81% a livello nazionale, per l'8,35% a livello regionale.

3.2.9. Conclusioni

La rilevazione ISTAT su "interventi e servizi sociali" dei Comuni ha messo a punto nel corso degli anni un sintetico nomenclatore delle prestazioni sociali, corredato da un glossario. Se si volesse costruire una politica sociale nazionale o regionale, basata sulla concretezza e sulla sostenibilità, non c'è dubbio che bisognerebbe partire dall'esperienza consolidata dei Comuni che, a fronte della domanda sociale dei cittadini e con una disponibilità finanziaria fortemente sottodimensionata rispetto ai diritti da tutelare e ai bisogni da soddisfare, fanno delle scelte e individuano delle priorità.

La fotografia che l'ISTAT consegna per il 2009 consente di individuare, con ragionevole approssimazione, l'elenco delle prestazioni che le Amministrazioni comunali considerano essenziali. Se è vero che i Comuni sono il livello istituzionale più vicino ai cittadini e il più condizionato dalle pressioni sociali, si può valutare questo elenco come il risultato di un'interazione tra le persone e le istituzioni del territorio, sapendo che l'esito non è ottimale, a causa delle risorse a disposizione.

La Legge n. 328 del 2000 ha contribuito a indirizzare questi interventi, ma non ha condizionato tutte le scelte e le priorità (ad esempio, l'importanza che i servizi educativi per la prima infanzia hanno negli interventi comunali non è certo determinata né dalla citata Legge, né da azioni legislative nazionali particolarmente incisive).

Il primo ambito prestazionale cui i Comuni non possono ignorare è quello costituito dalle attività del Servizio sociale professionale, "riconducibili alle attività svolte dalla figura professionale dell'assistente sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio".

Nell'area Famiglie e minori tre ambiti prestazionali sembrano essere prioritari:

1. servizi educativi per la prima infanzia;
2. sostegno scolastico;
3. accoglienza dei minori privi di un adeguato sostegno genitoriale.

In questa area è rilevabile anche l'impegno in un ambito non prestazionale, quello della promozione della genitorialità e dell'infanzia, attraverso attività ricreative, sociali e culturali.

Nell'area Disabili le priorità riguardano:

4. interventi di integrazione sociale e lavorativa, ambito che presuppone anche la presenza di prestazioni professionali in ambito educativo;
5. tutela della domiciliarità, attraverso sia il servizio di assistenza socio-educativo, sia sostegni economici e fornitura di ausili per la vita indipendente;
6. contributo economico per il pagamento delle rette dei servizi sociosanitari domiciliari, diurni e residenziali.

Nelle aree che riguardano le persone adulte (Tossicodipendenze, Immigrati e nomadi, Povertà, disagio e senza dimora) la principale attenzione è rivolta alle persone in una condizione di estremo disagio economico, abitativo e psicologico, con prestazioni che si possono complessivamente definire di pronto intervento sociale:

7. interventi professionali ed economici, finalizzati a reinserire la persona nella società e a ripristinare condizioni di vita dignitosa;
8. accoglienza delle persone senza tetto con soluzioni abitative predisposte dai servizi sociali.

Nell'area Anziani le prestazioni prioritarie sono:

9. tutela della domiciliarità, attraverso sia il servizio di assistenza socio-assistenziale, sia sostegni economici e fornitura di ausili per la vita indipendente;
10. contributo economico per il pagamento delle rette dei servizi sociosanitari domiciliari, diurni e residenziali;
11. promozione di una vita sana e attiva.

Nell'area Multiutenza, dopo una crescita e un consolidamento avvenuti nel corso degli anni, sono evidenti:

12. prestazioni di informazione, orientamento e accompagnamento ai servizi, attraverso il segretariato sociale e lo Sportello sociale / porta unica di accesso ai servizi;
13. azioni di sistema (in Emilia-Romagna sono svolte dall'Ufficio di piano), attraverso le quali sono assicurati programmazione, sistema informativo, formazione e aggiornamento, ricerca e sviluppo, integrazione della rete. Quest'ultimo non può essere definito un ambito prestazionale, ma coincide con una delle funzioni dei Comuni (vedi *spending review*).

Questi 14 ambiti prestazionali e di sistema (comprensivi del Servizio sociale professionale) potrebbero costituire lo zoccolo duro di un processo di omogeneizzazione delle politiche sociali, che dovrà essere necessariamente dinamico (variare nell'ordine di priorità, criteri di accesso, requisiti quali/quantitativi di erogazione, in base alle dinamiche socio-economiche). Senza una omogeneizzazione dell'offerta di servizi e prestazioni, almeno di quelli essenziali, non è garantita l'equità delle politiche sociali nel loro complesso.

Tabella 4. Prestazioni prioritarie dei Comuni nel 2009, per rilevanza della spesa

Macro-aree intervento	Prestazioni prioritarie
Attività del Servizio sociale professionale	Prevenzione, recupero, sostegno Tutela minori Intermediazione alloggi Adozione e affido
Area famiglie	Servizi educativi prima infanzia Sostegno scolastico Accoglienza minori abbandonati Promozione genitorialità e infanzia
Area Disabili	Integrazione sociale e lavorativa Tutela domiciliarità Contributo rette LEA
Area Adulti	Reinserimento sociale e vita dignitosa Accoglienza senza tetto
Area Anziani	Promozione vita sana e attiva Tutela domiciliarità Contributo rette LEA
Area Multiutenza	Segretariato e sportello sociali Azioni di sistema

3.3. Interventi e servizi sociali nella legislazione della Regione Emilia-Romagna

3.3.1. Premessa

In questo Paragrafo viene proposta una ricognizione della legislazione vigente in Emilia-Romagna, attraverso cui si intende valutare in quale misura e con quale modalità la Regione ha inteso tutelare diritti sociali previsti dalla Costituzione e dalla legislazione nazionale. Si vuole anche verificare se sono state garantite particolari prestazioni e se è stato predisposto un sistema organizzato di servizi, adeguato agli obiettivi.

3.3.2. Normative regionali di indirizzo generale

*Statuto regionale*¹³²

Fin dal Preambolo, lo Statuto dichiara di fondarsi sui principi e i diritti sanciti dalla Costituzione italiana e dall'Unione europea (della cui normativa si impegna a provvedere direttamente all'attuazione, art. 12), affermando, fra l'altro:

¹³² Legge regionale 31 marzo 2005, n. 13, "Statuto della Regione Emilia-Romagna" modificata nel 2009.

- i valori universali di eguaglianza, giustizia sociale e solidarietà;
- il riconoscimento della pari dignità sociale della persona, senza alcuna discriminazione per ragioni di genere, di condizioni economiche, sociali e personali, di età, di etnia, di cultura, di religione, di opinioni politiche, di orientamento sessuale.

Oltre che attraverso il voto degli elettori, l'azione regionale trae la propria legittimazione attraverso la promozione della democrazia partecipata, il confronto permanente con le organizzazioni della società, il riconoscimento dell'autonomia degli Enti e delle comunità locali, la rappresentanza trasparente degli interessi e la coesione sociale.

Questi principi ispirano, nell'art. 2, gli obiettivi che l'azione della Regione si pone prioritariamente.

Le politiche del lavoro, le politiche economiche e le politiche sociali descrivono un contesto nel quale, anche affermando la centralità del lavoro e della libera iniziativa imprenditoriale, è tutelato il benessere della persona e la sua autonomia formativa e culturale. Gli orientamenti politici che favoriscono questa finalità sono rappresentati da:

- rafforzamento di un sistema universalistico, accessibile ed equo di prevenzione, tutela della salute e sicurezza sociale che garantisca il pieno godimento dei diritti e dei servizi sociali e sanitari;
- tutela, in ogni sua forma, della persona con disabilità, orientando a tal fine le politiche e i servizi regionali;
- superamento di ogni forma di disagio sociale e personale, operando per rimuoverne le cause;
- garanzia del diritto allo studio all'interno del sistema nazionale di istruzione costituito dalle scuole statali e dalle scuole private paritarie e degli Enti locali, promozione della conoscenza, dell'arricchimento culturale e della formazione professionale per tutto il corso della vita;
- promozione e diffusione di una cultura dell'infanzia e dell'adolescenza finalizzata al riconoscimento dei bambini e delle bambine come soggetti titolari di diritti, a partire dal diritto alla salute, alle relazioni sociali, allo studio, al gioco, allo sport;
- valorizzazione della pratica sportiva per tutti al fine di promuovere la buona salute delle persone;
- promozione e sostegno della cultura, dell'arte e della musica, favorendo la conservazione dei beni culturali e paesaggistici.

Particolare attenzione è dedicata alla promozione dell'associazionismo e della cooperazione sociali e alla valorizzazione delle formazioni sociali.

Per assicurare l'equità nella fruizione dei diritti e la soddisfazione dei bisogni dei cittadini su tutto il territorio regionale, la Regione pone particolare attenzione alle zone disagiate e garantisce le finalità sociali dei servizi pubblici locali.

Attraverso il difensore civico, la Regione garantisce diritti e interessi dei cittadini e delle formazioni sociali che esprimono interessi collettivi e diffusi, mentre il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza si dedica specificatamente alla tutela dei diritti e degli interessi dei minori.

Legge di riforma del welfare

La Legge regionale di riforma del *welfare* n. 2/2003¹³³ costituisce un vero e proprio spartiacque nella legislazione sociale regionale e ha indirizzato la maggior parte dei provvedimenti legislativi e normativi regionali successivi.

La Legge intende promuovere la cittadinanza sociale, ispirandosi ai principi e ai valori della Costituzione e della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, in armonia con la Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Molto spazio è riservato alla descrizione dei principi, cui s'ispira la legge regionale. La finalità che si propone la Regione è triplice:

- garantire la tutela dei diritti sociale;
- garantire lo sviluppo e il benessere dei singoli e delle comunità;
- assicurare il sostegno ai progetti di vita delle persone e delle famiglie.

Queste finalità sono perseguite attraverso una rete integrata di interventi e servizi sociali, vale a dire con azioni di promozione sociale che non si traducono in prestazioni e con erogazioni di prestazioni integrate tra di loro, tanto da poter essere definite servizi.

In linea con la legislazione nazionale, hanno diritto ad accedere alle prestazioni e ai servizi del sistema integrato, sulla base della valutazione del bisogno personale e familiare, indipendentemente dalle condizioni economiche, i cittadini italiani e dell'Unione europea, gli stranieri, gli apolidi, regolarmente soggiornanti ai sensi della normativa statale, inclusi i minori stranieri o apolidi. Questa assistenza universalistica è garantita dal Comune di residenza.

Il diritto all'assistenza, limitato agli interventi e alle prestazioni non differibili, si estende alle persone occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti sul territorio regionale. Questa assistenza in situazioni di emergenza è garantita dal Comune nel cui territorio si è manifestata la necessità dell'intervento.

¹³³ Legge regionale 12 marzo 2003, n. 2, "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" (modificata nel 2004, 2005, 2009, 2010, 2011).

Box 1. Legge regionale n. 2/2003

La LR n. 2/2003 prevede esplicitamente un elenco di livelli essenziali delle prestazioni sociali:

- consulenza e sostegno alle famiglie e a chi assume compiti connessi al lavoro di cura e alle responsabilità genitoriali, anche attraverso la disponibilità di servizi di sollievo;
- servizi e interventi a sostegno della domiciliarità, rivolti a persone che non riescono, senza adeguati supporti, a provvedere autonomamente alle esigenze della vita quotidiana;
- accoglienza familiare di persone prive di adeguate reti familiari;
- servizi e interventi residenziali e semiresidenziali volti all'accoglienza di persone i cui bisogni di cura, tutela e educazione non possono trovare adeguata risposta al domicilio;
- servizi e interventi volti ad affiancare, anche temporaneamente, le famiglie negli impegni e responsabilità di cura;
- 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;
- servizi e interventi di prevenzione, ascolto, sostegno e accoglienza per minori vittime di abuso, maltrattamento e abbandono;
- 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;
- servizi e interventi di prima necessità rivolti a persone a rischio di emarginazione, anche per l'accoglienza, il sostegno e l'accompagnamento nei percorsi d'inserimento sociale;
- interventi di sostegno all'inserimento e reinserimento lavorativo delle persone disabili e in stato di svantaggio, anche in attuazione degli obiettivi della LR 25 febbraio 2000, n. 14 (Promozione dell'accesso al lavoro delle persone disabili e svantaggiate);
- servizi di informazione, di ascolto e orientamento sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e le risorse del sistema locale e sui criteri di accesso;
- misure di contrasto delle povertà e di sostegno al reddito.

Inoltre, per fare fronte a situazioni personali o familiari di emergenza sociale, sono incluse nei LEPS anche le risposte di pronto intervento sociale.

I richiami della Legge regionale all'inserimento lavorativo e ai servizi per i giovani e gli adolescenti sembrano aggiungersi ai LEPS definiti dalla Legge nazionale. Non è inoltre del tutto chiaro perché la LR confermi i LEPS della Legge nazionale ma ne dia una definizione parzialmente diversa, creando dubbi interpretativi sulle eventuali restrizioni o sugli ampliamenti del contenuto prestazionale.

La definizione delle caratteristiche quantitative e qualitative dei LEPS non è rimandata a successivi atti normativi, ma al Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, sulla base di una apposita intesa triennale in sede di Conferenza Regione-Autonomie locali. La scelta di utilizzare gli strumenti di programmazione ha l'indubbio vantaggio di utilizzare processi decisionali basati su concertazione e partecipazione e di inserire questa materia in processi

dinamici di aggiornamento e revisione; lo svantaggio è che i diritti di cittadini vengono tutelati con uno strumento (il Piano) giuridicamente più debole rispetto a una Legge o a una Direttiva.

Al di fuori delle prestazioni e dei servizi definiti come LEPS, la Legge regionale n.2/2003 prevede interventi di strada, assegni di cura per persone in condizione di non autosufficienza, reddito minimo d'inserimento, prestiti sull'onore, scelta della sede di lavoro e trasferimento, estesi a tutte le persone che, a causa del loro handicap, non possono ottenere la patente di guida.

La Legge n. 2 descrive anche interventi di promozione sociale, volti a favorire lo sviluppo e il benessere delle persone e il sostegno delle reti familiari e sociali nell'ambito delle comunità locali: promozione della convivenza e dell'integrazione sociale, contrasto e prevenzione delle cause di esclusione sociale, conciliazione e armonizzazione dei tempi di vita e di lavoro, garanzia del raggiungimento di pari opportunità tra donne e uomini. Sono inoltre inclusi interventi di sostegno del ruolo delle famiglie nella formazione e cura delle persone, nella promozione della coesione sociale, nei compiti che le famiglie svolgono sia nella vita quotidiana, sia nei momenti di difficoltà e disagio legati all'assunzione di responsabilità di cura. Alcuni interventi e prestazioni sono specificatamente finalizzati a sostenere le famiglie impegnate a dare accoglienza e aiuto a persone in difficoltà, in particolare disabili, minori e anziani.

Nell'attuazione della Legge sono particolarmente valorizzati i Comuni associati su base distrettuale, le organizzazioni del volontariato e le altre realtà del Terzo settore, il privato sociale.

La Legge regionale n. 2 ha introdotto alcuni temi che non hanno poi trovato particolare attuazione nella normativa successiva, ad esempio la partecipazione dei cittadini e degli utenti al controllo della qualità e norme per la tutela degli utenti, l'erogazione di titoli per la fruizione di prestazioni e servizi sociali, l'istruttoria pubblica per la progettazione comune, il concorso alla copertura del costo dei servizi sociali, socio-educativi e sociosanitari. Anche l'art. 34, Attività di formazione, non pare abbia avuto un'attuazione così significativa come prefigurato dalla norma stessa.

La Legge ha invece prodotto rilevanti sviluppi per quanto riguarda:

- sistema di *governance* e programmazione;
- riordino delle IPAB e costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP);
- erogazione dei servizi mediante accreditamento;
- Fondo sociale per la non autosufficienza;
- organizzazione della rete dei servizi.

Piano sociale sanitario regionale

La Legge regionale n. 2/2003 di riforma del *welfare* assegna al Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali il compito di stabilire gli indirizzi per la realizzazione e lo sviluppo del sistema integrato e, in particolare, la definizione di:

- obiettivi di benessere sociale da perseguire e fattori di rischio sociale da contrastare;
- caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi, che costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire;

- criteri di incentivazione dei programmi per la realizzazione degli obiettivi di promozione sociale;
- criteri generali per garantire l'accesso prioritario ai servizi e agli interventi;
- criteri, modalità e procedure per la concessione e l'utilizzo dei titoli per la fruizione di prestazioni e servizi sociali;
- modalità per il raccordo tra la pianificazione regionale e quella zonale, definendo in particolare linee di indirizzo e strumenti per la pianificazione di zona;
- modalità per il concorso dei soggetti sociali alla definizione dei Piani di zona e degli indirizzi per assicurare la partecipazione dei cittadini e degli utenti al controllo della qualità dei servizi;
- obiettivi e priorità per la concessione dei contributi per spese d'investimento.
- criteri per la sperimentazione nell'ambito dei Piani di zona di servizi e interventi volti a rispondere a nuovi bisogni sociali e a introdurre modelli organizzativi e gestionali innovativi;
- ambiti di formazione e riqualificazione degli operatori sociali e sociosanitari che concorrono alla definizione degli indirizzi programmatici e del piano poliennale

Il primo Piano regionale triennale degli interventi e dei servizi sociali, integrato al Piano sanitario, è stato approvato nel 2008.¹³⁴

Il risultato è un potente strumento di indirizzo, in particolare per quanto riguarda lo sviluppo del sistema di *governance* e programmazione, che - sulla base delle esperienze sviluppate dopo l'adozione della Legge regionale n. 2/2003 - vengono affrontate in maniera integrata sociosanitaria, ma anche con riferimenti ai diversi livelli, regionale, territoriale (ambito coincidente con il territorio delle Aziende USL), zonale (ambito coincidente con il territorio del Distretto sanitario).

Altrettanta rilevanza è data agli strumenti organizzativi e metodologici con i quali attuare le politiche integrate, a partire dalle strutture organizzative a supporto della *governance* e della programmazione, fino ai servizi che garantiscono l'equità di accesso ai servizi (Sportelli sociali) e agli strumenti che consentono il finanziamento e la produzione di servizi di qualità (Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA), accreditamento istituzionale, costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona). Saranno proprio questi aspetti organizzativi, assieme a quelli che si riferiscono alla *governance* e alla programmazione, ad avere particolare rilievo nell'iniziativa della Regione e degli Enti locali negli anni successivi al Piano.

La parte - molto estesa - del Piano che descrive il contesto socio-economico e le azioni prioritarie è sicuramente il risultato avanzato di una realtà regionale che consolida l'esperienza e le buone pratiche, con una tensione verso il futuro. Questa sezione presenta però diversi limiti: l'elencazione degli interventi, dei servizi, delle azioni è sempre svincolata da valutazioni di sostenibilità, da definizione di obiettivi e requisiti quali quantitativi, soprattutto con riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni sociali che erano stati previsti dalla Legge di riforma del *welfare*.

¹³⁴ Deliberazione dell'Assemblea legislativa del 22 maggio 2008, n. 175, "Piano sociale e sanitario 2008-2010".

In questo senso il Piano regionale non fa alcun passo in avanti per garantire l'esigibilità delle prestazioni essenziali, pur migliorando la distribuzione nel territorio dei servizi sociosanitari (FRNA), facilitando l'accesso (Sportelli sociali) e predisponendo strumenti per garantire la qualità dei servizi sociosanitari (accreditamento), in un sistema integrato sociosanitario che deve essere pilotato dagli organismi deputati alla *governance* attraverso la programmazione.

Legislazione regionale sui servizi alle persone

La legislazione regionale vigente in ambito sociale è costituita da otto leggi, ognuna delle quali rivolta a un particolare *target* di popolazione, selezionato per l'età anagrafica o per la condizione sociale e giuridica. Cinque leggi sono state approvate nei quindici anni precedenti la LR di riforma del *welfare*: riguardano minoranze nomadi, genitori, anziani, disabili, prima infanzia. Nel decennio successivo alla LR n. 2/2003, oltre a provvedere all'aggiornamento della precedente legislazione, la Regione ha approvato altre tre leggi sociali per immigrati, adulti e minori detenuti, giovani generazioni. Complessivamente si tratta di una legislazione sociale di ampio respiro culturale e con contenuti particolarmente innovativi.

La prima di queste leggi sociali regionali è del 1988 e riguarda le minoranze nomadi.¹³⁵ Si tratta di una legge che ha già ben chiaro il concetto di integrazione delle politiche e conosce le difficoltà delle minoranze ad accedere a prestazioni universalistiche, non esita a riconoscere nuovi diritti (diritto al transito e alla sosta sul territorio regionale) e promuove il loro inserimento nella comunità locale.

Molto più ambiziosa e complessa è la cosiddetta legge sulle famiglie del 1989, che in realtà riguarda le scelte di procreazione e la corresponsabilità dei genitori negli impegni di cura verso i figli.¹³⁶ I diritti sociali che la legge intende tutelare sono innanzitutto quelli costituzionali, con richiami alle leggi sui consultori familiari¹³⁷ e sulla tutela della maternità.¹³⁸ Le prestazioni previste riguardano:

- sessualità, responsabilità procreativa, percorso nascita;
- tutela della coppia e delle donne;
- interventi socio-assistenziali.

Le prestazioni dell'ambito sociale che hanno maggiore rilievo in questa norma sono l'informazione e la consulenza professionale, assicurate prevalentemente attraverso i Consultori familiari delle USL, che collaborano con Comuni e soggetti non istituzionali. Sono previste anche azioni formative (per i genitori sulle funzioni educative, preparazione al parto, ecc.).

¹³⁵ Legge regionale 23 novembre 1988, n. 47, "Norme per le minoranze nomadi in Emilia-Romagna" (aggiornata nel 1993, 1994, 2003).

¹³⁶ Legge regionale 14 agosto 1989, n. 27, "Norme concernenti la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione e agli impegni di cura verso i figli" (aggiornata nel 19993, 2000, 2003 e 2008).

¹³⁷ Legge 22 luglio 1975, n. 405, "Istituzione dei consultori familiari".

¹³⁸ Legge 22 maggio 1978, n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza".

Le prestazioni socio-assistenziali garantite dalla norma legislativa sono ben definite:

- assistenza economica: erogazione di contributi in denaro, continuativi o *una tantum*, in favore di gestanti in difficoltà nella prosecuzione della gravidanza, di persone sole o con figli e di famiglie con bambini, in situazioni di non autonomia economica temporanea, comprensive anche di eventuali oneri per l'accesso ai servizi socio-educativi per la prima infanzia;
- prestiti sull'onore: attraverso apposite convenzioni con istituti di credito, concessione di prestiti a tasso zero secondo piani di restituzione concordati. L'onere degli interessi è a carico del soggetto erogatore; il credito può essere concesso in situazioni temporanee di gravi difficoltà finanziarie a favore dei soggetti di cui al precedente punto, e in luogo delle erogazioni ivi previste;
- assistenza domiciliare a prevalente aiuto domestico: attività di aiuto in favore di famiglie con bambini, donne gestanti o madri che, per motivi sanitari, per pesante carico familiare o per problemi di tipo educativo, hanno difficoltà nell'assolvere gli impegni connessi alla vita quotidiana;
- assistenza socio-educativa: attivazione di piani di intervento in grado di promuovere l'acquisizione e il miglioramento delle capacità educative di genitori che al riguardo presentano gravi difficoltà;
- strutture residenziali: finalizzate anche all'accoglienza temporanea di gestanti in difficoltà nella prosecuzione della gravidanza, di donne sole o con figli, per le quali si sia resa incompatibile la permanenza nel proprio nucleo di convivenza anche a causa di maltrattamenti e violenza;
- soluzioni di appoggio e ospitalità presso famiglie: ricorso a cittadini/famiglie disponibili all'accoglienza temporanea o a forme diversificate di supporto in favore di gestanti in difficoltà nella prosecuzione della gravidanza, di donne sole o con figli con problemi di autonomia personale e di famiglie con problemi di emarginazione sociale.

Nel testo vigente, la Legge regionale n. 27 è chiara sul contenuto prestazionale, ma prefigura un'attuazione quasi esclusivamente incentrata sulle Unità sanitarie locali, soprattutto attraverso il Consultorio familiare, anche per quanto riguarda le prestazioni socio-assistenziali e socio-educative. L'intenzione della Legge è chiaramente dare coerenza agli interventi previsti, assimilandoli alla tutela del diritto alla salute. Secondo la Legge "gli interventi socio-assistenziali previsti possono essere gestiti anche dai singoli Comuni", che quindi diventano attuatori di interventi in capo all'Azienda USL.

In realtà, queste prestazioni socio-assistenziali da diversi anni non sono più erogate dalle AUSL e vengono di fatto finanziate dai Comuni, anche se il DPCM 14 febbraio 2001 ha riconfermato che l'assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori e per il 100% a carico del Servizio sanitario nazionale attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche e riabilitative.

Una legge regionale di analoga rilevanza e di grande innovazione è quella del 1994 riferita alle persone anziane,¹³⁹ che detta le norme per riconoscere e garantire l'effettivo esercizio dei diritti delle persone anziane, particolarmente di quelle non autosufficienti e per tutelare il rispetto dovuto alle persone anziane. L'anziano ha diritto al benessere, alla salute, all'integrazione sociale, alla sua individualità e unitarietà. In particolare sono sottolineati i diritti delle persone anziane all'informazione sui servizi e sui criteri di accesso, a un'assistenza sanitaria commisurata alle esigenze, al riconoscimento della famiglia come ambito privilegiato di vita.

Gli interventi previsti dalla LR n. 5/1994 sono rivolti ai cittadini anziani residenti, sia autosufficienti che non autosufficienti, ma anche agli adulti non autosufficienti a causa di forme morbose a forte prevalenza nell'età senile.

È proposta una visione integrata tra le diverse politiche che interessano le persone anziane. Le azioni proposte riguardano i settori dell'edilizia abitativa, delle attività turistico-ricreative, della cultura, dell'urbanistica, dei trasporti, della viabilità, della comunicazione radiotelevisiva, dei piani di urbanistica commerciale.

Le prestazioni socio-assistenziali rivolte agli anziani sono:

- interventi volti al miglioramento della situazione economica di anziani bisognosi e interventi di carattere straordinario finalizzati anche all'installazione di attrezzature e ausili per consentire o migliorare la fruibilità dell'abitazione;
- promozione dell'associazionismo volto all'istituzione dei centri sociali per anziani, alla gestione di attività di utilità sociale e di attività ricreative;
- istituzione e gestione di servizi di assistenza domiciliare a prevalente aiuto alla persona, di sistemi di telesoccorso e di strutture residenziali e semiresidenziali;
- accoglienza in famiglia: inserimento dell'anziano solo in una famiglia diversa da quella naturale, disponibile ad accoglierlo nel proprio ambito, sulla base di un accordo tra l'anziano e la famiglia stessa.

I servizi sociosanitari integrati, i cui standard qualitativi devono essere fissati dalla Regione, sono:

- assistenza domiciliare integrata;
- centro diurno;
- casa protetta;
- residenza sanitaria assistenziale.

La legge regionale propone disposizioni organizzative particolarmente innovative:

- istituzione di un servizio unico per il coordinamento e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie a favore delle persone anziane (Servizio assistenza anziani);
- istituzione delle Unità di valutazione geriatrica (UVG) territoriale, che assicurano una valutazione multidimensionale sociosanitaria;
- individuazione del Responsabile del caso;

¹³⁹ Legge regionale 3 febbraio 1994, n. 5, "Tutela e valorizzazione delle persone anziane - Interventi a favore di anziani non autosufficienti" (aggiornata nel 1996, 2001, 2003).

- dimissioni ospedaliere di anziani non autosufficienti programmate nei tempi e modi e concertate con la famiglia e con l'UVG territoriale.

Proseguendo una consolidata esperienza della Regione, anche questa legge è centrata sulla programmazione integrata e partecipata degli interventi, su accordi di programma tra le istituzioni interessate, sui rapporti convenzionali con il Terzo settore e con il privato sociale.

Gli atti di attuazione di questa legge sono piuttosto numerosi e ricchi di innovazioni. In particolare si citano le direttive della Giunta sulle cure domiciliari, sull'istituzione dell'assegno di cura per le famiglie disponibili ad assistere a domicilio l'anziano non autosufficiente, sull'integrazione sociosanitaria, sulla semplificazione degli accessi, sul Progetto demenze. Queste direttive sono state costantemente aggiornate e, dal 2007, sono state integrate nella normativa sui programmi finanziati con il Fondo regionale per la non autosufficienza e nella normativa sull'accreditamento dei servizi sociosanitari per gli anziani.

Il quadro della legislazione sociale precedente alla riforma del *welfare* regionale e tuttora vigente si completa con la Legge regionale n. 29/1997 sulle persone disabili,¹⁴⁰ che richiama la Legge n. 104/1992 sulle persone handicappate. Tale legge ha l'obiettivo di favorire la vita di relazione e l'integrazione sociale delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale residenti nel territorio regionale, attraverso un potenziamento e una maggiore personalizzazione degli interventi finalizzati a migliorare le opportunità di vita indipendente. Le prestazioni previste sono erogate prevalentemente dal Servizio di aiuto personale, già previsto dalla Legge n. 104, art. 9 e i cui requisiti organizzativi e funzionali sono precisati dalla Regione con successiva Direttiva.

La legge regionale introduce inoltre alcune erogazioni economiche a sostegno dell'autonomia, finanziate direttamente dall'amministrazione regionale:

- contributi per l'acquisto e adattamento di veicoli privati utilizzati per la mobilità di cittadini gravemente disabili;
- contributi per la modifica degli strumenti di guida;
- contributi finalizzati alla dotazione degli alloggi di strumentazioni tecnologiche e informatiche per il controllo dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane, di ausili, attrezzature e arredi personalizzati che permettano di risolvere le esigenze di fruibilità della propria abitazione, di attrezzature tecnologicamente idonee per avviare e svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione nel proprio alloggio, qualora la gravità della disabilità non consenta lo svolgimento di tali attività in sedi esterne.

Infine, la legge promuove e sostiene iniziative di sensibilizzazione culturale e informazione, e coordina, direttamente o attraverso convenzione, le attività di documentazione e di consulenza nell'area della disabilità.

La LR n. 29 trova successiva attuazione in alcune direttive della Giunta regionale, che istituiscono l'assegno di cura per i disabili assistiti dai familiari presso il proprio domicilio e stabiliscono i criteri per l'erogazione dei contributi finalizzati alla mobilità e all'adeguamento

¹⁴⁰ Legge regionale 21 agosto 1997, n. 29, "Norme e provvedimenti per favorire le opportunità di vita autonoma e l'integrazione sociale delle persone disabili" (aggiornata nel 2003).

dell'ambiente domestico. Questa normativa è stata integrata nel 2008 con la normativa sui programmi per le persone non autosufficienti e con la normativa sull'accREDITAMENTO dei servizi sociosanitari per le persone disabili.

Successivamente all'approvazione della Legge di riforma del *welfare* n. 2 nel 2003, l'approccio legislativo della Regione non cambia e rimane improntato a focalizzare l'assistenza per particolari *target* di popolazione o a regolare specifiche questioni.

La prima legge sulle persone è del 2004 e riguarda i cittadini immigrati.¹⁴¹ Non si tratta tanto di una norma di indirizzo sulle politiche sociali, quanto di una iniziativa finalizzata al contrasto e al superamento dei fenomeni di razzismo e xenofobia, e alla costruzione di una società multiculturale. La Legge regionale si ispira alla garanzia delle pari opportunità di accesso ai servizi, al riconoscimento e alla valorizzazione della parità di genere e al principio di indirizzare l'azione amministrativa per rendere effettivo l'esercizio dei diritti.

La LR n. 5 fa riferimento alla Dichiarazione fondamentale dei diritti dell'uomo, alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, alla Carta europea dei diritti dell'uomo nella città, alla Convenzione di Strasburgo sulla partecipazione degli stranieri alla vita pubblica a livello locale e, per i minorenni, alla Convenzione dell'ONU sui diritti del fanciullo.

Destinatari degli interventi sono i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea, i rifugiati, gli apolidi, regolarmente soggiornanti ai sensi della vigente normativa, residenti o domiciliati nel territorio della Regione. La legge si applica ai richiedenti asilo, fatte salve le competenze dello Stato. Sono inclusi anche i cittadini stranieri immigrati clandestini, che non possono essere espulsi verso il loro Paese perché si troverebbero a rischio di persecuzione. I cittadini dell'Unione europea possono accedere ai benefici della Legge, se non godono già di benefici più favorevoli.

Non è facile estrapolare dalla Legge gli interventi e i servizi chiaramente ascrivibili alle politiche sociali. Sicuramente vi sono interventi promozionali non prestazionali nei quali l'impegno delle politiche sociali è indispensabile ma non esclusivo, come l'informazione, l'integrazione civile e sociale, il contrasto del razzismo o della discriminazione a causa dell'origine etnica, geografica o religiosa.

Le prestazioni socio-assistenziali previste dalla Legge sono invece:

- misure per la rimozione degli ostacoli di natura economica e sociale che impediscono pari opportunità di accesso ai servizi;
- mediazione interculturale;
- mediazione culturale rivolta ai detenuti stranieri, finalizzata a garantire pari opportunità di tutela giuridica e reinserimento sociale;
- misure per individuare e rimuovere eventuali condizioni di marginalità sociale;
- progetti di cittadini stranieri per agevolare il loro rientro nei Paesi di origine;
- percorsi di assistenza e tutela rivolta a minori stranieri non accompagnati;
- progetti per il reinserimento di minori dimessi da istituti penali minorili;

¹⁴¹ Legge regionale 24 marzo 2004, n. 5, "Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati. Modifiche alle leggi regionali 21 febbraio 1990, n. 14 e 12 marzo 2003, n. 2".

- concorso alle spese per il rimpatrio delle salme di cittadini stranieri immigrati e di loro familiari che versino in stato di bisogno;
- programmi di protezione, assistenza e integrazione sociale, rivolti alle vittime di situazioni di violenza o di grave sfruttamento;
- accesso ai servizi per la prima infanzia, alle stesse condizioni degli italiani.

Il programma per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri, previsto dalla LR n. 5, è stato approvato per la prima volta nel 2008.

Nello stesso anno l'Assemblea legislativa regionale ha approvato una legge per tutelare i diritti e la dignità delle persone adulte e minori ristrette negli istituti di pena presenti sul territorio regionale, ammesse a misure alternative alla detenzione o sottoposte a procedimento penale.¹⁴²

I diritti che la Regione intende tutelare sono quelli previsti dalla legge sull'ordinamento penitenziario,¹⁴³ con particolare riferimento alle finalità di rieducazione del condannato ai sensi dell'articolo 27, comma 3, della Costituzione. Con questa legge la Regione assume la responsabilità degli interventi sanitari all'interno degli istituti penitenziari, inclusi quelli per le persone tossicodipendenti o affette da patologie psichiatriche.

Sono inoltre previsti interventi in materia di istruzione, formazione professionale e avviamento al lavoro. Sono proposte anche iniziative di aggiornamento a carattere interdisciplinare per gli operatori dell'amministrazione penitenziaria, della giustizia minorile, dei servizi territoriali pubblici e privati e delle associazioni di volontariato.

Tra le prestazioni di natura socio-assistenziale sono da richiamare:

- interventi e progetti intra ed extra-murari volti al sostegno e allo sviluppo del percorso di reinserimento sociale dei detenuti (legami dei detenuti con la famiglia d'origine, con particolare attenzione alla tutela del ruolo genitoriale e della relazione figli-genitori, legami dei detenuti con la comunità esterna, coordinamento dei progetti pedagogici adottati dai singoli istituti penitenziari e dai servizi del Centro per la giustizia minorile con il sistema integrato di interventi e servizi sociali, accesso degli ex detenuti agli alloggi di edilizia residenziale pubblica e ai contributi del Fondo per l'accesso all'abitazione in locazione);
- sportelli informativi all'interno degli istituti penitenziari (tutela dei detenuti, sostegno all'attività degli operatori penitenziari, attività di accompagnamento e di accoglienza dei detenuti prossimi alla fine della pena, sostegno agli interventi di mediazione sociosanitaria e culturale);
- interventi e progetti di mediazione penale, con particolare attenzione all'area dei minori, finalizzati alle problematiche relative alle vittime del reato e ad ampliare spazi alternativi alle misure privative della libertà personale;
- attività di sostegno alle donne detenute (iniziative atte a favorire misure alternative alla detenzione per le donne detenute con figli minori).

¹⁴² Legge regionale 19 febbraio 2008, n. 3, "Disposizioni per la tutela delle persone ristrette negli istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna".

¹⁴³ Legge 26 luglio 1975, n. 354, "Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà".

La Legge regionale n. 3/2008 istituisce l'Ufficio del Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale.

Sicuramente la Legge regionale più complessa e ambiziosa dell'ultimo decennio è quella sulle giovani generazioni.¹⁴⁴ Con la LR n. 14/2008 la Regione riconosce i bambini, gli adolescenti e i giovani come soggetti di autonomi diritti e come risorsa fondamentale ed essenziale della comunità regionale. La Regione persegue il benessere e il pieno sviluppo dei bambini, degli adolescenti, dei giovani e delle loro famiglie come condizione necessaria allo sviluppo sociale, culturale ed economico della società regionale.

La norma dichiara di ispirarsi alla Convenzione ONU riguardante i diritti del fanciullo, alla Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli e alla Convenzione relativa alla tutela dei minori e alla cooperazione in materia di adozione internazionale. In particolare viene sottolineato il diritto dei bambini e degli adolescenti a una famiglia o all'accoglienza in un ambiente di tipo familiare.

La legge persegue l'armonia tra le politiche riguardanti le varie età per assicurare a tutti risposte adeguate ai vari bisogni, in un'ottica di continuità e di coerenza. Sono quindi dettagliati interventi e servizi distinti per bambini, adolescenti e giovani, nell'ambito di differenti politiche regionali. Molti degli interventi elencati sono di tipo non prestazionale e si traducono in attività promozionali, nelle quali l'impegno delle politiche sociali è indispensabile, ma non esclusivo.

Nelle parti della legge che riguardano i giovani non sono evidenziabili prestazioni e servizi direttamente riconducibili agli interventi sociali. È comunque da rilevare l'attenzione riservata all'informazione e al Servizio informa giovani.

Per quanto riguarda gli interventi e servizi sociali a favore dei bambini e degli adolescenti, invece, la LR n. 14 disciplina tre aree:

- servizi del territorio: centri per le famiglie, servizi educativi per la prima infanzia (disciplinati da specifica legislazione regionale¹⁴⁵), servizi sociali professionali, *équipe* di secondo livello;
- interventi di prevenzione e tutela: promozione dell'agio ed educazione alla legalità e al rispetto reciproco, monitoraggio e intervento sulle situazioni di rischio, protezione e riparazione del danno, anche per evitarne la reiterazione;
- interventi a tutela del diritto dei bambini alla famiglia e all'accoglienza: sostegno alle competenze genitoriali, misure di sostegno a ogni scelta genitoriale e tutela del parto anonimo, garantendo il neonato, attività di sensibilizzazione, informazione, preparazione.

Quando il sostegno alla famiglia e l'adozione non sono efficaci, anche temporaneamente, la Regione attribuisce pari dignità all'affidamento familiare e all'inserimento all'interno di comunità che garantiscono un'accoglienza di tipo familiare. Particolarmente rilevante, puntuale e dettagliata, sia sul piano delle metodologie professionali, sia dell'organizzazione dei servizi e dei

¹⁴⁴ Legge regionale 28 luglio 2008, n. 14, "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni".

¹⁴⁵ Legge regionale 10 gennaio 2000, n. 1, "Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia" (aggiornata nel 2004, nel 2006 e nel 2012).

requisiti strutturali e funzionali delle comunità, è una Direttiva della Giunta in tema di affidamento e comunità socio-educative.¹⁴⁶

Le indicazioni che riguardano gli interventi per la tutela del diritto alla famiglia sono di tipo valoriale e metodologico. Non si individuano quindi le prestazioni essenziali e, anche in questo caso, non sono evidenziate le responsabilità di ciascuna Istituzione.

Legislazione regionale sul Terzo settore

Nel triennio 1993-1995 la Regione si è impegnata nella legislazione sulla valorizzazione e sul sostegno del Terzo settore, approvando nel 1993 una legge sul volontariato, nel 1994 una legge sulla cooperazione sociale, nel 1995 una legge sull'associazionismo. Solo la Legge sulla cooperazione è ancora in vigore,¹⁴⁷ seppure con vari aggiornamenti; la legge sull'associazionismo del 1995 è stata abrogata e modificata nel 2002,¹⁴⁸ mentre quella sul volontariato è stata aggiornata nel 2005. In tutti questi casi le Leggi regionali sono finalizzate ad attuare e a integrare leggi nazionali nella medesima materia.

La Legge regionale n. 7 del 1994 sulla cooperazione sociale ha un ampio contenuto di natura regolativa (albo regionale della cooperazione sociale, percorsi di svolgimento delle gare d'appalto, contenuto delle convenzioni con le istituzioni), ma prevede anche incentivi e misure economiche della Regione). Riveste un particolare interesse per la tutela del diritto al lavoro, che è concretizzato con incentivi all'occupazione degli addetti alla cooperazione sociale, ma soprattutto all'occupazione delle fasce deboli, attraverso le cooperative di tipo B e attività specifiche di formazione. Questa legge trova attuazione con diverse direttive della Giunta, che riguardano prevalentemente la regolazione delle gare d'appalto per l'affidamento della gestione dei servizi sociali, la concessione di contributi, la gestione dell'albo delle cooperative sociali.

Anche la Legge regionale n. 34 del 2002 sulle associazioni di promozione sociale ha un prevalente scopo regolativo (definizione di associazione di promozione sociale, caratteristiche e contenuti di atti costitutivi e statuti, registri delle associazioni di promozione sociale, registri comunali, contenuto delle convenzioni con le istituzioni), ma anche di sostegno, attraverso l'assegnazione di spazi e attrezzature e contributi economici. Nel contenuto della legge regionale può essere individuata una relazione con i diritti sociali di associazionismo, partecipazione e informazione. Questa Legge trova attuazione con deliberazioni della Giunta che regolano la gestione del Registro regionale.¹⁴⁹

¹⁴⁶ Deliberazione di Giunta regionale n. 29 dicembre 2011, n. 1904, "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari".

¹⁴⁷ Legge regionale 4 febbraio 1994, n. 7, "Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale, attuazione della legge 8 novembre 1991, n. 381" (aggiornata nel 1997, 1999, 2001, 2003).

¹⁴⁸ Legge regionale 9 dicembre 2002, n. 34, "Norme per la valorizzazione delle associazioni di promozione sociale. Abrogazione della legge regionale 7 marzo 1995, n. 10 (norme per la promozione e la valorizzazione dell'associazionismo)".

¹⁴⁹ Deliberazione della Giunta regionale 26 maggio 2003, n. 910, "Registro regionale delle associazioni di promozione sociale: modalità per l'iscrizione, la cancellazione e la revisione. Registri provinciali e

Nel 2003 è data attuazione all'art. 35 della Legge regionale n. 3/1999, "Riforma del sistema regionale e locale", che prevede l'istituzione di una Conferenza regionale del Terzo settore.¹⁵⁰

Nel 2005 è rivista una Legge del 1993 sul volontariato; la nuova Legge¹⁵¹ ha una finalità prevalentemente regolativa e disciplina i rapporti fra le istituzioni pubbliche e le organizzazioni di volontariato, l'istituzione e la tenuta del registro regionale e dei registri provinciali delle organizzazioni, l'istituzione e il funzionamento dei centri di servizio. La Legge riconosce agli aderenti alle organizzazioni di volontariato regolarmente iscritte nei registri il diritto di accedere alle strutture e ai servizi pubblici per lo svolgimento delle loro attività istituzionali; in attuazione del principio di sussidiarietà, riconosce e sostiene inoltre i progetti di utilità sociale promossi e gestiti direttamente dalle organizzazioni di volontariato.

La LR sul volontariato trova attuazione con diverse deliberazioni della Giunta, che regolano prevalentemente le convenzioni con le organizzazioni di volontariato,¹⁵² la gestione del registro regionale e i controlli sulle attività delle associazioni iscritte.¹⁵³

Nell'ambito delle politiche sociali e sanitarie regionali, la Legge regionale n. 3 del 2011 sulla prevenzione del crimine¹⁵⁴ prevede interventi a favore delle vittime di fenomeni di violenza, di

comunali delle associazioni di promozione sociale: criteri minimi di uniformità delle procedure per l'iscrizione, la cancellazione e la revisione" (modificata e integrata con DGR n. 978/2008).

¹⁵⁰ Deliberazione della Giunta regionale 3 novembre 2003, n. 2141, "Nuove modalità di composizione, organizzazione e funzionamento della conferenza regionale del terzo settore di cui all'art. 35 della L.R. 3/1999".

¹⁵¹ Legge regionale 21 febbraio 2005, n. 12, "Norme per la valorizzazione delle organizzazioni di volontariato. Abrogazione della L.R. 2 settembre 1996, n. 37 (Nuove norme regionali di attuazione della legge 11 agosto 1991, n. 266 - Legge quadro sul volontariato. Abrogazione della L.R. 31 maggio 1993, n. 26)", aggiornata nel 2006.

¹⁵² Deliberazione della Giunta regionale 3 aprile 1997, n. 432, "Approvazione dello schema di convenzione tipo per i rapporti tra le istituzioni pubbliche e le organizzazioni di volontariato ai sensi dell'art. 12 della L.R. 37/96. Revoca della deliberazione della Giunta regionale n. 189 del 31/01/95".

¹⁵³ Deliberazione della Giunta regionale 13 febbraio 2006, n. 139, "Modalità per la gestione del registro regionale delle organizzazioni di volontariato. Criteri minimi di uniformità delle procedure per la gestione dei registri provinciali delle organizzazioni di volontariato. Revoca della deliberazione n. 2436/1996", aggiornata con Deliberazione della Giunta regionale del 29 dicembre 2006, n. 1971, "Modifica dell'allegato parte integrante della deliberazione n. 139/2006, «Modalità per la gestione del registro regionale delle organizzazioni di volontariato. Criteri minimi di uniformità delle procedure per la gestione dei registri provinciali delle organizzazioni di volontariato»".

Deliberazione della Giunta regionale 13 febbraio 2006, n. 140, "Determinazione delle caratteristiche delle organizzazioni di volontariato a rilevanza regionale iscrivibili nel registro regionale di cui all'art 2, comma 1 della L.R. 12/2005".

Deliberazione della Giunta regionale 1 febbraio 2010, n. 109, "Criteri minimi di uniformità delle procedure di verifica e di controllo diretto sulle attività delle organizzazioni di volontariato iscritte nei registri di cui alla L.R. N. 12/2005."

¹⁵⁴ Legge regionale 9 maggio 2011, n. 3, "Misure per l'attuazione coordinata delle politiche regionali a favore della prevenzione del crimine organizzato e mafioso, nonché per la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile".

dipendenza, di sfruttamento e di tratta connessi al crimine organizzato e mafioso. Gli interventi sono realizzati anche mediante i programmi di protezione previsti dalla Legge regionale n. 5/2004 sugli immigrati e i programmi di assistenza contro la tratta di persone. Il compito di intervenire a favore delle vittime dei reati del crimine organizzato e mafioso è demandato alla Fondazione emiliano-romagnola per le vittime dei reati, istituita nel 2003.

Nel 2009-2010 Regione e cooperazione sociale rafforzano i rapporti di collaborazione. Se ne trova menzione in due Deliberazioni della Giunta regionale.¹⁵⁵

Legislazione regionale su specifiche materie

Nel 2003 la legislazione regionale regola il servizio civile e istituisce uno specifico servizio regionale.¹⁵⁶ La LR n. 20 tutela il diritto all'obiezione di coscienza e a esprimere i valori della pace, della nonviolenza e della solidarietà. La Legge intende inoltre utilizzare il servizio civile come strumento per i giovani (ma non solo) di crescita personale, formazione e inserimento nel mondo del lavoro. Nei confronti della comunità sociale il servizio civile è occasione di solidarietà e coesione sociale.

L'unica Legge regionale¹⁵⁷ che concerne il contrasto della povertà è stata adottata nel 2007 ed è finalizzata alla rimozione o riduzione delle condizioni di bisogno e di disagio delle persone e delle famiglie legate a necessità di natura alimentare, attraverso la raccolta e la distribuzione delle eccedenze alimentari da parte delle aziende di distribuzione e ristorazione a favore degli enti assistenziali. Questa legge si preoccupa anche di prevenire le patologie correlate a una cattiva nutrizione, attraverso la diffusione della cultura di una corretta alimentazione. Inoltre è promosso il partenariato tra le aziende del settore alimentare e gli enti assistenziali e la raccolta di informazione per la realizzazione di un sistema di accreditamento.

Nel 2006 viene siglato un Protocollo di intesa in materia di iniziative regionali contro le discriminazioni.¹⁵⁸

¹⁵⁵ Deliberazione della Giunta regionale 23 febbraio 2009, n. 172 "Approvazione schema di protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna, Istituzioni rappresentative delle Autonomie locali dell'Emilia-Romagna e le Organizzazioni regionali di cooperazione sociale".

Deliberazione della Giunta regionale 8 giugno 2010, n. 743, "Nomina della commissione consultiva sulla cooperazione sociale ai sensi del Regolamento regionale n. 2/2009".

¹⁵⁶ Legge regionale 20 ottobre 2003, n. 20, "Nuove norme per la valorizzazione del servizio civile. istituzione del servizio civile regionale. abrogazione della l.r. 28 dicembre 1999, n. 38".

¹⁵⁷ Legge regionale 6 luglio 2007, n. 12, "Promozione dell'attività di recupero e distribuzione di prodotti alimentari a fini di solidarietà sociale".

¹⁵⁸ Deliberazione della Giunta regionale 18 dicembre 2006, n. 1838, "Approvazione del protocollo d'intesa in materia di iniziative regionali contro le discriminazioni". Parti coinvolte: Regione Emilia-Romagna, rappresentanze regionali di ANCI, UPI, Lega Autonomie locali, UNCEM, CGIL, CISL, UIL, Organizzazioni datoriali, Forum del Terzo settore, Consulta regionale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri, Difensore civico della Regione Emilia-Romagna, Consigliere di parità della Regione Emilia-Romagna.

Nel 2008, attraverso una norma legislativa e il successivo Regolamento,¹⁵⁹ la Regione opera una semplificazione degli adempimenti connessi alle diverse certificazioni concernenti lo stato di handicap e di disabilità. Con le stesse norme la Regione disciplina la Commissione regionale consuntiva per la cooperazione sociale.

Nel 2009 la Regione dà impulso all'attuazione della legge sull'amministrazione di sostegno:¹⁶⁰ si impegna a promuovere la conoscenza dell'amministrazione di sostegno e ad assicurare la formazione, l'aggiornamento e il supporto tecnico-informativo degli amministratori di sostegno. A livello provinciale possono essere costituiti elenchi delle persone disponibili ad assumere l'incarico di amministratore di sostegno e possono essere create strutture di consulenza in materia legale, economica, sociale e sanitaria per gli amministratori di sostegno. La legge regionale prevede anche funzioni di coordinamento e monitoraggio.

Nel 2009, attraverso l'art. 48 della Legge finanziaria regionale per il 2010,¹⁶¹ la Regione introduce un importante dispositivo normativo sulla parità di accesso ai servizi, in attuazione del Trattato di Lisbona e delle Direttive europee di contrasto della discriminazione e di promozione delle pari opportunità.¹⁶² Con questa norma la Regione riconosce a tutti i cittadini dell'Unione europea presenti sul territorio regionale il diritto di accedere ai servizi pubblici e privati in condizioni di assoluta parità di condizioni rispetto ai cittadini italiani. Questo diritto si applica alle singole persone, alle famiglie e alle forme di convivenza. La Regione si impegna inoltre, assieme a Enti locali, parti sociali e Terzo settore, a promuovere azioni positive per il superamento di eventuali condizioni di svantaggio derivanti da pratiche discriminatorie.

Con l'art. 49 della stessa Legge finanziaria regionale¹⁶³ la Regione definisce gli indirizzi generali per il concorso al costo dei servizi sociali e socio-educativi da parte degli utenti, sulla base del principio di progressività in ragione della capacità economica degli interessati. La norma riguarda anche, in via transitoria e in attesa della definizione dei livelli essenziali di assistenza

¹⁵⁹ Regolamento regionale 23 dicembre 2008, n. 2, "Regolamento di semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute in attuazione dell'art. 6 comma 2 della legge regionale 19 febbraio 2008, n. 4 (Disciplina degli accertamenti della disabilità. ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale)".

¹⁶⁰ Legge regionale 24 luglio 2009, n. 11, "Norme per la promozione e la valorizzazione dell'amministrazione di sostegno, istituto previsto dalla legge 9 gennaio 2004, n. 6".

¹⁶¹ Legge regionale 22 dicembre 2009, n. 24, "Legge finanziaria regionale adottata a norma dell'articolo 40 della legge regionale 15 novembre 2001, n. 40 in coincidenza con l'approvazione del bilancio di previsione della regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2010 e del bilancio pluriennale 2010-2012", art. 48, "Parità di accesso ai servizi".

¹⁶² Direttiva del Consiglio dell'Unione europea 29 giugno 2000, n. 2000/43/CE, "Parità di trattamento fra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica".

Direttiva del Consiglio dell'Unione europea 27 novembre 2000, n. 2000/78/CE, che stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro.

Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 luglio 2006, n. 2006/54/CE, riguardante l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego (rifusione).

¹⁶³ Art. 49, "Concorso alla copertura del costo dei servizi sociali, socio-educativi e socio-sanitari".

sociale, i costi - non coperti dal Fondo regionale per la non autosufficienza - delle prestazioni che si riferiscono ai servizi sociosanitari a favore delle persone non autosufficienti, anziane o disabili.

3.3.3. Caratteristiche della legislazione sociale regionale

La legislazione sociale della Regione Emilia-Romagna ha sicuramente la caratteristica di essere innovativa nei contenuti e stabile nei valori cui si ispira.

Quasi tutte le leggi regionali dichiarano di ispirarsi alla Costituzione e alle Dichiarazioni o Convenzioni internazionali ed europee sui diritti umani o sui diritti di particolari categorie di cittadini. Questi orientamenti forniscono alle politiche sociali un ampio respiro, dove hanno rilievo non solo l'erogazione delle prestazioni ma anche la tutela dei diritti e il contrasto dei fenomeni sociali disgreganti - discriminazione, emarginazione, razzismo -, e vengono promosse la coesione sociale e l'inclusione.

La citata Legge regionale di riforma del *welfare* n. 2/2003, che promuove la cittadinanza sociale e la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, nonostante si richiami alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, non sviluppa questa dichiarazione di principio e si limita a inquadrare la propria azione ispirandosi alla Legge n. 328/2000, che a sua volta non si rifà a un quadro giuridico internazionale, ma a una miriade di leggi nazionali, di cui due degli anni '20. Con questo - comunque - non si intendono sminuire né la Legge n. 328, né la LR n. 2, che costituiscono ancora l'unico esempio di riforma globale delle politiche sociali, l'una a livello nazionale, l'altra a livello regionale, e un riferimento per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Nonostante la Legge regionale n. 2/2003 contenga un articolo sugli interventi per la promozione sociale e uno sulle politiche familiari, è innegabile che la norma sia centrata prevalentemente sull'erogazione delle prestazioni e sull'organizzazione delle funzioni istituzionali. Si è di conseguenza indirizzata la rete dei servizi sulle funzioni di accesso, presa in carico ed erogazione delle prestazioni, mettendo in secondo piano le funzioni di promozione sociale, di tutela e di sviluppo della comunità.

Un'ulteriore caratteristica costante della legislazione sociale della Regione Emilia-Romagna è il tentativo, non sempre riuscito, di integrare le politiche sociali con le altre politiche istituzionali. Alcune volte l'esito è debordante, come nel caso della Legge regionale n. 14/2008 sulle giovani generazioni, che è una summa di tutti gli interventi già esistenti e di quelli desiderabili. Le leggi regionali corrono spesso il rischio di non mettere bene a fuoco l'identità delle politiche sociali (tutto è sociale), con la conseguenza che - invece di assicurare il coordinamento delle diverse politiche - sembrano delegare alle politiche sociali anche interventi di tutela dei diritti civili, di integrazione culturale, di promozione della sicurezza, come nel caso della Legge regionale n. 5/2004 sugli immigrati. Gli organismi di partecipazione o di coordinamento tecnico tra i diversi ambiti di intervento previsti dalla legislazione spesso non sono poi attivati o non raggiungono l'efficacia sperata, vanificando le dichiarazioni sull'integrazione delle politiche.

Un'altra caratteristica del *corpus* normativo regionale è la coesistenza di norme di ricomposizione delle politiche sociali, materia di per sé complessa (come la LR n. 2 o il Piano sociale e sanitario regionale) e norme che isolano pacchetti definiti di interventi per tutelare i

diritti di un particolare *target* di popolazione. Queste leggi regionali settoriali istituiscono organismi di *governance*, partecipazione, coordinamento, osservatori, albi, atti di programmazione specifici, ma settorializzano e specializzano di nuovo aree di intervento che erano state ricondotte a un quadro coerente e semplificato da norme e piani di carattere generale. Queste leggi settoriali affrontano distintamente le tematiche relative alle persone fisiche e quelle relative alle persone giuridiche (il Terzo settore); ricorrono ad esempio normative su cooperazione sociale, volontariato, associazionismo, con la completa rimozione (salvo che nella LR n. 2) di altri soggetti particolarmente attivi nella comunità regionale, come fondazioni, patronati, associazioni dei consumatori. Sarebbe probabilmente più efficace affrontare globalmente il tema di come persone, famiglie e organizzazioni *no profit* possano contribuire allo sviluppo del benessere, collaborando con le istituzioni o in piena autonomia ma rapportandosi a valori, diritti e priorità concertati e condivisi.

Nonostante questi aspetti da migliorare, nella legislazione regionale emiliano-romagnola si può tuttavia riscontrare l'introduzione di nuovi diritti (ad esempio, il diritto al transito e alla sosta per i nomadi) o di prestazioni essenziali (come l'assegno di cura).

3.3.4. Prestazioni nella legislazione regionale

Gli interventi contemplati nella legislazione regionale sono sia di tipo non prestazionale (tutela dei diritti, promozione sociale, promozione della coesione sociale, contrasto delle discriminazioni e del razzismo, ecc.), sia, più frequentemente, di tipo prestazionale (spesso configurati come mix di prestazioni o come servizi).

Nelle leggi regionali dell'Emilia-Romagna le prestazioni sono sempre descritte come "menu di offerta", senza l'indicazione di livelli minimi da garantire omogeneamente nei diversi ambiti distrettuali. Nonostante l'essenzialità di queste disposizioni, pare siano state comunque efficaci, anche senza specifici incentivi finanziari, grazie alla forte coesione istituzionale tra Regione ed Enti locali. Infatti, in una recente ricerca regionale sui servizi sociali dei Comuni (Bragagnolo *et al.*, 2013), è emersa l'esistenza di un consistente pacchetto di prestazioni che è assicurato in oltre l'80% degli ambiti distrettuali.

Box 2. Prestazioni erogate da oltre l'80% dei servizi sociali dei Comuni

Area di attività	Intervento o servizio	% Distretti
Anziani	Assegno di cura	99,7
Minori, famiglia	Attività collegata a provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile	99,7
Minori, famiglia	Servizio per l'affidamento di minori	99,3
Anziani	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	98,7
Anziani	A.D.I.	98,7
Disabili	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	98,1
Disabili	Supporto all'inserimento lavorativo	98,0
Anziani	Sgravi tariffari (energia elettrica, gas, ...)	97,7
Minori, famiglia	Servizio per l'adozione nazionale e internazionale di minori	97,7
Adulti	Supporto all'inserimento lavorativo	97,1
Disabili	Promozione del trasporto sociale, pubblico e altre forme di mobilità	97,0
Anziani	Contributi economici continuativi	96,8
Minori, famiglia	Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare	96,0
Anziani	Promozione del trasporto sociale, pubblico e altre forme di mobilità	95,2
Disabili	Sostegno socio-educativo scolastico	94,5
Disabili	A.D.I.	93,4
Minori, famiglia	Attività di sostegno alla genitorialità	93,4
Minori, famiglia	Contributi per la fruizione di asili nido	91,9
Adulti	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	90,3
Anziani	Telesoccorso	87,1
Adulti	Erogazione di contributi economici, buoni pasto e buoni spesa	89,1
Disabili	Attività ricreative e di socializzazione	87,8
Disabili	Interventi per l'integrazione sociale	87,7
Minori, famiglia	Servizio di mediazione familiare	85,7
Disagio adulti	Contributi economici per il sostegno alla domiciliarità e all'autonomia	84,7
Minori, famiglia	Contributi per l'affidamento familiare di minori	84,2
Anziani	Attività di supporto per il reperimento di alloggi	83,0
Disagio adulti	Attività di supporto per il reperimento di alloggi	82,7
Minori, famiglia	Erogazioni di buoni pasti e di buoni spesa	81,2
Anziani	Sostegno Università per anziani, attività motorie, soggiorni, vacanze	80,5
Anziani	Interventi di sostegno per assistenti famigliari	80,1

Fonte: rilevazione effettuata nella primavera 2011 dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale.

I destinatari di queste prestazioni sono indicati nelle leggi regionali come *macro-target* di popolazione, talvolta specificati per il bisogno espresso, mai per la condizione economica. La regolazione di questo universalismo di accesso è lasciata ai Comuni (che dovrebbero, però, coordinarsi nell'ambito distrettuale). Questa impostazione, tesa a promuovere una maggiore

aderenza delle politiche sociali alle condizioni socio-economiche locali, è tuttavia un grave limite all'equità complessiva del sistema e all'uguaglianza dei diritti garantiti ai cittadini dei diversi ambiti territoriali della regione.

Gli standard qualitativi delle prestazioni e dei servizi sono di solito rinviati a provvedimenti attuativi della Giunta. Questo è avvenuto prevalentemente attraverso le normative sull'autorizzazione al funzionamento e sull'accreditamento, raramente con riferimento a specifiche prestazioni (assegni di cura, contributi ai disabili per l'autonomia personale).

Sono particolarmente normati i servizi per le persone non autosufficienti, anziane e disabili e quelli per i minori. Sono invece molto limitate le normative che riguardano i bisogni delle persone adulte o delle famiglie senza figli minorenni. Ad esempio, sono del tutto assenti o molto circoscritti i provvedimenti di contrasto della povertà, di garanzia del reddito minimo, di accoglienza per le persone senza dimora, di *housing* sociale, di promozione del lavoro socialmente utile, ecc.

La Legge regionale n. 2/2003 di riforma del *welfare* aveva coraggiosamente introdotto propri livelli essenziali delle prestazioni sociali, ma nello stesso tempo rinviava al Piano sociale regionale la definizione delle caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi, che costituiscono i LEPS da garantire. Il primo e, finora, unico Piano sociale e sanitario regionale del 2008 non ha ritenuto di affrontare questa materia e pertanto per ora si possono dedurre i parametri quali/quantitativi degli interventi da assicurare ai cittadini della regione soltanto attraverso una ricognizione di quanto indicato nelle singole Leggi regionali o nelle direttive della Giunta, che però forniscono indicazioni limitate e parziali.

Un aspetto che esula dalla presente ricerca è la valutazione della sostenibilità finanziaria dell'attuazione delle norme della legislazione regionale. Pare di poter ravvisare un riscontro positivo, anche se con un po' in affanno, per gli interventi a favore delle persone non autosufficienti, che sono sostenute dal FRNA; altrettanto si può dire per l'attuazione delle norme sul Terzo settore, che godono di stanziamenti regionali specifici, anche se contenuti. Non è invece possibile fare una valutazione sulla sostenibilità finanziaria degli interventi previsti a favore delle persone in generale, perché le leggi regionali fanno riferimento genericamente agli stanziamenti del bilancio regionale.

Negli ultimi anni, tuttavia, i trasferimenti della Regione agli Enti locali non avvengono più con il criterio della finalizzazione a uno specifico ambito di intervento, ma in forma indistinta, per finanziare la programmazione sociale di zona. Non è quindi più possibile confrontare gli interventi previsti nella legislazione regionale e i relativi finanziamenti. Il principio è senz'altro apprezzabile, perché lascia ampio spazio agli amministratori locali nella scelta delle priorità e nell'adattamento degli interventi alla realtà locale; ma sembra esserci un notevole scarto tra gli impegni assunti con la legislazione regionale e il loro finanziamento.

Nel corso degli anni si nota anche uno spostamento del finanziamento dall'ambito sanitario all'ambito sociale. Anche l'unico intervento normativo del 1996 teso a specificare le rispettive responsabilità dei Comuni e del Fondo sanitario regionale nel finanziamento dei servizi socio-assistenziali e dei servizi sociosanitari, è ormai di fatto disapplicato.

3.4. Prestazioni assistenziali erogate dall'INPS

3.4.1. Premessa

In questo Paragrafo si intende sottolineare l'esigenza che la programmazione sociale regionale e locale tenga nel dovuto conto l'esistenza di un rilevante intervento assistenziale dell'INPS.

Nel corso dei decenni il legislatore ha infatti costruito un castello di erogazioni monetarie a fini assistenziali e ha scelto di utilizzare come gestore un ente nazionale - INPS, Istituto nazionale della previdenza sociale - la cui principale finalità sarebbe la previdenza più che l'assistenza.

Le prestazioni assistenziali hanno una finalità solidaristica e redistributiva e sono finanziate attraverso le entrate tributarie dello Stato anziché da prevalenti versamenti contributivi degli interessati, come invece avviene per le prestazioni previdenziali. Attraverso questo canale passa oltre l'80% della spesa nazionale destinata a fini assistenziali.

Il fatto che l'art. 117 della Costituzione assegni alle Regioni la competenza legislativa esclusiva in materia sociale (esclusa la determinazione dei LEPS) e l'art. 118 attribuisca ai Comuni le funzioni amministrative non ha scalfito la determinazione del legislatore che, anche nell'ultimo decennio, ha continuato a introdurre nuove prestazioni monetarie prevalentemente erogate attraverso l'INPS.

2001 Indennizzi a cittadini e imprese operanti in territori già soggetti alla sovranità italiana della ex Jugoslavia

2001 Disposizioni urgenti in materia pensionistica e di ammortizzatori sociali

2001 Soggetti colpiti dal sisma del 13 e del 16 dicembre 1990 in talune province della Regione siciliana

2002 Provvidenze in favore dei grandi invalidi

2003 Sportivi italiani che versino in condizioni di grave disagio economico

2003 Perseguitati politici antifascisti o razziali e dei loro familiari superstiti

2003 Nuclei familiari con almeno tre figli minori e per la maternità

2003 Trattamenti pensionistici di guerra

2003 Indennità di maternità per le libere professioni

2003 Vittime militari e civili di attentati terroristici all'estero

2004 Decorati al valor militare agli ex militari già dipendenti dalla cessata Amministrazione italiana dell'Eritrea

2004 Vittime del terrorismo e delle stragi

2010 Persone sordo-cieche

2010 Familiari delle vittime e superstiti del disastro ferroviario di Viareggio

Le critiche più ricorrenti nel merito del sistema di prestazioni erogate attraverso l'INPS sono piuttosto note e riguardano:

- il fatto di privilegiare i trasferimenti monetari rispetto ai servizi;
- la scelta di privilegiare i disabili sensoriali ai disabili fisici e ancora di più a quelli psichici;
- il fatto di privilegiare i lavoratori occupati che rischiano il posto di lavoro, rispetto ai giovani disoccupati in cerca di una occupazione stabile;

- il fatto che non sempre i beneficiari sono in condizioni economiche disagiate;
- l'assenza di una provvidenza economica di carattere generale per l'integrazione del reddito.

Nei fatti, però, le prestazioni assistenziali erogate dall'INPS costituiscono un potente ammortizzatore sociale: non si potrebbe attraversare l'attuale crisi economica senza le erogazioni della cassa integrazione, le famiglie, in particolare nel sud, non potrebbero sopportare le diffuse condizioni di povertà se non vi fossero le pensioni e gli assegni di accompagnamento per gli invalidi civili. Un'area di benefici particolarmente efficaci è quella delle prestazioni legate alla maternità e alla paternità, che costruiscono un riconoscimento concreto dei diritti di genitorialità, anche se non sembrano centrare pienamente gli obiettivi di equità e di redistribuzione del reddito.

Il sistema attuale, purtroppo, favorisce un uso distorto delle provvidenze economiche (non sempre ne beneficia il titolare) e una dipendenza economica dei giovani dalle generazioni adulte e anziane.

3.4.2. Prestazioni economiche per invalidi civili, ciechi, sordomuti

Le prestazioni economiche dell'INPS a favore degli invalidi civili possono a pieno titolo essere classificate come esigibili, dato che il cittadino ne ha diritto, se le richiede e se si trova in determinate condizioni personali e di reddito. La loro finalità è sia l'integrazione del reddito, sia il concorso alle spese di assistenza.

Hanno diritto alle provvidenze per invalidità civile i soggetti in possesso di cittadinanza italiana o di un Paese comunitario con residenza in Italia, o di un paese extracomunitario, titolari di carta di soggiorno valida.

Si considerano mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Sono esclusi gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi e i sordomuti, che godono di specifiche provvidenze.

La condizione di invalidità civile e la percentuale di invalidità è accertata da una Commissione medico legale dell'Azienda USL, integrata da un medico dell'INPS.

Le stesse norme si applicano ai ciechi e ai sordomuti. Per ciechi si intendono le persone affette da cecità congenita o contratta in seguito a cause che non siano di guerra, infortunio sul lavoro o di servizio. In considerazione delle specifiche esigenze derivanti dalla minorazione, i ciechi hanno diritto a una pensione non reversibile qualora versino in stato di bisogno. Si distinguono i ciechi assoluti, che hanno riportato la totale mancanza della vista in entrambi gli occhi e i ciechi parziali quando presentano un residuo di vista non superiore a un ventesimo in entrambi gli occhi, anche con eventuale correzione (ciechi ventesimisti). Per sordomuti si intendono le persone con minorazione sensoriale dell'udito, affette da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che abbia loro impedito il normale apprendimento del linguaggio parlato. Sono escluse le persone la cui sordità sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di

guerra, di lavoro, di servizio. Il diritto a prestazioni economiche scatta in presenza di ipoacusia pari o superiore a 75 decibel HTL di media tra le frequenze 500, 1000, 2000 Hz nell'orecchio migliore.

Per accedere all'erogazione delle singole prestazioni economiche dell'INPS, gli invalidi civili devono avere un'età, una percentuale minima di invalidità non inferiore al 74% (per i minorenni vi sono indicazioni specifiche) e, in certi casi, un reddito non superiore a una certa soglia. Si ricorda che con un'invalidità superiore al 33% si ha diritto alle prestazioni protesiche e ortopediche gratuite e con un'invalidità superiore al 46% si ha diritto all'iscrizione nelle liste per l'assunzione obbligatoria al lavoro.

Nel 2011 le prestazioni per gli invalidi civili hanno comportato una spesa di 16,7 miliardi di Euro, dei quali 12,9 miliardi per gli assegni di accompagnamento e le indennità e solo 3,8 miliardi per le pensioni di invalidità. Complessivamente ne hanno beneficiato 2,7 milioni di invalidi, con una spesa *pro capite* di 404 Euro mensili.

Balza all'occhio la sproporzione con l'intervento dei Comuni. I dati ISTAT 2009 presentano una spesa dei Comuni per i disabili di 1,5 milioni di Euro, con un numero di utenti che si rivolgono ai servizi sociali di poco superiore a 300.000 persone.

Pensioni per invalidi civili, ciechi, sordomuti

Le pensioni per gli invalidi civili, erogate dall'INPS sono di varie tipologie.

ASSEGNO MENSILE DI ASSISTENZA

Ne hanno diritto le persone da 18 a 65 anni con una percentuale di invalidità tra il 74 e il 99% e con reddito non superiore a una certa soglia, non collocabili nel mondo del lavoro. L'importo base è di 265,57 Euro mensili per 13 mensilità. La prestazione è incompatibile con prestazioni economiche concesse per cause di guerra, servizio, lavoro.

PENSIONE DI INABILITÀ

Ne hanno diritto le persone da 18 a 65 anni con una invalidità permanente del 100% e con reddito non superiore a una certa soglia. L'importo base è di 265,57 Euro mensili per 13 mensilità; il beneficio viene integrato al compimento del sessantesimo anno di età. Al compimento del 65° anno la pensione di inabilità si trasforma in assegno sociale. È compatibile con l'assegno di accompagnamento, ma incompatibile con prestazioni economiche concesse per cause di guerra, servizio, lavoro.

PENSIONE DI INABILITÀ PER CIECHI ASSOLUTI

Ne hanno diritto le persone con più di 18 anni, ciechi assoluti e con reddito non superiore a una certa soglia. L'importo base mensile è di 289,36 Euro per 13 mensilità e viene ridotto in caso di ricovero in Istituto a spese dello Stato o di altro ente di assistenza. Il beneficio è compatibile con qualsiasi altro trattamento pensionistico diretto concesso a titolo di invalidità; è incompatibile con la pensione sociale o l'assegno sociale.

PENSIONE PER CIECHI PARZIALI VENTESIMISTI

Ne hanno diritto persone senza limiti di età, ciechi parziali e con reddito di sotto a una certa soglia. L'importo base mensile è di 267,57 Euro per 13 mensilità. Il beneficio è compatibile con qualsiasi altro trattamento pensionistico diretto concesso a titolo di invalidità; è incompatibile con la pensione sociale o l'assegno sociale.

PENSIONE PER SORDI

Ne hanno diritto le persone da 18 a 65 anni affette da sordomutismo e con reddito al sotto di una certa soglia. L'importo mensile base è di 245,63 Euro per 13 mensilità, che viene adeguato all'assegno sociale al compimento del 65 anno di età. È compatibile con il ricovero in Istituto e con qualsiasi altro trattamento pensionistico diretto concesso a titolo di invalidità (INPS, causa di guerra, di servizio e di lavoro).

La prima considerazione da fare è che l'importo di queste pensioni non è certamente tale da rendere le persone con invalidità indipendenti dal punto di vista economico.

Finora, i criteri per il calcolo dell'ISEE escludono queste pensioni dalla dichiarazione, e quindi non possono influire nella contribuzione dell'utente al costo dei servizi, neppure per quanto riguarda l'assistenza residenziale a persone totalmente non autosufficienti. In quest'ultimo caso i veri beneficiari della pensione sono i familiari della persona con disabilità.

Assegni di accompagnamento e indennità per invalidi civili, ciechi, sordi

In questa categoria di prestazioni assistenziali si concentrano gli interventi dell'INPS più onerosi e più diffusi, anche perché non sono condizionati da alcun limite di reddito.

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

Ne hanno diritto le persone senza alcun limite di età e di reddito con invalidità permanente del 100%, impossibilità di deambulare o di compiere gli atti quotidiani della vita. L'importo è di 492,97 Euro mensili per 12 mensilità. L'indennità è incompatibile con ricovero in istituto a spese dello Stato o di Ente assistenziale e con prestazioni economiche concesse per cause di guerra, servizio, lavoro.

INDENNITÀ MENSILE DI FREQUENZA

Ne hanno diritto i minori di 18 anni con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età e i minori con perdita uditiva superiore a 60 decibel nell'orecchio migliore e con reddito non superiore a una certa soglia. I beneficiari devono frequentare scuole, centri formativi o centri riabilitativi. L'importo base è di 267,57 Euro mensili per 12 mensilità. L'indennità è sospesa in occasione di ricovero continuativo e permanente, ed è incompatibile con l'indennità di accompagnamento erogata a minori invalidi civili o ciechi, con l'indennità speciale ai ciechi parziali e con l'indennità di comunicazione.

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO PER CIECHI ASSOLUTI

Ne hanno diritto i ciechi assoluti senza alcun limite di età e di reddito. L'importo base è di 783,60 Euro per 12 mensilità, che vengono ridotti in presenza di accompagnatore o ricovero in Istituto a spese dello Stato o di altro Ente assistenziale. Il beneficio è cumulabile con l'indennità di accompagnamento quale invalido civile totale o sordomuto, a condizione che dette provvidenze siano state riconosciute per minorazioni diverse; è cumulabile anche con le pensioni e le indennità di accompagnamento per i ciechi totali. È invece incompatibile con analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per cause di guerra, di lavoro o di servizio.

INDENNITÀ SPECIALE PER CIECHI PARZIALI VENTESIMISTI

Ne hanno diritto i ciechi parziali senza alcun limite di età e di reddito. L'importo base mensile è di 185,25 Euro per 12 mensilità. Il beneficio è compatibile con la pensione di cecità, ma incompatibile con indennità di frequenza e con prestazioni concesse per invalidità contratte per cause di guerra, di lavoro o di servizio.

INDENNITÀ DI COMUNICAZIONE PER SORDI

Ne hanno diritto le persone affette da sordomutismo, senza alcun vincolo di età e di reddito. L'importo mensile base è di 460,97 Euro, per 12 mensilità. Il beneficio è compatibile con il ricovero in Istituto, ma è incompatibile con l'indennità di frequenza.

INDENNITÀ PER LAVORATORI AFFETTI DA TALASSEMIA E ANEMIA FALCIFORME

Ne hanno diritto i lavoratori affetti da talassemia o da anemia falciforme, con oltre 35 anni di età e con anzianità contributiva superiore a 10 anni e senza alcun limite di reddito. L'importo base è di 460,97 Euro per 12 mensilità.

Secondo l'interpretazione corrente, sostenuta dalle associazioni delle persone con disabilità ma anche dalla giurisprudenza, questi assegni e indennità avrebbero una natura risarcitoria. Per questo motivo, tali erogazioni non sono considerate per il calcolo. Si crea quindi un'evidente iniquità, non tanto nei percorsi di accesso ai servizi sociosanitari (dove è prevalente la valutazione della condizione di non autosufficienza), quanto nella determinazione del concorso alla spesa (retta), dove la persona che beneficia dell'assegno e dell'indennità e chi non ne beneficia vengono valutate allo stesso modo. Inoltre, l'erogazione di queste prestazioni a prescindere dalla condizione reddituale produce una spesa enorme ma con importi insufficienti a consentire l'accesso a servizi domiciliari e residenziali in caso di grave non autosufficienza. E l'erogazione monetaria (senza regole di finalizzazione o di rendicontazione) non garantisce che i benefici vadano veramente alla persona con disabilità e, nel caso di accoglienza presso una struttura residenziale di persona totalmente non autosufficiente, questo è una certezza.

Le politiche sociali devono affrontare la programmazione degli interventi a favore delle persone con disabilità, cercando prima di tutto di finalizzare le azioni con maggiore chiarezza, evitando di utilizzare come sinonimi i termini handicappato, disabile, invalido, non autosufficiente. In secondo luogo è necessario che le politiche regionali e locali introducano norme per garantire maggiore equità, indipendentemente da come è calcolato l'ISEE. La condizione di beneficiario di

erogazione monetaria dell'INPS deve essere valutata per l'accesso alle prestazioni di contenuto economico dei Comuni (assegno di cura, contributi per l'acquisto di servizi, per la casa, per l'integrazione del reddito, per la mobilità, ecc.); tale valutazione deve chiaramente essere equilibrata, per ricreare parità di condizioni tra beneficiari di prestazioni INPS e non beneficiari.

Per quanto riguarda la definizione delle rette per servizi sociosanitari, domiciliari, diurni e residenziali, senza una riforma dell'ISEE è difficile proporre una soluzione giuridicamente sostenibile. Unica soluzione ipotizzabile è definire questi servizi nelle loro componenti essenziali (LEA sociosanitari), considerando accessorie prestazioni quali il vitto e i trasporti (come nei servizi scolastici). Per tali prestazioni la modulazione delle rette potrebbe tenere conto anche della valutazione dei benefici dell'INPS.

3.4.3. Integrazione del reddito per le persone anziane

L'INPS eroga prestazioni economiche assistenziali a favore di persone anziane prive di reddito o con reddito insufficiente. I requisiti sono verificati annualmente. Come per le prestazioni a favore degli invalidi civili, queste erogazioni monetarie sono riconosciute ai cittadini italiani o comunitari, residenti stabilmente in Italia o ai cittadini di un paese extracomunitario, titolari di carta di soggiorno ma solo se soggiornanti stabilmente in Italia da almeno 10 anni.

La pensione sociale è una prestazione a esaurimento che continua a essere liquidata a chi ne ha maturato il diritto prima dell'1/1/1996; da quella data, l'assegno sociale ha sostituito la pensione sociale. Pensione e assegno sociale non sono soggetti a tassazione IRPEF e non sono reversibili.

Al compimento del 65° anno di età del titolare, sono convertiti in assegno sociale la pensione di invalidità e l'assegno mensile di assistenza erogati agli invalidi civili, nonché la pensione erogata alle persone sordomute.

In particolari e ulteriori condizioni di età e di reddito, i titolari di assegno o pensione sociale hanno diritto a una maggiorazione dell'erogazione assistenziale.

Inoltre, i titolari di una pensione inferiore ad un importo stabilito annualmente, che non sia stata liquidata con il metodo contributivo e i loro superstiti, in determinate condizioni reddituali hanno diritto a una integrazione, fino alla concorrenza dell'importo minimo.

Nel 2011 la spesa per assegni e pensioni sociali ha superato i 4 miliardi di Euro. A beneficiarne sono stati 827.800 anziani, con un trasferimento mensile medio di 381 Euro.

Le prestazioni monetarie a fini sociali per gli anziani, erogate dall'INPS sono di varie tipologie.

PENSIONE SOCIALE

Prestazione in via esaurimento, erogata solo a chi ne beneficiava prima del gennaio 1996. Ne hanno diritto gli anziani con più di 65 anni, privi di reddito o con reddito al di sotto di una certa soglia; è valutato anche il reddito del coniuge. L'importo è di 353,54 Euro mensili, per 13 mensilità. In particolari condizioni di età e di reddito l'importo è maggiorato, per un importo massimo di 263,43 Euro.

ASSEGNO SOCIALE

È erogato dall'1 gennaio 1996. Ne hanno diritto gli anziani con più di 65 anni, privi di reddito o con reddito al di sotto di una certa soglia; è valutato anche il reddito del coniuge. L'importo base mensile è di 429 Euro per 13 mensilità, che viene ridotto del 50% in caso di ricovero. In particolari condizioni di età e di reddito l'importo è maggiorato, per un importo massimo di 187,97 Euro.

INTEGRAZIONE AL MINIMO

Ne hanno diritto le persone titolari di pensione inferiore a 480,53 Euro mensili; è valutato anche il reddito personale e del coniuge; ne ha diritto anche il superstite che beneficia della pensione del coniuge deceduto. Il beneficio è incompatibile con una pensione liquidata con il metodo contributivo. L'importo dell'integrazione copre la differenza tra l'importo della pensione e l'importo minimo stabilito e viene liquidata in 13 mensilità. L'integrazione è maggiorata in presenza di particolari condizioni di reddito e di età.

Anche nel caso dell'integrazione al reddito per le persone anziane l'importo della pensione consente il cosiddetto minimo vitale, ma non lascia margini a imprevisti. Infatti, la richiesta di trasferimenti monetari nei confronti dei Comuni, sia in Italia che in Emilia-Romagna, non sembra particolarmente pressante, ma piuttosto orientata a risolvere le emergenze: contributi per l'affitto (in occasione di morosità o rischio di sfratto), contributi straordinari (per riscaldamento e bollette), contributi per spese mediche o per l'acquisto di servizi (la colf in concomitanza con l'evidenziarsi di parziale non autosufficienza).

Nel caso di anziani indigenti, si può presumere che una domanda così contenuta sia imputabile anche alla comune ritrosia delle persone anziane a chiedere aiuto, all'appoggio dei figli, all'avere la casa di proprietà.

Coordinare le politiche sociali regionali e locali con le erogazioni monetarie dell'INPS significa probabilmente non considerare residuale ma caratterizzante il ruolo del Comune come ente amico che aiuta a uscire dalle difficoltà straordinarie, promuovendo un rapporto di vicinanza (anche attraverso le risorse sociali) che favorisca una richiesta di aiuto anticipata, prima che il problema si manifesti in tutta la sua gravità.

Per i Comuni significa anche contenere le spese delle persone anziane indigenti, con politiche tariffarie agevolate per i servizi di interesse generale o con aiuti materiali (banco alimentare, banco farmaceutico) e per servizi (piccole manutenzioni del volontariato, spesa a casa, portierato sociale, ecc.) che hanno anche un enorme valore relazionale.

3.4.4. Sostegno al lavoro di cura

Le prestazioni assistenziali a sostegno del lavoro di cura sostengono l'attività assistenziale dei lavoratori occupati, a favore di figli minorenni e di familiari disabili. Il limite più contestato di questo complesso di prestazioni è il mancato riconoscimento del lavoro di cura garantito da persone non occupate, che magari hanno rinunciato a un'occupazione retribuita proprio per dedicarsi al lavoro di cura.

La legislazione prevede congedi obbligatori dal lavoro (ad esempio in caso di maternità), congedi facoltativi (ad esempio per la cura di congiunti disabili o per brevi congedi dei genitori nei primi anni di vita del figlio), trasferimenti monetari per compensare le decurtazioni stipendiali e non gravare il datore di lavoro dei costi per la mancata prestazione lavorativa.

L'efficacia di queste prestazioni andrebbe valutata assieme alle detrazioni fiscali, che comportano un onere significativo per lo Stato, ma che ovviamente riguardano solo le persone tenute a presentare una dichiarazione dei redditi, quindi non gli indigenti. Le prestazioni monetarie di sostegno al lavoro di cura, erogate dall'INPS sono di vario tipo.

INDENNITÀ DI MATERNITÀ (O DI PATERNITÀ)

Ne hanno diritto le lavoratrici dipendenti e disoccupate e le lavoratrici di particolari categorie, come colf, lavoratrici agricole, lavoratrici parasubordinate, o il padre se la madre non ne usufruisce. L'indennità spetta inoltre al padre in caso di morte o malattia della madre, o nel caso di abbandono del minore da parte della madre. Non solo previsti limiti di età e di reddito. L'indennità è erogata per il periodo di astensione obbligatoria per gravidanza e parto, adozione, affidamento. L'importo dell'indennità è pari all'80% della retribuzione ed è liquidata, per le lavoratrici dipendenti, dal datore di lavoro, che viene rimborsato dall'INPS. Nel 2011 il costo per queste indennità è stato di 2,8 miliardi di Euro. Complessivamente ne hanno beneficiato oltre 400.000 madri (pochissimi i padri) per il periodo di astensione obbligatoria, per i 9/10 dipendenti. Inoltre quasi 300.000 genitori hanno fruito di congedi per i figli nei primi anni di vita.

ASSEGNI FAMILIARI E ASSEGNI AL NUCLEO FAMILIARE

Hanno diritto agli assegni familiari coltivatori e pensionati delle categorie autonome con reddito inferiore a una certa soglia. È erogato un assegno per ogni familiare a carico. L'importo base mensile è di 8,18 Euro per i lavoratori, 10,21 Euro per i pensionati, erogati per 12 mensilità.

Hanno diritto agli assegni al nucleo familiare i lavoratori dipendenti e pensionati, con reddito inferiore a una certa soglia. I limiti di reddito sono aumentati per nuclei monogenitoriali e per i nuclei con disabili. Gli importi sono differenziati in base alla categoria produttiva del beneficiario e alla composizione del nucleo familiare. Nel 2011 la spesa dell'INPS per questi assegni è stata di 5,4 miliardi di Euro, ne beneficiano oltre 2,6 milioni di famiglie.

ASSEGNO AL NUCLEO FAMILIARE CONCESSO DAI COMUNI

Ne hanno diritto i nuclei familiari con almeno tre figli minorenni, con reddito inferiore a una certa soglia. L'ammissione al beneficio è disposta dal Comune. L'importo base dell'assegno è di 135,43 Euro per 13 mensilità.

Le prestazioni monetarie e le agevolazioni ai lavoratori per sostenere il lavoro di cura sono senz'altro un complesso molto rilevante dell'assistenza pubblica. Si nota la tendenza a orientare gli interventi sui lavoratori (anche se disoccupati o pensionati), mentre restano escluse le casalinghe, e in generale le persone che non hanno una occupazione.

In questo ambito assistenziale sembra mancare una coerenza complessiva, un criterio unificante, e sembra invece esserci una sovrapposizione tra interventi generalisti e interventi correlati alla situazione economica.

Le politiche sociali dei Comuni attribuiscono una rilevante centralità alla tutela della maternità, dell'infanzia e della famiglia, ma spesso non valutano la rilevanza delle prestazioni dell'INPS per programmare interventi assistenziali più equi e orientati a riequilibrare le opportunità a favore delle persone più svantaggiate.

3.4.5. Altre prestazioni assistenziali dell'INPS

INDENNITÀ DI MALATTIA

Ne hanno diritto operai, apprendisti disoccupati, di svariate categorie private. La durata è di norma fino a 180 giorni. Spetta anche in caso di degenza ospedaliera. L'importo dell'indennità copre una percentuale della retribuzione, diversificata per categoria, crescente in base alla durata. Nel 2011 il costo di questa prestazione è stato di 2 miliardi di Euro e ne hanno beneficiato 972.000 lavoratori.

CARTA ELETTRONICA PER ACQUISTI

È rilasciata a persone prive di reddito o con estrema limitazione del reddito, al di sotto dei tre anni di età o al di sopra dei 65 anni. Può essere utilizzata solo per alimenti, bolletta della luce e del gas. L'importo base è di 80 Euro ogni due mesi, integrati di 25 Euro *una tantum* (per pannolini e latte artificiale) e di 10 Euro per il gas. Nel 2011 il costo di queste prestazioni è stato di 207 milioni di Euro e ne hanno beneficiato 530.000 persone.

3.4.6. Prestazioni economiche a sostegno dei lavoratori in difficoltà

Di solito, i benefici a favore dei lavoratori in difficoltà non sono computati tra le prestazioni prettamente assistenziali, anche se sono finanziate prevalentemente attraverso la fiscalità generale. Considerano le esigenze dei lavoratori che hanno perso il lavoro o rischiano di perderlo, mentre trascurano le difficoltà dei giovani ad inserirsi nel mondo del lavoro, creando in tal modo un'iniquità generazionale. Queste prestazioni sono considerate ammortizzatori sociali perché riducono i conflitti tra lavoratori e datori di lavoro nei periodi di crisi aziendale, mantengono per un certo periodo il reddito dei lavoratori e consentono di conservare i posti di lavoro (e le imprese).

Da molti anni si sta discutendo su come trasformare questi benefici in una prestazione economica a favore dei disoccupati, ma interessi sindacali e imprenditoriali hanno finora impedito la riforma.

INDENNITÀ DI DISOCCUPAZIONE

Hanno diritto alla disoccupazione ordinaria i lavoratori dipendenti da settori non agricoli, licenziati o sospesi per motivi non dipendenti dalla propria volontà. Il beneficio è variabile in base alla categoria, al compimento del 50° anno di età e alla durata del beneficio. L'indennità copre dal 40 all'80% della retribuzione a seconda della categoria e decresce durante il corso del beneficio. Nel 2011 i beneficiari sono stati oltre 1.234.000 persone.

Hanno diritto a un'indennità di disoccupazione anche i coltivatori agricoli. Il beneficio è rapportato al numero di giornate non lavorate ed è pari al 40% della retribuzione di riferimento per i lavoratori a tempo determinato e al 30% per i dipendenti a tempo indeterminato. Nel 2011 ne hanno beneficiato 526.000 persone.

Hanno diritto della disoccupazione con requisiti ridotti i lavoratori che non possono beneficiare della disoccupazione ordinaria e che hanno svolto almeno 78 giornate di lavoro subordinato nell'anno (102 giornate nel biennio per i lavoratori agricoli). Il beneficio è pari al 35% della retribuzione per i primi 120 giorni, 40% per gli ulteriori. È previsto un limite massimo mensile. Nel 2011 ne hanno beneficiato 634.000 persone

Complessivamente nel 2011 l'INPS ha speso 6,5 miliardi di Euro per le indennità di disoccupazione per 2,5 milioni di lavoratori.

INDENNITÀ DI MOBILITÀ

Ne hanno diritto operai, impiegati e quadri licenziati e iscritti nelle liste di mobilità. La durata del beneficio è rapportata all'età del lavoratore e all'area geografica. L'indennità copre l'80% della retribuzione e decresce dopo il primo anno.

Hanno diritto dell'indennità di mobilità in deroga i lavoratori licenziati da aziende non beneficiarie della mobilità e i lavoratori che hanno esaurito il diritto alla mobilità ordinaria. Questo beneficio è subordinato ad accordi regionali e copre fino all'80% della retribuzione. È previsto un limite massimo.

CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI (CIG)

Hanno diritto alla cassa integrazione ordinaria operai, impiegati e quadri di aziende industriali e edilizie in condizioni di sospensione o contrazione dell'attività lavorativa. Il beneficio è erogato in 13 mensilità e copre l'80% della retribuzione ordinaria, per un massimo di 13 settimane, prorogabili a 52. Nel 2011 la spesa dell'INPS è stata di 796 milioni di Euro, con 229 milioni di ore.

Hanno diritto alla cassa integrazione straordinaria operai, impiegati e quadri di aziende private con almeno 15 dipendenti, in diversi settori produttivi. È erogata in situazioni di gravi eccedenze lavorative con rischio di licenziamenti di massa. Il beneficio copre l'80% della retribuzione ordinaria per un massimo 24 mesi, prorogabili per due volte di 12 mesi in caso di riorganizzazione; per un massimo di 12 mesi, prorogabili di 12 mesi in caso di crisi aziendale, o per un massimo di 12 mesi, prorogabili di 6 in caso di concorsi. In qualunque caso il beneficio non può essere erogato per più di 36 mesi in un quinquennio. Nel 2011 la spesa dell'INPS è stata di 1.311 milioni di Euro, con 423.000 ore, pari al 43,15% delle ore erogate dalla cassa integrazione guadagni.

Hanno diritto alla cassa integrazione in deroga i lavoratori subordinati di aziende cui non si applica la normativa sulla CIG. Si eroga in presenza di accordi con il governo. Il beneficio copre l'80% della retribuzione ordinaria per il periodo previsto dagli accordi, comunque non più di 36 mesi in un quinquennio. Nel 2011 la spesa dell'INPS è stata di 678 milioni di Euro, con 319.000 ore, pari al 32,9% delle prestazioni erogate dalla Cassa integrazione guadagni.

Le politiche sociali non sono mai state integrate con le politiche generali di difesa del lavoro e contro la disoccupazione, ma non c'è dubbio della rilevanza di assistenza dei trasferimenti monetari dell'INPS in questo ambito. Tradizionalmente gli interventi sociali delle Regioni e dei Comuni si concentrano soprattutto sull'inserimento nel lavoro delle fasce più svantaggiate: handicappati, ex tossicodipendenti, persone con disturbi psichiatrici, madri in gravi difficoltà socio economica, minori a rischio di devianza, ecc.

Se le politiche sociali valutassero invece la condizione dell'occupazione nei propri territori, le dinamiche del lavoro conseguenti all'andamento economico, gli effetti degli ammortizzatori sociali e delle altre prestazioni assistenziali dell'INPS, si potrebbero sviluppare azioni per riequilibrare in senso equitativo e con maggiore respiro gli obiettivi della programmazione, ad esempio focalizzando l'attenzione sull'inserimento dei giovani e delle donne nel mondo del lavoro.

Recentemente diverse Regioni e Comuni sono intervenuti con significative risorse economiche per assicurare ai lavoratori in cassa integrazione un maggiore recupero della decurtazione stipendiale operata dalla cassa integrazione. In una visione sociale complessiva, c'è da chiedersi se tale scelta non contribuisca ad accentuare la forbice tra chi fruisce già di tutele da parte dell'INPS e chi invece ne è escluso.

3.4.7. Conclusioni

Il sistema assistenziale dell'INPS, complesso e oneroso, presenta notevoli problemi di equità, in quanto alcune categorie sociali cumulano benefici, mentre altre fasce di bisogno non sono adeguatamente sostenute. Spesso è discutibile l'efficacia della prestazione, sia perché l'importo del beneficio non è proporzionato al bisogno, sia perché il beneficio non è utilizzato per soddisfare il bisogno cui si riferisce, ma altri bisogni della famiglia. Studi recenti dimostrano che le prestazioni e le detrazioni non vincolate a limiti reddituali (ad esempio l'assegno di accompagnamento) - ma anche quelle vincolate a limiti reddituali (assegni familiari) - sono erogate a beneficio di persone e famiglie in condizioni economiche agiate o, comunque, non disagiate.

Le Regioni sembrano restie a rivendicare, assieme ai Comuni, una titolarità di questo ambito di intervento, come sarebbe invece loro diritto. Vi è forse la paura del carico amministrativo e politico per la gestione di questa massa di denaro e di prestazioni, senza potere veramente incidere sulle finalità che sono definite dalla Legge e che è improbabile poter modificare radicalmente in tempi contenuti, per la prevedibile forte opposizione di chi oggi è titolare di diritti, a ragione o a torto considerati acquisiti.

In realtà, senza variare la legislazione invariata, sarebbe sufficiente introdurre due semplici innovazioni, che permetterebbero tra l'altro di migliorare l'appropriatezza degli interventi:

- dare la possibilità ai beneficiari delle prestazioni economiche di scegliere tra l'attuale erogazione monetaria e interventi o servizi sociali appropriati;
- dare la possibilità alle Regioni di fare accertamenti rigorosi sulla concessione delle provvidenze e di utilizzare quanto risparmiato, rispetto alla spesa storica, per nuove prestazioni assistenziali che abbiano come priorità i giovani.

In ogni caso, anche mantenendo inalterata l'attuale situazione, le politiche sociali regionali acquisterebbero un maggiore spessore se integrassero anche gli effetti delle prestazioni assistenziali dell'INPS nella valutazione della condizione sociale del territorio, nella valutazione della condizione socioeconomica degli utenti, nelle regole di accesso ai servizi.

3.5. Aspetti organizzativi nell'erogazione dei LEPS

3.5.1. Premessa

Molto spesso l'attenzione data alla definizione delle prestazioni essenziali, alla loro esigibilità, al loro finanziamento, non è accompagnata da una sufficiente riflessione sugli assetti organizzativi che consentano concretamente la tutela dei diritti sociali, la valutazione dei bisogni, l'erogazione delle prestazioni.

La più volte citata Legge n. 328/2000, nell'articolo 22 in cui sono determinati i LEPS, dispone che le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedano comunque per ogni ambito territoriale:

- il servizio sociale professionale e il segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- il servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- l'assistenza domiciliare;
- strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

La Legge n. 2/2003 della Regione Emilia-Romagna di riforma del *welfare*, invece, non menziona neppure il Servizio sociale professionale, concentrando l'attenzione sullo Sportello sociale.

Non si può sicuramente sostenere che l'attuale rete dei servizi sociali territoriali sia adeguata al compito che deve svolgere, data la tendenza dei Comuni a polverizzare i servizi sul territorio, a frammentarli e a specializzarli. Infatti, i Comuni di modesta dimensione riescono a dotarsi solo di servizi sociali inadeguati, sia per numero di operatori, sia per competenza professionale; i Comuni più grandi, per offrire servizi più vicini alla popolazione, distribuiscono eccessivamente le risorse professionali nelle sedi decentrate. Questa criticità si intreccia con la tendenza a segmentare i servizi per fascia di età (servizi sociali per minori, adulti, anziani), per provenienza geografica o etnia (servizio sociale per immigrati, nomadi, Rom) o per problema evidenziato (servizi sociali per richiedenti asilo, donne maltrattate, persone senza dimora, ecc.).

È vero che, soprattutto in Emilia-Romagna, lo sviluppo delle forme associative dei Comuni può ovviare a questi problemi, consentendo l'aggregazione delle risorse professionali con le quali organizzare un servizio sociale di adeguate dimensioni e mettendo in comune le competenze specialistiche. Tuttavia, senza normative di indirizzo, le scelte organizzative dei Comuni si

diversificano (e si stratificano nel tempo senza una coerenza delle scelte). L'effetto finale è che i servizi sociali dei Comuni assumono una connotazione residuale "a supporto di ...", ad esempio dell'accesso ai servizi sociosanitari, dell'Autorità giudiziaria, del sistema scolastico, oppure - ancora peggio - "in sostituzione di ...", quando le risorse messe a disposizione da altri sistemi sono insufficienti o difficilmente accessibili (casa, lavoro, provvidenze economiche dell'INPS).

Per ridare ai servizi sociali un ruolo decisivo nella difficile situazione socio-economica attuale è quindi necessario procedere in due direzioni convergenti:

- fare del servizio sociale territoriale lo strumento di integrazione delle politiche sociali afferenti a diversi soggetti istituzionali e materie;
- dare al servizio sociale una missione più complessiva e coerente con la Costituzione e la Carta europea: la tutela dei diritti sociali personali e familiari, la promozione della coesione sociale e della comunità locale.

Le legislazioni regionali possono e devono fare molto in questo senso.

3.5.2. L'organizzazione dei servizi sociali in Emilia-Romagna

Fin dal 1973 la Regione Emilia-Romagna ha legiferato per dare un assetto organizzativo ai servizi sociali. Si possono individuare quattro fasi storiche:

- una prima fase dal 1973 al 1979 nella quale, con numerosi provvedimenti legislativi, la Regione promuove e incoraggia finanziariamente l'esercizio integrato da parte dei Comuni delle funzioni di assistenza e di quella che allora era denominata medicina preventiva. In questa fase si diffondono i Consorzi sociosanitari, che assicurano una gestione delle attività sociali e sanitarie dei Comuni, assieme a quelle delle Province. In un periodo di grande espansione dei servizi, risulta molto positiva la forte relazione professionale tra gli operatori e una visione organizzativa unitaria all'interno di un'unica istituzione, il Consorzio, governata dal Comitato di gestione;
- una fase che va dal 1980, anno di costituzione delle USL, al 1985. La Legge regionale n. 1/1980, "Norme sull'associazione dei Comuni, sull'ordinamento delle Unità sanitarie locali e sul coordinamento dei servizi sanitari e sociali", prevede un associazionismo dei Comuni su area vasta, il superamento dei Consorzi e la gestione dei servizi sociali da parte delle USL. I Comuni devono esercitare alcune funzioni di assistenza sociale per il tramite delle USL, mentre possono gestire direttamente sussidi economici, assistenza domiciliare agli anziani e agli adulti inabili, e le strutture residenziali per anziani e adulti inabili (ma solo quelle con bacino d'utenza comunale). Le Province esercitano le proprie funzioni assistenziali, coordinandosi con le associazioni dei Comuni. All'interno delle USL, le funzioni assistenziali precedentemente esercitate dai Consorzi sociosanitari sono distribuite principalmente tra due servizi classificati come sanitari (servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, infanzia e dell'età evolutiva e per l'assistenza alla famiglia; servizio per l'igiene mentale e l'assistenza psichiatrica) e un servizio sociale, del quale sono elencati gli interventi. In conseguenza a questo assetto, inizia una distribuzione delle funzioni assistenziali tra Comuni, Province e USL e, all'interno delle USL, tra servizi sanitari e servizio sociale e tra servizi per i minori e servizi per le altre fasce di popolazione;

- una terza fase dal 1985 al 2003, nella quale, in base alla LR n. 2/1985, "Riordino e programmazione delle funzioni di assistenza sociale", i Comuni devono esercitare in forma associata, per il tramite delle USL, le seguenti funzioni di assistenza sociale:
 - maternità, infanzia, età evolutiva e famiglia,
 - prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza;
 - gestione delle strutture residenziali e semiresidenziali per handicappati;
 - vigilanza sul funzionamento delle strutture e dei servizi pubblici e privati di assistenza sociale.

Se ne deduce che l'assistenza alle persone adulte e anziane resta alla gestione diretta dei Comuni, che però possono delegare all'USL anche queste funzioni. Di contro possono anche essere gestite dai singoli Comuni le strutture socio-assistenziali residenziali e semiresidenziali destinate ai cittadini residenti nel Comune.

All'interno delle USL le attività di assistenza sociale sono esercitate per il tramite del servizio sociale, al quale possono essere affidate anche le attività sociali relative ai pazienti psichiatrici, ai tossicodipendenti e all'assistenza psicologica. Il servizio sociale della USL è articolato nei settori: famiglia e maternità - infanzia età evolutiva, adulti, anziani.

Le attività socio-assistenziale, sociosanitaria e socio-educativa sono quindi distribuite tra i Comuni, le Province e le USL, le quali possono accorpate l'intervento sociale nel servizio sociale o organizzare le funzioni per i pazienti psichiatrici e tossicodipendenti e il sostegno psicologico in altri servizi.

È inoltre da ricordare che nel 1990 la legislazione nazionale prevede l'istituzione dei SerT, con un proprio organico di operatori sociali. Sempre dal 1990, il Testo unico sull'ordinamento degli Enti locali riconosce la piena competenza dei Comuni nell'esercizio delle proprie funzioni e, quindi, la cogenza della delega dei servizi sociali alle USL è superata: molti Comuni iniziano a ritirare le deleghe alle USL, di solito non complessivamente, ma per specifici settori di intervento;

- la fase attuale, caratterizzata dalla riforma del *welfare* della Legge regionale n. 2/2003, con la quale le funzioni assistenziali della Provincia sono trasferite ai Comuni, non viene meno la possibilità per i Comuni di delegare all'AUSL le proprie funzioni, si auspica e incentiva una gestione associata delle funzioni in ambito distrettuale (ma non è obbligatoria). La novità è che la nascita delle ASP rende possibile per i Comuni una gestione del servizio sociale per il tramite dell'Azienda. Raramente invece i Comuni scelgono di costituire un'Azienda speciale consortile.

Da una ricerca, effettuata nel 2011 dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale, sulla realtà organizzativa e istituzionale dei servizi sociali territoriali (Bragagnolo *et al.*, 2013), emerge una situazione molto diversificata e polverizzata.

I Comuni tendono molto spesso ad articolare il servizio sociale di base secondo due criteri:

- scelta del referente istituzionale per la gestione del servizio: i servizi sociali possono essere gestiti direttamente dal singolo Comune o in forma associata, possono essere delegati all'Unione dei Comuni o alla Comunità montana, all'AUSL, all'ASP, a una Istituzione, all'Azienda speciale consortile);

- scelta dell'organizzazione specialistica: esistono più servizi sociali, per minori, famiglie, disabili, anziani, immigrati, adulti, ecc.).

Non è raro che nello stesso ambito distrettuale conviva un mix di queste scelte e neppure che un singolo Comune pratichi più scelte organizzative.

Questa situazione può essere attribuita all'autonomia di scelta che hanno i Comuni o alla legislazione nazionale, ma non si può evitare di rimarcare come nella legislazione sociale regionale vi siano stati drastici cambiamenti di rotta organizzativa, tuttavia sempre in una visione settorializzata e tendente alla specializzazione per quanto riguarda l'intervento sociale (in particolare famiglia, maternità e infanzia distinti da anziani e disabili, con l'area adulti parzialmente sanitarizzata, in particolare per quanto riguarda tossicodipendenza e psichiatria). Nidi e diritto allo studio, in base alla legislazione regionale, sono a loro volta organizzati separatamente dalle politiche sociali.

Sembra che non si riesca a superare definitivamente l'eredità del ventennio, quando l'Opera nazionale maternità e infanzia (ONMI) assicurava assistenza alla maternità e all'infanzia; il Patronato scolastico assicurava l'assistenza scolastica; e l'Ente comunale di assistenza (ECA) garantiva le altre funzioni assistenziali.

3.5.3. Orientamenti organizzativi recenti in Emilia-Romagna

Nella sua legislazione, la Regione prevede l'istituzione di diversi servizi sociali specializzati - Centri per le famiglie, Servizi assistenza anziani, Centri di servizio alla persona, Centri per l'adattamento degli ambienti domestici, Sportelli specializzati (handicap, immigrati) e Sportelli sociali, Centri documentazione handicap - senza mai ricondurli a un disegno organizzativo ben preciso, salvo auspicare a volte che essi vengano realizzati attraverso l'integrazione del sistema sociale con quello sanitario o in altri casi attraverso l'integrazione tra sistema istituzionale e Terzo settore. Come già rilevato, mancano indicazioni sul servizio sociale di base e sul segretariato sociale.

Dopo l'approvazione della Legge regionale n. 2/2003, Regione ed Enti locali hanno avviato il "cantiere del nuovo *welfare* regionale", i cui risultati sono poi stati formalizzati nel Piano sociale e sanitario 2008-2010.¹⁶⁴

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, è prefigurato un sistema territoriale nel quale vi sia una netta distinzione tra funzioni di programmazione, regolazione e committenza e funzioni di produzione dei servizi. Si possono riconoscere quindi tre livelli organizzativi:

- strumenti di supporto alla *governance*, articolati per ambiti territoriali: ambito regionale e ambito intermedio (corrispondente al territorio delle singole Aziende USL);
- strumenti di accesso ai servizi: gli Sportelli sociali;
- soggetti istituzionali e non istituzionali per la produzione dei servizi, che devono attenersi alle norme regionali sull'autorizzazione al funzionamento e sull'accreditamento.

¹⁶⁴ Deliberazione dell'Assemblea legislativa 22 maggio 2008, n. 175, "Piano sociale e sanitario 2008-2010", parte prima, cap. 2.

Strumenti di supporto alla governance

Il Piano sociale e sanitario regionale descrive tre tipi di struttura organizzativa a supporto agli organi politico-istituzionali di *governance* del sistema sociale, sociosanitario e sanitario:

- il Comitato tecnico-scientifico della Cabina di regia regionale per le politiche sociali e sanitarie;
- l'Ufficio di supporto alle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, 11 in Emilia-Romagna (una per ciascuna Azienda USL);
- l'Ufficio di Piano, a supporto del Comitato di Distretto o dell'Organo della forma associativa dei Comuni che ne assorbe le funzioni, 38 in Regione (uno per ciascun Distretto).

L'istituzione del Comitato tecnico-scientifico deriva dal Protocollo d'intesa tra la Regione e le Autonomie locali dell'Emilia-Romagna sottoscritto il 19 dicembre 2005 per l'istituzione di una Cabina di regia per le politiche sociali e sanitarie.¹⁶⁵ L'accordo prevede che la Cabina di regia sia supportata da un Comitato tecnico-scientifico con compiti di approfondimento, studio e ricerca sulle materie dell'attività della Cabina di regia stessa e composto da dirigenti e tecnici della Regione e delle Autonomie locali e da esperti. Il coordinamento dei lavori del Comitato tecnico-scientifico è attribuito al Direttore generale regionale Sanità e politiche sociali o suo delegato. Il Comitato tecnico-scientifico svolge una funzione consultiva, di proposta e di supporto alla Cabina di regia, predisponendo documenti e relazioni sui temi specifici trattati; in particolare, il Comitato può proporre alla Cabina di regia la costituzione di gruppi di lavoro, individuandone la composizione e definendone gli scopi e la durata.

Le prime indicazioni formali sull'Ufficio di supporto alla CTSS sono contenute nel Piano sociale e sanitario regionale, nonostante esso esistesse già in embrione in diverse realtà territoriali.

L'Ufficio di supporto è lo strumento tecnico-istruttorio a sostegno delle funzioni della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, organismo previsto dalla legislazione sanitaria nazionale e regionale. In Emilia-Romagna la CTSS assume anche un ruolo di governo delle politiche sociali, in particolare attraverso la definizione dell'Atto di coordinamento e indirizzo triennale. L'Ufficio di supporto svolge anche funzioni di impulso del sistema informativo, di monitoraggio dei risultati delle politiche, di istruttoria degli atti di programmazione, di coordinamento degli ambiti distrettuali, di supporto alle iniziative di comunicazione e partecipazione politica.

La costituzione dell'Ufficio di Piano di ambito distrettuale è promossa dalla Regione in occasione dei Piani di zona 2002/2003 ed è finanziariamente sostenuta negli anni successivi, fino al 2007, anche se già dal 2004 tutti gli ambiti distrettuali si sono dotati di un Ufficio di Piano. Questa struttura organizzativa deve supportare le funzioni del Comitato di Distretto, con particolare riferimento alla programmazione di zona, al monitoraggio della sua attuazione, alla regolazione e alla committenza.

¹⁶⁵ Deliberazione della Giunta regionale 19 dicembre 2005, n. 2187, "Recepimento del protocollo d'intesa siglato tra R.E.R. e le rappresentanze delle Autonomie Locali dell'E.R. per l'istituzione di una Cabina di Regia regionale per le politiche sanitarie e sociali. Disciplina composizione, organizzazione, funzionamento Cabina di Regia e costituzione Cabina di Regia".

In questo quadro, all'Ufficio di Piano viene progressivamente assegnato un ruolo rilevante nell'istruttoria dei provvedimenti che riguardano la trasformazione delle IPAB, la costituzione delle ASP, la programmazione degli interventi finanziati con il Fondo regionale per la non autosufficienza e l'accreditamento dei servizi sociosanitari.

Nel 2007 la Giunta regionale ritiene opportuno definire i requisiti per i nuovi Uffici di Piano, che si stanno sviluppando nei diversi Distretti con caratteristiche non sempre omogenee e coerenti con gli indirizzi regionali. Pur ribadendo la sperimentality di questo strumento tecnico di supporto, la Delibera di Giunta n. 1004¹⁶⁶ riassume e precisa le funzioni degli Uffici di Piano in due grandi ambiti funzionali:

- attività istruttoria per la programmazione in area sociale e sociosanitaria, per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa, per la costituzione delle ASP, per l'accreditamento;
- azioni di impulso e di verifica delle attività attuative della programmazione sociale e sociosanitaria.

L'organizzazione dell'Ufficio di Piano dovrà inoltre individuare gli strumenti (tavoli specifici, gruppi di lavoro) attraverso i quali assicurare il supporto alla partecipazione del Terzo settore - volontariato, associazionismo e cooperazione sociale - fin dalla fase della programmazione, al confronto con le organizzazioni sindacali e a un sistema stabile e positivo di collaborazione con le ASP e con gli altri soggetti della produzione dei servizi.

Sportelli sociali

La Legge regionale n. 2/2003 dedica l'intero articolo 7 all'accesso al sistema locale dei servizi sociali a rete. È previsto che tale accesso sia garantito da Sportelli sociali attivati dai Comuni, singoli o associati, in raccordo con le Aziende USL, avvalendosi dei soggetti attivi in ambito sociale. Gli Sportelli sociali devono fornire informazioni e orientamento ai cittadini su diritti e opportunità sociali, su servizi e interventi del sistema locale, nel rispetto dei principi di semplificazione.

Per promuovere la realizzazione degli Sportelli, dal 2003 al 2007 la Regione ha sostenuto con contributi la sperimentazione di sportelli sociali distrettuali. L'anno successivo una direttiva della Giunta ha approvato un programma per lo sviluppo degli Sportelli sociali.¹⁶⁷

Il Piano sociale e sanitario regionale del 2008, che dedica un intero paragrafo agli sportelli sociali,¹⁶⁸ recepisce i risultati della sperimentazione e mette a regime l'esperienza. Chiarisce

¹⁶⁶ Deliberazione della Giunta regionale 2 luglio 2007, n. 1004, "Attuazione D.A.L. n. 91/2006 e D.G.R. 1791/2006: individuazione delle azioni e dei criteri di riparto per realizzare gli obiettivi del programma finalizzato per la promozione e sviluppo degli Uffici di Pano".

¹⁶⁷ Deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 2008, n. 432, "Approvazione programma per la promozione e sviluppo degli sportelli sociali in attuazione delle deliberazioni della Assemblea legislativa n.144/07 e della Giunta regionale n.2128/07 - Ripartizione, assegnazione e concessione relative risorse".

¹⁶⁸ Deliberazione dell'Assemblea legislativa 22 maggio 2008, n. 175 "Piano sociale e sanitario 2008-2010", Parte seconda, paragrafo 2.3.

però che lo Sportello sociale non è un servizio, ma una funzione del segretariato sociale. I contenuti del Piano sono ripresi e specificati in una successiva deliberazione della Giunta regionale dello stesso anno.¹⁶⁹ Nel richiamare gli indirizzi della LR n. 2/2003 e del PSSR, per quanto riguarda il diritto all'accesso l'Atto pone un obiettivo intermedio, vale a dire la realizzazione da subito dell'integrazione possibile di tutti i punti informativi e di accesso, mettendo in rete le realtà esistenti. Questo richiede in particolare:

- la connessione tra gli Sportelli sociali e gli sportelli unici distrettuali;
- l'integrazione professionale su base distrettuale tra operatori delle Aziende USL e dei Comuni, per la definizione dei progetti assistenziali.

Attraverso lo Sportello sociale il cittadino deve trovare risposta al bisogno di:

- informazione;
- ascolto - orientamento;
- registrazione e primo filtro della domanda di accesso ai servizi.

Secondo la Direttiva regionale le azioni propedeutiche al rafforzamento dello Sportello sociale sono:

- ricostruzione dei percorsi di accesso ai servizi;
- ricostruzione della mappa dei servizi offerti;
- connessione sistematica dei punti di accesso alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari del territorio, anche attraverso la stipulazione di accordi fra Comuni e Aziende USL per l'accesso alle anagrafi comunali e all'anagrafe sanitaria;
- apertura di punti fisici di accesso, almeno uno in ogni Comune, in sedi facilmente riconoscibili e accessibili;
- formazione degli operatori addetti allo Sportello sociale.

Un monitoraggio degli Sportelli sociali condotto dalla Regione nel 2010 (Servizio Programmazione e sviluppo dei servizi sociali. Promozione sociale. Terzo settore, Servizio civile della Regione Emilia-Romagna, 2010) conferma la diffusione degli Sportelli in quasi tutti gli ambiti distrettuali, ma con un'estrema diversificazione dei modelli organizzativi, probabilmente per effetto di una partenza caratterizzata dalla sperimentazione più che dall'adesione a indirizzi comuni. L'auspicata integrazione con gli sportelli delle Aziende USL è invece disattesa.

Produzione dei servizi

La Regione ha scelto il principio di garantire la separazione tra le funzioni di *governance* e le funzioni di produzione dei servizi. In tal senso i Comuni che avevano delegato i compiti di programmazione e regolazione degli interventi sociali alle Aziende sociali (Consorzi, Aziende speciali, ASP) si sono riappropriati di tali azioni e le esercitano in forma associata nell'ambito

¹⁶⁹ Deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 196, approvata il 12/11/2008, "Approvazione programma per la promozione e sviluppo degli sportelli sociali in attuazione delle deliberazioni della Assemblea legislativa n. 144/07 e della Giunta regionale n. 2128/07 - Ripartizione, assegnazione e concessione relative risorse".

distrettuale. Le Aziende, di conseguenza, ne sono uscite ridimensionate nel loro ruolo istituzionale e attualmente si caratterizzano esclusivamente per la produzione di servizi.

Un secondo orientamento della Regione, valido per ora esclusivamente nell'ambito dell'accreditamento (servizi sociosanitari per anziani e disabili), è la gestione unitaria dei servizi: significa che possono essere accreditati solo i servizi il cui gestore assicura tutte le risorse professionali. In questo caso le difficoltà maggiori sono state registrate sia da Comuni che da Aziende speciali, che erano solite integrare l'organico dei dipendenti con l'acquisto di servizi professionali attraverso gli appalti.

Complessivamente, quindi, si assiste a una focalizzazione del ruolo dei Comuni nei confronti delle funzioni di governo, mentre in generale la gestione pubblica dei servizi sociali, ormai estremamente contenuta, ne esce ulteriormente ridimensionata, anche per effetto dei vincoli alle assunzioni e alle spese che hanno colpito gli Enti locali e le loro Aziende.

3.5.4. Conclusioni

La legislazione nazionale e la legislazione regionale sono estremamente carenti nella previsione delle forme organizzative con le quali assicurare l'erogazione dei LEPS a livello locale. Eppure, nella legislazione compare il servizio sociale del Comune come strumento necessario per garantire la tutela delle persone, in particolare dei minori e come organo per l'esecuzione delle disposizioni dell'Autorità giudiziaria.

Per attuare il dettato costituzionale sulla tutela dei diritti sociali e garantire l'erogazione dei LEPS, oggi esiste un solo strumento organizzativo: l'INPS. La rete dei servizi sociali dei Comuni al momento non dà un'adeguata garanzia di efficienza e di qualità professionale, perché i Comuni sono troppi, vi è una eccessiva polverizzazione delle sedi dei servizi sociali, sono presenti troppe forme gestionali e sono invece assenti i requisiti di qualità che devono essere garantiti dalle organizzazioni sociali. Pertanto non è sufficiente definire e finanziare i LEPS (impresa comunque quanto mai ardua), bisogna predisporre una rete organizzativa adeguata.

Le Regioni hanno una grande responsabilità in materia, ma alcuni orientamenti vanno concertati a livello nazionale:

- ambito ottimale nel quale deve essere costituito il servizio sociale territoriale. Ciò significa che i Comuni di dimensione inferiore all'ambito devono gestire il servizio in forma associata. Orientativamente si può proporre un ambito ottimale di 50.000-100.000 abitanti, ma non inferiore a 30.000 abitanti;
- unitarietà del servizio sociale dell'ambito ottimale, unica responsabilità di programmazione e di gestione;
- requisiti minimi di qualità;
- pluralità di funzioni (non solo accesso ai servizi, ma anche tutela dei diritti, promozione sociale, prevenzione).

3.6. Verso una concezione multidimensionale dei LEPS

3.6.1. Premessa

Da diversi anni si è fatta strada l'esigenza di concepire i LEPS secondo una idea multidimensionale:¹⁷⁰ oltre ai LEPS come prestazioni al singolo, si rileva l'opportunità di prevedere anche prestazioni del *welfare* comunitario e prestazioni tra amministrazioni e agenzie intermedie.

Nonostante la legislazione nazionale e regionale e l'esperienza concreta delle politiche sociali comunali conoscano questa multidimensionalità, di fatto continuano a essere proposti elenchi di LEPS esclusivamente composti di prestazioni. Eppure, sia nell'ambito della sanità sia in quello dell'istruzione sono accettati senza problemi livelli essenziali che non si identificano con prestazioni individuali.

È quindi opportuno proporre LEPS che, partendo dalla tutela dei diritti sociali, ipotizzino la soddisfazione dei relativi bisogni attraverso una pluralità di soluzioni e strumenti, dei quali possa essere valutata l'efficacia e l'appropriatezza anche in relazione al contesto locale, alle risorse disponibili, all'esperienza della comunità territoriale.

3.6.2. Una possibile classificazione dei LEPS multidimensionali

Prestazioni erogate alla persona

La più diffusa categoria dei LEPS è quella delle prestazioni erogate alla persona. Molto spesso, erroneamente, questo tipologia di LEPS è associata all'esigibilità della prestazione, mentre la Legge n. 328/2000 è ben attenta a definire le priorità di accesso più che l'esigibilità della prestazione. Si possono quindi distinguere alcune tipologie di prestazioni.

PRESTAZIONI INDIVIDUALI ESIGIBILI

Queste prestazioni sono individuate dalla legislazione nazionale e regionale e definiscono sia i requisiti indispensabili per l'accesso alle prestazioni, sia i requisiti quali-quantitativi della prestazione, sia il soggetto istituzionale obbligato a erogare le prestazioni.

L'esempio più pertinente è il complesso di prestazioni assistenziali, di natura economica, che la legislazione italiana affida all'INPS e di cui si è data una sintetica descrizione nel Paragrafo 3.4.

Esistono però, anche nei compiti dei Comuni, prestazioni che l'Ente locale è tenuto tassativamente a erogare:

- tutela e assistenza ai minori privi o carenti di cure parentali, oppure soggetti ad abusi e maltrattamenti;
- esecuzione delle istruttorie e dei provvedimenti disposti dall'Autorità giudiziaria;

¹⁷⁰ Nel 2003 il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ha commissionato al CEVAS di Roma una ricerca sui LEPS. I risultati sono sintetizzati in un articolo di Liliana Leone, responsabile del CEVAS, "Una concezione multidimensionale dei livelli essenziali", pubblicato su *Prospettive sociali e sanitarie*, 2006.

- erogazione delle prestazioni assistenziali indifferibili a favore delle persone che si troverebbero in condizioni di grave rischio per la salute o la vita, nel caso di una mancata erogazione di tali prestazioni.

PRESTAZIONI INDIVIDUALI NON ESIGIBILI

Si tratta di prestazioni per le quali la legislazione e la programmazione sociale garantiscono l'offerta in un determinato ambito territoriale. In questo caso non esiste un'esigibilità della prestazione, ma solo la facoltà di richiedere l'accesso, che è regolato secondo priorità, condizioni socioeconomiche e, comunque, fino all'esaurimento delle risorse stanziare. In alcuni casi i requisiti individuali sono utilizzati per quantificare il servizio erogato (l'ammontare del contributo, il numero di ore di assistenza, la durata della prestazione).

Per queste prestazioni l'universalità del diritto sociale cede di fronte alla regolazione dell'accesso prevista dalla normativa o dall'ente erogante. La Legge n. 328 considera prioritarie le condizioni di povertà, il limitato reddito, l'incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, l'esecuzione dei provvedimenti dell'Autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali.

Si potrebbe quindi identificare un livello graduato di cogenza delle prestazioni o, ancora più opportunamente, agendo sui criteri di accesso, trasformare queste prestazioni in esigibili. Quest'ultima opzione non è praticata frequentemente, sia perché da parte delle istituzioni vi è il timore di non rispettare il *budget*, sia perché la pubblica amministrazione non ha ancora imparato a rapportarsi in maniera trasparente con i propri cittadini. Infatti, che senso ha dichiarare universale l'accesso al nido, sapendo già in precedenza che una parte dei richiedenti otterrà solo l'inserimento in una lista di attesa? Non sarebbe più trasparente destinare l'accesso alle risorse disponibili a un *target* ben individuato e definito?

La prassi dei servizi sociali ha ormai consolidato un'ampia gamma di risposte possibili per questo tipo di prestazioni, dall'erogazione diretta delle prestazioni, al contributo per l'acquisto diretto della prestazione da parte dell'utente, al buono servizio per la fruizione di servizi accreditati o convenzionati con l'istituzione erogante, ecc.

Prestazioni di welfare comunitario

Queste prestazioni non sono finalizzate alla soddisfazione dei bisogni di singoli individui o nuclei familiari, ma al benessere complessivo di una comunità localizzata (regionale, distrettuale, comunale, ecc.). Sono interventi volti a rimuovere gli ostacoli che limitano il godimento dei diritti sociali e civili, ad aumentare le opportunità di scelta da parte dei cittadini, a sviluppare l'informazione, la comunicazione tra le persone e le organizzazioni sociali, le relazioni sociali positive.

INTERVENTI DI PREVENZIONE

Si tratta di interventi che hanno lo scopo di impedire o di contrastare fenomeni di degrado sociale indotti dalle dinamiche socio-economiche, culturali, demografiche. Un adeguato investimento in questo campo può limitare consistenti spese riparative e l'erogazione di prestazioni assistenziali individuali. Alcuni fra gli innumerevoli esempi sono:

- interventi delle unità di strada per la riduzione del danno, a favore delle persone dipendenti da sostanze o delle donne costrette alla prostituzione in strada o delle persone senza dimora;
- interventi educativi territoriali, che coinvolgono le bande giovanili;
- interventi di sostegno alle persone fragili a causa delle condizioni di salute, dell'isolamento, dello stigma; non sempre questi interventi hanno la caratteristica di prestazioni individuali, ma spesso quella di una offerta di disponibilità (telefonia sociale, trasporto sociale, consegna di spesa e farmaci a domicilio, socializzazione, ecc.);
- i servizi di mediazione dei conflitti sociali o dei conflitti familiari.

INTERVENTI DI PROMOZIONE SOCIALE

Questo tipo di interventi ha lo scopo di diffondere le opportune conoscenze e la consapevolezza necessarie a modificare in senso positivo i comportamenti collettivi, migliorando la coesione sociale e in generale la qualità della vita e delle relazioni sociali. Come esempi si possono citare:

- le campagne informative su corretta alimentazione, stili di vita, corretta percezione dei rischi e dei problemi per la sicurezza e la convivenza sociale, nuove opportunità;
- azioni formative per sensibilizzare attori della comunità sulle tematiche sociali e sulle pratiche corrette di gestione dei problemi: formazione dei *caregiver*, degli insegnanti, dei dirigenti e quadri dell'associazionismo, delle forze dell'ordine, dei commercianti, ecc.;
- comunicazione sociale, per contrastare lo stigma di particolari condizioni sociali, malattie, etnie, appartenenze culturali e religiose, per promuovere il volontariato e la solidarietà, per sensibilizzare i media, ecc.);
- sviluppo della multiculturalità;
- sportello contro le discriminazioni.

INTERVENTI PER LO SVILUPPO DI OPPORTUNITÀ

Le politiche sociali devono includere l'offerta di prestazioni e servizi provenienti dall'associazionismo e dai diversi attori sociali, sia nel caso che siano sviluppate in un quadro di collaborazione con le istituzioni, sia quando vengono realizzate in maniera autonoma. In tutti i casi è dovere istituzionale valutare la rispondenza delle iniziative a fini generali, a priorità condivise, a criteri di appropriatezza, adeguatezza, non discriminazione. Alcuni esempi sono:

- sollecitazione dell'iniziativa comunitaria locale: bandi per contributi e concessione di sedi all'associazionismo, co-progettazione, collaborazione su particolari progetti o iniziative;
- diffusione dell'informazione sulle opportunità sviluppate sul territorio, attraverso lo sportello sociale sull'offerta di servizi dell'associazionismo, sportello del volontariato, sportello badanti;
- banca del tempo, centro per le famiglie, sostegno al mutuo aiuto, sostegno alle famiglie che aiutano altre famiglie, sostegno alle famiglie che accolgono minori, anziani, disabili privi di cure familiari.

Prestazioni tra Amministrazioni e agenzie intermedie

Prestazioni indispensabili al buon funzionamento delle politiche sociali riguardano l'organizzazione della rete integrata degli interventi e dei servizi sociali sul territorio regionale e locale. Oltre a porsi l'obiettivo di garantire l'adeguatezza, l'appropriatezza e la sostenibilità del sistema, i provvedimenti della pubblica amministrazione possono creare nuove capacità degli attori sociali, mettendoli in grado di sviluppare e migliorare la propria iniziativa.

PROGRAMMAZIONE DELLA RETE

Il Piano sociale e sanitario regionale e il Piano di zona, se costruiti attraverso reali processi partecipativi, individuano priorità e risorse, orientando non solo il sistema istituzionale, ma anche gli attori sociali e informali ad agire per il perseguimento di fini e obiettivi comuni, ricercando cooperazione e sinergie e contribuendo alla valutazione comune dei risultati. In tal modo, sia l'azione istituzionale sia la sussidiarietà non producono un risultato causale, come poteva fare la beneficenza, ma garantiscono complessivamente la risposta ai bisogni sociali, ottimizzando i risultati anche se con strumenti e prestazioni diversificati (diversi, ma orientati all'individualizzazione della risposta e alla libera scelta degli interessati).

È strategico considerare la stretta connessione delle politiche sociali con la programmazione sanitaria e in generale con la programmazione di tutte le politiche che perseguono finalità sociali.

REGOLAZIONE DELLA RETE

La funzione regolativa della rete messa in campo dalle istituzioni mira innanzitutto a garantire l'utente (ad esempio attraverso regolamenti dei servizi sociali, carte dei servizi, autorizzazione al funzionamento, accreditamento, sistemi di qualità, vigilanza, bilanci sociali) ma anche a stabilire rapporti di collaborazione (accordi di programma, convenzioni), a creare nuove opportunità (ad esempio, molte Regioni hanno legiferato sulle eccedenze alimentari, per consentire alle associazioni di distribuirle ai bisognosi), a migliorare il quadro conoscitivo (debiti informativi, osservatori sociali, scambi nella rete di segnalazioni sulle persone o sui contesti sociali in difficoltà o a rischio, funzione "antenna" dello Sportello sociale).

Inoltre la regolazione può qualificare l'azione dei soggetti sociali, impegnandoli a seguire principi di democraticità, trasparenza, innovatività (iscrizione a registri regionali, bilanci sociali, contributi per la formazione o la sperimentazione, ecc.). Anche i cittadini sono in tal modo orientati verso i soggetti sociali che danno maggiori garanzie di responsabilità sociale e appropriatezza dell'offerta.

COMMITTENZA

La funzione di committenza non è solo ristretta all'affidamento delle forniture a seguito degli appalti pubblici o all'attuazione del sistema di accreditamento; si possono considerare azioni di committenza tutte le forme di attribuzione di obiettivi agli attori della rete per il perseguimento dei fini generali e per la realizzazione della programmazione. In questo campo l'Accordo di programma è il principale strumento concertativo per la definizione della committenza che fa riferimento all'offerta pubblica di servizi. Naturalmente, in questo caso, l'Accordo di programma deve interessare non solo gli attori istituzionali, ma tutti gli attori disponibili a collaborare.

Nello spirito dell'art. 38 della Costituzione (libertà dell'assistenza privata) è però necessario considerare che esiste un'offerta assistenziale da parte di associazioni, privato sociale, professionisti, volontari, familiari e *caregiver* che non potrà mai rientrare nell'offerta istituzionale, sia per le sue caratteristiche sia per la stessa scelta di autonomia degli interessati. In questo caso, richiamando di nuovo il dovere delle istituzioni di valutare adeguatezza e appropriatezza di tali prestazioni, committenza significa riconoscerne l'esistenza e il valore assistenziale, se possibile orientarle a fini comuni e qualificarne i risultati. Alcuni esempi di questa committenza possono essere:

- accettare che i bisogni di un anziano siano soddisfatti da una badante, ma pensare che attraverso una attività formativa di affiancamento della stessa, potrebbe essere migliorata la cura della persona;
- rispettare l'autonomia di un nido privato che non intende convenzionarsi con il Comune, ma favorirne la frequenza da parte di un bambino restato in lista di attesa, attraverso un contributo per la retta;
- agevolare la distribuzione di pasti ai senza tetto da parte di una mensa parrocchiale, attraverso la messa a disposizione di generi alimentari eccedenti della grossa distribuzione.

Quanto sopra descritto, non è ignoto alle politiche sociali del territorio ed è presente anche nella legislazione nazionale e regionale. Non si capisce, quindi, perché si continuano a considerare le sole prestazioni individuali e familiari, magari associate al requisito dell'esigibilità. Questo significa non riconoscere la complessità e l'ampiezza delle politiche sociali, con il rischio che, nel quadro del federalismo municipale, lo Stato riconosca tra le funzioni fondamentali dei Comuni solo le spese per l'erogazione delle prestazioni esigibili.

3.7. Conclusioni e una proposta

3.7.1. Diritti sociali e prestazioni essenziali

La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea orienta l'Italia a condividere i diritti sociali e i diritti di cittadinanza con gli altri Paesi dell'Unione. Si tratta di un atto ricognitivo sintetico, ma complesso, che ha un respiro molto più ampio di quello che si può riscontrare nella legislazione italiana e nelle prassi attivate dalle politiche sociali delle Regioni e dei Comuni.

Da dodici anni, praticamente dopo la Legge n. 328 del 2000, non vi sono più stati interventi legislativi di rilievo per sviluppare la legislazione sociale nazionale e non è stato neppure dato seguito ai più recenti trattati internazionali, come quello relativo alla Carta dell'ONU sui diritti delle persone disabili, ratificata dal Parlamento italiano nel 2009. Anche la Carta europea non ha prodotto alcun impulso legislativo che aggiornasse la ormai polverosa legislazione italiana ed estendesse gli orizzonti dell'intervento sociale. In Italia si è continuato solamente a mantenere e ampliare il menu delle prestazioni monetarie dell'INPS, a favore di nuovi - ma ristretti - *target* di popolazione.

Per garantire i diritti sociali sono indispensabili prestazioni e interventi che rimuovano gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona umana, riequilibrino risorse e opportunità per gli individui e le famiglie, promuovano relazioni e stili di vita positivi. Le prestazioni e gli interventi essenziali, comunque determinati dalla legislazione,

trovano difficoltà a essere garantiti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale per tre motivi:

- il loro carente finanziamento, visto che sono stanziati fondi adeguati per le prestazioni erogate dall'INPS, mentre Regioni ed Enti locali soffrono non solo di insufficienza delle risorse, ma soprattutto di una loro variabilità - e progressivo calo - nel corso del tempo;
- per le prestazioni che devono essere erogate dal sistema istituzionale locale, la mancata definizione dei riferimenti quali-quantitativi che definiscano norme di accesso, requisiti di qualità delle prestazioni, entità delle prestazioni stesse. Il compito di completare questo lavoro era stato affidato dalla Legge n. 328/2000 a un Piano sociale nazionale, poi superato dalla riforma costituzionale. Sarebbe logico pensare che gli eredi del Piano nazionale siano i Piano regionali e i Piani di zona, ma le Regioni non sembrano essere consapevoli di questa responsabilità, dato che continuano a invocare un provvedimento statale in materia. La stessa Regione Emilia-Romagna, che nella LR n. 2 del 2003 ha elencato i livelli essenziali delle prestazioni e ha rinviato al Piano sociale regionale la definizione degli standard quali quantitativi, poi non ha dato seguito a questa indicazione;
- l'equivoco sulla natura dei livelli essenziali, spesso associati al concetto di esigibilità. È vero che la maggior parte della spesa sociale nazionale, probabilmente oltre il 90%, è assorbita da prestazioni esigibili; ma è anche vero che la legislazione prevede anche altri tipi di prestazioni: prestazioni individuali condizionate dagli stanziamenti disponibili, prestazioni di prevenzione, promozione sociale, sviluppo dell'offerta comunitaria, senza dimenticare che le politiche sociali agiscono per la programmazione e per la regolazione del sistema locale, attraverso criteri partecipativi e concertativi. Sarebbe giunto il momento di orientare i LEPS al risultato (tutela del diritto sociale, soddisfazione del bisogno), attraverso una loro definizione multidimensionale.

3.7.2. Politiche sociali tra prassi e legislazione

Nonostante questa difficoltà, dopo la Legge n. 328 le Regioni hanno costruito normative e Piani sociali, a volte integrati con i Piani sanitari, che si sviluppano sostanzialmente con la programmazione di zona.

Attraverso l'esame della spesa sociale dei Comuni, fotografata dall'INPS l'ultima volta nel 2009, è possibile evidenziare che, nella prassi e pur con sistemi normativi e organizzativi regionali differenti, le amministrazioni locali hanno sviluppato orientamenti omogenei di intervento sociale, assicurando la presenza del servizio sociale professionale e, più recentemente, di sportelli di informazione e accesso unitario ai servizi, assegnando una netta priorità alla tutela dei minori, ma anche all'integrazione sociale delle persone disabili e anziane, per le quali viene promossa soprattutto la permanenza al domicilio.

I Comuni riescono in maniera insufficiente, invece, a sostenere economicamente l'accesso ai servizi sociosanitari e svolgono un ruolo molto limitato nella lotta alla povertà e nell'assistenza delle persone adulte, per le quali le politiche locali sono orientate prevalentemente alle situazioni emergenziali. Si potrebbe riferire questa sottovalutazione alle carenze di risorse, ma questo avviene in un contesto legislativo nazionale e regionale che sistematicamente trascura tale ambito.

La valutazione della legislazione sociale della Regione Emilia-Romagna, accanto alla caratteristica di innovatività dei contenuti e di stabilità nei valori cui si ispira, presenta le stesse accentuazioni e limitatezze dell'intervento dei Comuni: centralità dei servizi per i minori, soprattutto dei servizi educativi per la prima infanzia; focalizzazione sull'integrazione dei servizi sociali e sanitari per disabili e anziani; disattenzione alle problematiche delle persone povere e adulte, con l'eccezione delle persone immigrate.

Spesso la legislazione regionale è segmentata per *target* di utenza o per tipologia di personalità giuridica delle realtà sociali considerate, con una difficoltà a ricondurre le norme a un quadro generale di riferimento. La prassi e la programmazione della Regione, di concerto con gli Enti locali, hanno certamente ottenuto i risultati più avanzati nella definizione di azioni di sistema (che sono spesso presentati come *governance*), vale a dire nella predisposizione di strumenti di programmazione, supporto tecnico-amministrativo agli organi decisionali, regolazione del sistema, committenza come forma di assegnazione condivisa degli obiettivi agli attori delle politiche sociali.

Sia nella legislazione e pianificazione regionale, sia nella programmazione e attuazione dei Comuni si trascura di solito la valutazione dell'azione assistenziale dell'INPS sul territorio, di notevole impatto sia per il numero di persone interessate, sia per il rilevante contenuto economico complessivo. Le prestazioni dell'INPS, di esclusiva natura monetaria, inducono una spesa sociale delle famiglie che non è orientata e qualificata dalle politiche locali, e la diseguità tra le categorie sociali, che la disponibilità delle erogazioni INPS spesso produce, non è compensata dalle prestazioni delle Regioni e dei Comuni.

Ovviamente, sarebbe più funzionale che, in base agli art. 117 e 118 della Costituzione, le prestazioni sociali oggi erogate dall'INPS fossero trasferite alle Regioni e ai Comuni, anche per consentire una visione più globale della programmazione assistenziale individualizzata. I benefici potrebbero essere:

- unico sistema di accesso per tutte i LEPS (sistema dei Comuni, in base a disposizioni regionali) e unico soggetto che sostiene la spesa (Regione), con conseguente maggiore attenzione a erogare correttamente i benefici;
- possibilità delle Regioni di modificare i criteri di accesso e l'entità delle prestazioni per rispondere alle esigenze locali, con conseguente maggiore coerenza tra bisogni e prestazioni (questa flessibilità dovrebbe essere introdotta contestualmente al trasferimento dei compiti assistenziali dell'INPS alle Regioni);
- possibilità del cittadino di scegliere tra erogazioni economiche e servizi corrispondenti in termini economici, ma di qualità garantita (anche questa facoltà di scelta dovrebbe essere introdotta contestualmente al trasferimento dei compiti dell'INPS alle Regioni); bisognerebbe comunque assicurare ai cittadini l'orientamento e l'accompagnamento nell'accesso alle prestazioni e ai servizi;
- possibilità di utilizzare le risorse economiche per nuove e più aggiornate prestazioni, lasciando inalterato il saldo ma recuperando risorse attraverso la regolazione della priorità di accesso alle prestazioni;

- maggiore globalità della programmazione delle politiche sociali. Si stima che la programmazione sociale locale interessi attualmente una percentuale residuale della spesa sociale che viene sostenuta sul territorio, dato che non considera la spesa sociale delle famiglie, dell'INPS e della sanità.

3.7.3. Orientamenti per lo sviluppo delle politiche sociali

Dopo tredici anni dalla Legge n. 328 del 2000, l'elenco dei LEPS contenuto nell'art. 22 non è stato totalmente attuato, ma ormai non soddisfa più le esigenze della società attuale, né nei contenuti, né nelle modalità di erogazione. A legislazione invariata e con una maggiore iniziativa delle Regioni si potrebbero adottare strategie per sviluppare le politiche sociali, anche alla presenza di una rilevante crisi economico-finanziaria degli Enti. Le possibili piste di lavoro potrebbero essere:

- assumere una identità delle politiche sociali più ampia di quella attualmente considerata: può essere opportuno fare riferimento alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, eventualmente integrata da diritti che la Regione intenda garantire ai propri cittadini. Si propone il seguente schema di riferimento:
 - ambito della programmazione delle politiche sociali: riguarda gli aspetti presenti in tutti gli ambiti di intervento istituzionale determinanti per la salute e il benessere (negli ambiti dell'economia e del lavoro, dell'urbanistica e dell'ambiente, della sicurezza, della mobilità, della cultura, sport e tempo libero, ecc.);
 - ambito di integrazione degli interventi sociali: riguarda gli aspetti organizzativi, metodologici e professionali presenti in specifici ambiti di intervento istituzionale che devono essere integrati con gli interventi sociali, per assicurarne una maggiore efficacia (prevalentemente negli ambiti della sanità, dell'istruzione e del diritto allo studio, della casa, dell'occupazione);
 - ambito specifico: riguarda gli interventi che sono programmati e finanziati nell'ambito dell'assistenza (in sede di prima approssimazione si può assumere come ambito specifico quello definito dalla LR n. 2/2003, dalla Legge n. 328/2000 e dalle leggi che attribuiscono all'INPS l'erogazione di prestazioni sociali).

In prospettiva, l'identità delle politiche sociali deve svilupparsi in direzione della tutela dei diritti contemplati nella Carta europea, soprattutto attraverso la prevenzione, l'*empowerment* della comunità e la promozione sociale, ma deve anche integrare aspetti che ora sono affidati ad altri ambiti di intervento istituzionale, ad esempio *housing* sociale, diritto allo studio, lavoro sociale, servizi sociosanitari;

- assumere una concezione multidimensionale dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, superando quindi l'equazione prestazioni essenziali = prestazioni esigibili, ma considerando anche le prestazioni non esigibili, gli interventi rivolti alla comunità, le azioni di sistema;
- assumere un ruolo preciso da parte delle Regioni di orientamento del sistema dei LEPS, con tre azioni prioritarie:
 - definire il sistema organizzativo locale, per quanto riguarda sia le azioni di sistema sia le funzioni del servizio sociale territoriale;

- indirizzare gli obiettivi della spesa sociale dei Comuni verso priorità condivise e con attenzione al criterio della sostenibilità economica;
- definire gli standard quali-quantitativi delle prestazioni essenziali, attraverso la pianificazione regionale.

In futuro, le Regioni devono affrontare il tema dei diritti di cittadinanza, non continuando ad ampliare la gamma dell'offerta di interventi e servizi, sempre più estesa e articolata, ma garantendo invece risposte certe e omogenee su tutto il territorio, costanti nel tempo, economicamente sostenibili con le risorse disponibili. È necessario passare dalla prassi attuale degli interventi sociali, in cui il cittadino ottiene una prestazione se c'è ancora disponibilità di risorse, a un'impostazione nella quale il cittadino sa di poter ottenere una risposta, perché ne ha il diritto, perché il bisogno che esprime è stato riconosciuto come prioritario e perché le regole di accesso sono coerenti con le risorse stanziare.

Questo non significa assimilare le norme regionali a quelle dell'INPS, anche perché è risaputo che l'esigibilità delle prestazioni di questo Ente non è accompagnata da appropriatezza, adeguatezza, equità delle erogazioni. L'opzione più interessante e innovativa, anche se tecnicamente difficile proprio perché poco praticata, è descrivere i LEPS come beneficio da garantire al cittadino per tutelare i suoi diritti e per soddisfare i suoi bisogni. Non importa che il risultato sia ottenuto attraverso l'erogazione di prestazioni istituzionali, l'*empowerment* delle risorse della persona o della famiglia, il mutuo aiuto, la solidarietà delle reti sociali informali, le risorse comunitarie o altro; la soddisfazione del bisogno deve essere centrale, vale a dire il risultato in termini di benessere prodotto, che la legislazione regionale (o la programmazione) ha ritenuto di dover garantire.

Questo approccio globale può essere aggiornato periodicamente, anche attraverso normative che riguardino specifici *target* di popolazione o nuovi bisogni emergenti. Bisogna invece evitare che la legislazione settoriale sia il traino per la tutela dei diritti dei cittadini regionali, per non perpetuare la situazione attuale dove alcuni *target* sono sovra-rappresentati nella legislazione, mentre altri sono trascurati o addirittura assenti. L'equità passa anche attraverso una equilibrata considerazione delle esigenze di tutte le componenti della comunità regionale.

Non da ultimo, deve maturare la consapevolezza che se le Regioni non legiferano nell'ambito delle politiche sociali, non lo potrà fare nessun altro, nel rispetto della Costituzione. Anche se lo Stato si decidesse ad affrontare il compito di determinare i livelli essenziali delle prestazioni sociali, anche nelle loro caratteristiche quali-quantitative, non potrebbe che stabilire una soglia di intervento sotto la quale nessuna Regione potrebbe operare, per tutelare i diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti.

Senza politiche nazionali e regionali che definiscano e finanzino adeguatamente i livelli essenziali delle prestazioni sociali, gli interventi dei Comuni rischiano di diventare sempre più residuali, anche alla luce del taglio dei fondi nazionali e dei trasferimenti statali alle Amministrazioni comunali.

In almeno tre ambiti di spesa sarebbero indispensabili consistenti fondi nazionali finalizzati:

- fondo per i servizi educativi rivolti alla prima infanzia, con l'obiettivo di rispettare l'impegno di Lisbona (33% di utenza potenziale ammessa ai servizi);

- fondo per l'assistenza alle persone non autosufficienti, che assicuri loro una dote di cura di importo adeguato;
- fondo di contrasto della povertà assoluta, attraverso l'introduzione di un reddito minimo per le persone che non dispongono delle risorse economiche per vivere.

Soprattutto i primi due istituti avrebbero un rilevante e positivo effetto sull'occupazione femminile e libererebbero enormi risorse lavorative delle persone (donne) oggi impegnate nei compiti di cura. Si tratta quindi di interventi che migliorerebbero significativamente la condizione femminile in Italia e contribuirebbero anche allo sviluppo del sistema produttivo. Il terzo istituto stimolerebbe soprattutto la domanda interna di beni alimentari e di prima necessità, con una redistribuzione del reddito che avrebbe effetti sull'equità sociale, ma stimolerebbe anche il PIL.

3.7.4. Una proposta sostenibile di LEPS

Allo stato dei fatti sembra utopistico prevedere un'introduzione, anche graduale, degli istituti nazionali sopra descritti.

Senza voler rinunciare ai LEPS che devono garantire i diritti sociali, al loro finanziamento e a risorse date, si potrebbe già oggi definire alcuni LEPS prioritari, sostenibili ed erogabili dai Comuni, ma capaci di migliorare le politiche sociali: è infatti dimostrabile che questo risultato si può ottenere semplicemente orientando la spesa dei Comuni verso obiettivi generalizzati.

Prendendo a riferimento la spesa sociale dei Comuni registrata dall'ISTAT nel 2009, si può riquilibrare la spesa in direzione dei LEPS, senza modificare le percentuali di spesa registrate nelle singole aree e, per quanto possibile, le percentuali di spesa per le diverse categorie di servizi. Ovviamente questa rigidità è assurda, ma serve solo per valutare l'impatto dell'ipotesi, assumendo la distribuzione della spesa come fosse un indicatore delle scelte politiche degli Enti locali. Sono stati anche introdotti alcuni criteri che aiutano a migliorare l'ipotesi e a caratterizzare maggiormente il ruolo dei Comuni e l'impatto del loro intervento. I principali criteri sono:

- le politiche sociali dei Comuni non hanno spessore se non raggiungono una massa critica: si ipotizza quindi che gli interventi vengano sviluppate dai Comuni in forma associata, in ambiti distrettuali mediamente di 100.000 residenti;
- la programmazione dei Comuni deve evitare le funzioni di supplenza: dato che in Italia le politiche dei servizi alla persona sono tutte carenti, i Comuni rischiano di rincorrere (senza risorse) l'insufficiente o lo squilibrato intervento monetario dell'INPS, della scuola e del diritto allo studio, della sanità, della casa, del lavoro, ecc.;
- l'intervento dei Comuni deve caratterizzarsi, al contrario dell'INPS, come offerta di servizi (professionisti che aiutano persone) anziché di denaro. Questa trasformazione culturale appare non facile e di non immediata introduzione, vista la propensione elemosiniera dei Comuni che disperdono le risorse economiche in mille rivoli e in micro erogazioni che danno soddisfazione immediata alla domanda, ma non risolvono i problemi;

- i servizi sociali dei Comuni devono riscoprire la funzione di *empowerment* della comunità. Sembra ancora prevalere la cultura dell'erogazione della prestazione e della gestione diretta, mentre si otterrebbero migliori e maggiori risultati sollecitando le risorse economiche ed umane del territorio, mettendole in rete e orientandole verso priorità e obiettivi comuni.

Il risultato ottenuto applicando i criteri descritti, per quanto ancora grezzo e ampiamente migliorabile, fa ritenere che l'assunzione di orientamenti comuni e coordinati aiuterebbe i Comuni a innovare le loro politiche sociali, dando ad esse una più precisa identità, attraverso scelte sostenibili con le risorse date (dell'anno 2009).

Azioni di sistema e attività di servizio sociale

Innanzitutto, le azioni di sistema (programmazione, regolazione e committenza) potrebbero essere assicurate in ogni ambito distrettuale medio di 100.000 abitanti da un Ufficio di Piano e di coordinamento configurato come segue:

- 1 dirigente
- 1 quadro responsabile del settore amministrativo
- 5 impiegati
- 1 quadro dell'area sociale, responsabile della programmazione e del coordinamento dei servizi
- *budget* di circa 100.000 Euro per lo sviluppo del sistema informativo e l'osservatorio sociale
- *budget* di circa 100.000 Euro per la ricerca e la formazione
- *budget* di circa 30.000 Euro per attività di prevenzione.

Si è valutato un costo complessivo nazionale di 338 milioni di Euro a fronte di una spesa, per le cosiddette azioni di sistema, organizzazione, prevenzione e sensibilizzazione, di 327 milioni di Euro.

In Emilia-Romagna l'assetto dell'Ufficio di piano e di coordinamento distrettuale potrebbe essere significativamente più consistente, con un costo complessivo regionale stimato di 52 milioni di Euro, contro una spesa effettiva di 53 milioni di Euro.

- 1 dirigente
- 1 quadro responsabile del settore amministrativo
- 8 impiegati
- 1 quadro dell'area sociale, responsabile della programmazione
- 2 quadri dell'area sociale, responsabili del coordinamento dei servizi, in specifiche aree o territori
- *budget* di circa 240.000 Euro per lo sviluppo del sistema informativo e l'osservatorio sociale
- *budget* di circa 240.000 Euro per la ricerca e la formazione
- *budget* di circa 200.000 Euro per attività di prevenzione.

Analogamente, sarebbe sostenibile prevedere una rete di Servizi sociali territoriali distrettuali a livello nazionale dimensionati come segue:

- Servizio sociale professionale
17 assistenti sociali (uno ogni 5.900 abitanti)

- Segretariato sociale e Sportello sociale
2 assistenti sociali
3 impiegati / operatori di sportello

Il costo stimato a livello nazionale per il Servizio sociale professionale è di 367 milioni di Euro, contro una spesa effettiva di 364 milioni di Euro. Il costo stimato per il segretariato sociale è di 103 milioni di Euro, contro una spesa di 107 milioni di Euro.

Nella Regione Emilia-Romagna il Servizio sociale territoriale distrettuale potrebbe invece essere configurato come segue:

- Servizio sociale professionale
22 assistenti sociali (uno ogni 4.500 abitanti)
- Segretariato sociale e Sportello sociale
3 assistenti sociali
6 impiegati / operatori di sportello

Il costo complessivo regionale stimato per il Servizio sociale professionale è di 34 milioni di Euro, la spesa effettiva è di 44 milioni di Euro. Il costo complessivo per il segretariato sociale è di 13 milioni di Euro, pari alla spesa effettiva

Pur nella sua schematicità, si comprende che se in Italia e in Regione, a spesa media invariata, si adottasse un modello organizzativo standard, si potrebbe contare su una rete di Uffici di Piano e servizi sociali in grado di sviluppare e realizzare programmi di una certa rilevanza; oltre alle azioni di sistema, si potrebbe anche iniziare a garantire i primi due LEPS: informazione e consulenza alle persone e alle famiglie.

Interventi e prestazioni sociali nelle aree di utenza

Nella Tabella 5 è riportata un'ipotesi di LEPS il cui costo è sostenibile con la spesa effettiva dei Comuni della Regione Emilia-Romagna, nel 2009.

Anche in questo caso la proposta è metodologica, non di contenuto, ma serve a dimostrare che con la spesa attuale è possibile iniziare a descrivere le prestazioni anche come obiettivi e che, orientando la spesa verso priorità generali, si ottiene una migliore caratterizzazione dell'intervento comunale e una distribuzione più omogenea delle prestazioni sul territorio.

Tabella 5. Ipotesi di LEPS sostenibili con la spesa sociale consolidata dei Comuni

Prestazione essenziale	Standard	Costo stimato per Distretto di 100.000 abitanti	Costo stimato Regione	Spesa nel 2009
<i>Area Famiglie e minori</i>				
Servizi educativi per la prima infanzia	Offerta di posti in nido accreditato al 20,5% dei bambini da 0 a 3 anni	5.290.000	227.000.000 per 25.276 posti in nido	227.000.000
Integrazione sociale, scolastica, culturale e lavorativa di minori in situazioni di disagio, affiancamento delle famiglie che non dispongono di competenze sufficienti per l'educazione dei figli	Servizio educativo minori, con 10 educatori	330.000	14.000.000	14.000.000
Assistenza economica alle famiglie con condizioni economiche insufficienti ad assicurare il benessere dei figli minorenni	<i>Budget</i> di 69 Euro per ogni minore residente	1.186.000	51.000.000	51.000.000
Empowerment delle risorse comunitarie per la promozione dell'infanzia e dell'adolescenza	<i>Budget</i> di 13 Euro per ogni minore residente	226.000	9.700.000	9.700.000
Accoglienza di minori privi o carenti di adeguate cure familiari	Accoglienza in comunità educativa accreditata allo 0,2% dei minori residenti	1.250.000	53.000.000 per 1.472 minori	53.000.000

(continua)

Prestazione essenziale	Standard	Costo stimato per Distretto di 100.000 abitanti	Costo stimato Regione	Spesa nel 2009
<i>Area Disabili</i>				
Integrazione sociale, scolastica e lavorativa delle persone con disabilità	Servizio educativo disabili con 38 operatori, circa 1 operatore ogni 22 disabili che vivono in famiglia	1.254.000	54.000.000	55.000.000
Contributo per la retta di LEA sociosanitari: ADI	Servizio accreditato erogato a domicilio da educatori per 220 ore/anno all'8% dei disabili che vive in famiglia	153.000	6.600.000 per 3.000 utenti	6.500.000
Contributo per la retta di LEA sociosanitari: assistenza semiresidenziale	Servizio erogato in centro socio-riabilitativo diurno accreditato per 230 giorni l'anno al 7% dei disabili che vive in famiglia	274.000	11.800.000 per 2.700 utenti	14.100.000
Contributo per la retta di LEA sociosanitari: assistenza residenziale	Servizio erogato in centro socio-riabilitativo residenziale accreditato per 365 giorni al 6,5% delle persone disabili	386.000	16.600.000 per 1.250 utenti	16.700.000
Assegno di inserimento finalizzato a programmi individuali di inserimento sociale e lavorativo di persone con disabilità	Assegno di 472 Euro al mese per la durata del progetto al 4% dei disabili che vive in famiglia	210.000	9.000.000 per 1.600 utenti	9.500.000 per diversi contributi economici

(continua)

Prestazione essenziale	Standard	Costo stimato per Distretto di 100.000 abitanti	Costo stimato Regione	Spesa nel 2009
<i>Area Anziani</i>				
Empowerment delle risorse comunitarie per l'integrazione sociale e la promozione della qualità della vita delle persone anziane	<i>Budget</i> 4 Euro ad anziano	90.000	4.000.000	4.000.000
Assistenza familiare, per migliorare la vita a domicilio degli anziani fragili	Assegno di cura differenziato (ISEE) per lo 0,92% degli anziani over 65, per 365 giorni/anni finalizzato alla remunerazione di una assistente familiare o un <i>caregiver</i>	161.000	7.000.000 per 9.000 utenti	42.000.000 complessivi per assistenza domiciliare di base, ADI e voucher
Assistenza domiciliare sociale, per l'assistenza a domicilio di anziani parzialmente non autosufficienti	Servizio erogato a domicilio da assistenti di base, per una media di 150 ore/anno allo 0,61% degli anziani over 65	418.000	18.000.000 per 6.000 utenti	
Contributo per la retta di LEA sociosanitari: ADI	Servizio accreditato erogato a domicilio da OSS per 150 ore/anno all'1,18% degli anziani over 65	401.000	17.000.000 per 11.500 utenti	
Contributo per la retta di LEA sociosanitari: assistenza semiresidenziale	Servizio erogato in centro diurno accreditato per 290 giorni l'anno allo 0,31% degli anziani over 65	395.000	17.000.000 per 3.080 utenti	17.000.000
Contributo per la retta di LEA sociosanitari: assistenza residenziale	Servizio erogato in casa residenza accreditata per 365 giorni all'1,43% degli anziani over 65	997.000	253.000.000, dei quali 42.900.000 sostenuti dai Comuni (16,8%)	43.000.000
Assistenza economica agli anziani che si trovano in situazioni di grave difficoltà	<i>Budget</i> 10 Euro ad anziano over 65	232.558	10.000.000	10.000.000

(continua)

Prestazione essenziale	Standard	Costo stimato per Distretto di 100.000 abitanti	Costo stimato Regione	Spesa nel 2009
<i>Aree Adulti (persone tossicodipendenti, immigrate, con disagio, senza fissa dimora)</i>				
Promozione dell'integrazione sociale, culturale e lavorativa	Servizio sociale adulti con 10 operatori	330.000	14.000.000	62.000.000
Pronto intervento sociale	Servizio operativo 24h	400.000	17.000.000	
Empowerment delle risorse comunitarie per l'integrazione sociale e la promozione della qualità della vita delle persone adulte in difficoltà	<i>Budget</i> 4 Euro residente	400.000	17.000.000	

Riferimenti bibliografici del Capitolo 3

- Bragagnolo P, Astolfo R, Lazzarotto M, Paltrinieri F, Tomba R. (a cura di). *La qualità del servizio sociale territoriale in Emilia-Romagna. Rapporto finale di ricerca*. Dossier n. 233/2013, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. 2013.
- ISTAT. *Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali - Anno 2006*. 2006.
- ISTAT. *Indagine multiscopo sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005*. 2007.
- ISTAT. *Interventi e servizi sociali dei Comuni*. 2009.
- Servizio Programmazione e sviluppo dei servizi sociali. Promozione sociale. Terzo settore, Servizio civile della Regione Emilia-Romagna. *Gli sportelli sociali in Emilia-Romagna. Esiti del primo monitoraggio*. Marzo 2010. Regione Emilia-Romagna, maggio 2010

Appendice del Capitolo 3

Sintesi sui diritti sociali e sui LEPS

Nella Tabella che segue si sintetizzano i risultati della rilevazione dei diritti sociali e delle prestazioni/servizi previsti nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e nella legislazione nazionale, con particolare riguardo alla Costituzione italiana e alla Legge n. 328/2000.

L'obiettivo è sostenere azioni di programmazione delle politiche sociali e di aggiornamento sistematico e periodico dei diritti sociali e delle prestazioni garantite. Si ribadisce sia l'esigenza di adeguare questo quadro al contesto attuale (molto cambiato da quello che ha ispirato la Legge n. 328), sia di adottare una visione multidimensionale nella descrizione dei LEPS.

Target di utenza

famiglia e minori, disabili, dipendenze, anziani, immigrati, disagio adulti, multiutenza

Esigibilità del diritto

- alta l'utente o chi lo tutela può ricorrere in giudizio per rivendicare il diritto alla prestazione, oppure, la mancata erogazione della prestazione può configurarsi come reato penale
- media l'utente o chi lo tutela può ricorrere al Giudice di pace o al Difensore civico, per rivendicare il diritto alla prestazione
- bassa l'utente può far ricorso all'Amministrazione competente per reclamare sulla mancata erogazione della prestazione

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Definizione del diritto	Titolari del diritto	Oggetto (prestazione, servizio, insieme servizi e prestazioni)	Qualità	Costi a carico degli utenti	Modalità di accesso	Esigibilità del diritto
Art. 30 Cost. Art. 34 CDFUE Art. 22 L. 328	Adulti e anziani, sprovvisti dei mezzi necessari per vivere, persone senza dimora	Mantenimento Assistenza sociale Assistenza abitativa	Tempestività dell'intervento	Nessuno	Segnalazione, richiesta di aiuto Servizio di pronto intervento sociale Segretariato sociale Servizio sociale professionale o altro soggetto della rete sociale territoriale	Alta rapportata al rischio per la salute o la vita in caso di mancata erogazione della prestazione
Art. 30 Cost. Art. 26 e 34 CDFUE Art. 22 L. 328	Adulti e anziani, totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;	Misure economiche (es. assegno di cura, contributo per adeguamento dell'alloggio, voucher per soggiorni di vacanza, attività motoria, attività di socializzazione)	Appropriatezza del trasferimento monetario, in relazione ai bisogni Continuità dell'erogazione in costanza del bisogno	Nessuno	Segnalazione, richiesta di aiuto Servizio sociale professionale	Media
Art. 30 e 31 Cost. Art. 24 CDFUE Art. 22 L. 328	Minori in condizione di disagio (i cui genitori presentano difficoltà sociali, economiche o educative)	Misure di sostegno economico, sociale ed educativo alla famiglia (assistenza sociale e assistenza domiciliare educativa) Affidamento del minore Inserimento del minore in una comunità educativa	Centralità dell'interesse del minore Priorità al sostegno delle competenze genitoriali Presenza di un monitoraggio costante della condizione minorile Relazioni di collaborazione con l'Autorità giudiziaria minorile Affiancamento del servizio sociale pre e post-affidamento o inserimento in comunità Monitoraggio e vigilanza degli inserimenti	Nessuno	Segnalazione, richiesta di aiuto della famiglia, provvedimento dell'autorità giudiziaria provvedimento del Sindaco	Alta in presenza di abbandono del minore, maltrattamenti o abusi Media nei casi meno gravi

Definizione del diritto	Titolari del diritto	Oggetto (prestazione, servizio, insieme servizi e prestazioni)	Qualità	Costi a carico degli utenti	Modalità di accesso	Esigibilità del diritto
Art. 31 Cost. Artt. 9 e 33 CDFUE Artt. 16 e 22 L. 328	Famiglie in generale Famiglie numerose, in particolare	Assegni di cura a sostegno della maternità e della paternità responsabile Prestazioni sociali ed educative a sostegno della genitorialità Politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura Servizi formativi e informativi di sostegno alla genitorialità Promozione del mutuo aiuto tra le famiglie Aiuto economico e assistenza domiciliare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza e di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani Servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, e in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro Servizi per l'affido familiare, per sostenere, con qualificati interventi e percorsi formativi, i compiti educativi delle famiglie interessate	Proattività delle iniziative Appropriatezza degli interventi Specifica formazione professionale degli operatori addetti Carta dei servizi, regolamenti di accesso ed erogazione dei servizi	Nessuno	Accesso libero e generalizzato alle iniziative di sensibilizzazione e formazione Segnalazione, o richiesta di aiuto per le prestazioni assistenziali Richiesta delle coppie interessate ai percorsi di valutazione della idoneità all'adozione e all'affido	Alta per quanto riguarda la vigilanza e il sostegno delle famiglie adottive ed affidatarie Media per quanto riguarda i percorsi di valutazione della idoneità all'adozione e all'affido Bassa per le prestazioni di sostegno ai compiti familiari di cura

Definizione del diritto	Titolari del diritto	Oggetto (prestazione, servizio, insieme servizi e prestazioni)	Qualità	Costi a carico degli utenti	Modalità di accesso	Esigibilità del diritto
Art. 22 L. 328	Donne in gravidanza o madri, in difficoltà socio economica	Istruttorie per l'autorità giudiziaria (segnalazioni, relazioni, attuazione di disposizioni del Sindaco e dell'AG, ...) Informazione sui diritti, in particolare per quanto riguarda il lavoro Formazione alla genitorialità Sostegno, anche domiciliare, sociale e educativo Inserimento del neonato non riconosciuto in percorsi di adozione Accoglienza della donna in gravidanza e della madre col neonato in strutture di accoglienza	Specifica preparazione professionale degli operatori Elevata qualità relazionale Tempestività degli interventi Valutazione del bisogno e programma di assistenza integrato con i servizi sanitari Autorizzazione al funzionamento delle strutture	Nessuno	Segnalazioni o disposizioni dell'autorità giudiziaria Segnalazioni e richieste di aiuto Accesso attraverso i servizi social, integrati con i servizi sanitari e in special modo con il Consultorio familiare	Alta rapportata alla cogenza delle richieste dell'autorità giudiziaria e al rischio per la salute, il benessere o la vita del nucleo madre-bambino
Art. 22 L. 328	Persone con disabilità	Interventi per la piena integrazione: - informazione specifica - agevolazione alla mobilità - agevolazione a un alloggio adeguato - sostegno all'integrazione scolastica - sostegno all'inserimento nel lavoro - sostegno sociale ed educativo nelle attività quotidiane della vita garantendo un programma assistenziale individualizzato o un programma educativo individualizzato	Completezza dell'informazione disponibile Proattività delle iniziative Appropriatezza degli interventi Specifica formazione professionale degli operatori addetti Carta dei servizi, regolamenti di accesso ed erogazione dei servizi	Se previste nelle tariffe dei servizi comunali	Segnalazione, richiesta di aiuto Sportello sociale Servizio sociale professionale	Media o bassa rapportata allo stato di isolamento, al livello di fragilità, alle autonomie residue, al rischio per la salute, il benessere o la dignità personale

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Definizione del diritto	Titolari del diritto	Oggetto (prestazione, servizio, insieme servizi e prestazioni)	Qualità	Costi a carico degli utenti	Modalità di accesso	Esigibilità del diritto
Art. 22 L. 328	Persone con disabilità grave	Centri socio-riabilitativi (le prestazioni sociali comprendono la consulenza professionale per l'accesso e l'eventuale erogazioni monetarie a sostegno dell'utente che non fosse in grado di sostenere la compartecipazione ai costi) Comunità-alloggio	Autorizzazione al funzionamento Accreditamento Valutazione multidimensionale PAI integrato Responsabile del caso	Per i Centri socio-riabilitativi, compartecipazione alle spese dell'utente in base al DPCM 29/11/2001 sui LEA Per le comunità alloggio se previste nelle tariffe dei servizi comunali	Segnalazione, richiesta di aiuto Accesso attraverso i servizi sociali, integrati con i servizi sanitari	Alta legata al diritto alla salute
Art. 22 L. 328	Persone con disabilità, prive di sostegni familiari	Servizi di comunità e di accoglienza Prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie	Autorizzazione al funzionamento delle strutture Carta dei servizi, regolamenti di accesso ed erogazione dei servizi	Se previste nelle tariffe dei servizi comunali	Segnalazione, richiesta di aiuto Servizio sociale professionale	Alta o media rapportata alla disponibilità di un alloggio, allo stato di abbandono, al livello di fragilità, al rischio per la salute o la dignità personale
Art. 38 Cost. Artt. 25, 26, 34 CDFUE Art. 22 L. 328	Persone con disabilità e anziane	Interventi per favorire la permanenza a domicilio (assistenza domiciliare sociale, adeguamento degli alloggi) Inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare	Autorizzazione al funzionamento delle strutture Carta dei servizi, regolamenti di accesso ed erogazione dei servizi	Se previste nelle tariffe dei servizi comunali	Segnalazione, richiesta di aiuto Servizio sociale professionale	Alta o media rapportata alla disponibilità di un alloggio, allo stato di abbandono, al livello di fragilità, al rischio per la salute o la dignità personale

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Definizione del diritto	Titolari del diritto	Oggetto (prestazione, servizio, insieme servizi e prestazioni)	Qualità	Costi a carico degli utenti	Modalità di accesso	Esigibilità del diritto
Art. 38 Cost. Artt. 25, 26, 34 CDFUE Art. 22 L. 328	Persone con disabilità e anziane, con elevata fragilità personale o con limitazioni dell'autonomia, non assistibili a domicilio	Interventi per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali (le prestazioni sociali comprendono la consulenza professionale per l'accesso e l'eventuale erogazioni monetarie a sostegno dell'utente che non fosse in grado di sostenere la compartecipazione ai costi)	Autorizzazione al funzionamento Accreditamento Valutazione multidimensionale PAI integrato Responsabile del caso	Compartecipazione alle spese dell'utente in base al DPCM 29/11/2001 sui LEA	Segnalazione, richiesta di aiuto Accesso attraverso i servizi social, integrati con i servizi sanitari	Alta legata al diritto alla salute
Art. 34 CDFUE Art. 22 L. 328	Giovani e adulti dipendenti o a rischio di dipendenza da droghe, alcol e farmaci	Prestazioni integrate di tipo socio-educativo (prevenzione, recupero, reinserimento sociale)	Autorizzazione al funzionamento	Nessuna	Accesso libero e generalizzato alle iniziative di prevenzione Presa in carico da parte del servizio sociale delle persone dimesse da percorsi sanitari di uscita dalla dipendenza	Media per i soli percorsi di recupero e reinserimento sociale
Art. 3 Cost. Art. 11 CDFUE Art. 22 L. 328	Tutti i <i>target</i>	Informazione e consulenza (per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto)	Completezza della informazione disponibile Accessibilità dell'informazione Proattività delle forme di informazione Competenze professionali degli operatori che erogano consulenza Competenze relazionali degli operatori, in generale	Nessuna	Sportello sociale Segretariato sociale	Alta relativamente alle informazioni sull'accesso ai servizi Media legata alla tempestività di risposta in caso di emergenze/ urgenze sociali

4. Ricostruzione della spesa socio-sanitaria integrata nei Distretti della Regione Emilia- Romagna nel 2010¹⁷¹

4.1. Introduzione

Obiettivo di questo Capitolo è l'analisi dei problemi delle attuali rilevazioni finanziarie per la valutazione delle politiche sociali nel territorio dell'Emilia-Romagna; elaborazione di linee guida per la costruzione di un sistema integrato di rilevazioni finanziarie che superino tali difficoltà; ricostruzione sulla base di tali linee guida delle spese sociali nei vari comparti di intervento e per diversi livelli di governo nel territorio dell'Emilia-Romagna.

Seguendo le indicazioni concordate nelle fasi di impostazione della ricerca, l'attenzione è concentrata sul comparto della spesa sociale e socio-sanitaria, perché la spesa socio-sanitaria è quella che richiede maggiori interventi sia sotto il profilo conoscitivo sia sotto quello degli assetti istituzionali più idonei a renderla efficace per la collettività.

L'assetto normativo emerso dalla Legge n. 42 del 2009 e dai successivi decreti non ha purtroppo sancito in modo chiaro il profilo e i confini di questa area di spesa, che a differenza di quella più rilevante dal punto di vista quantitativo e politico - quella sanitaria - rischia di restare nel cono d'ombra, da cui non è mai realmente uscita dall'approvazione della Legge n. 328 del 2000. Anche nelle realtà più attente alle esigenze di realizzare una efficace integrazione dell'area socio-sanitaria, come quelle della Regione Emilia-Romagna, lo scarso aiuto in questa direzione fornito dalla normativa del processo di federalismo finisce per rallentare la messa in atto di strumenti di programmazione adeguati.

¹⁷¹ A cura di Francesco Bertoni, Provincia di Bologna, Servizio politiche sociali e per la salute; Paolo Bosi, CAPP, Università di Modena e Reggio Emilia; Marilena Lorenzini, Fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali.

Gli autori ringraziano: Maura Forni, Responsabile Servizio Coordinamento politiche sociali e socio-educative, programmazione e sviluppo del sistema dei servizi, Regione Emilia-Romagna; Maria Augusta Nicoli, Responsabile Area Comunità, equità e partecipazione, Area Innovazione sociale, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna; Monica Raciti, Responsabile Servizio Politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale, Regione Emilia-Romagna; Fabrizia Paltrinieri, Area Comunità, equità e partecipazione, Area Innovazione sociale, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna; Andrea Garofani, Area Innovazione sociale, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna; Milena Michielli, Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna; Marilia Maci, Servizio Programmazione economico-finanziaria, Regione Emilia-Romagna; Lucia Nironi, Servizio Programmazione economico-finanziaria, Regione Emilia-Romagna.

Una ricognizione a livello regionale, funzionale a questi obiettivi, è quindi altamente auspicabile e può fornire un contributo conoscitivo importante nel complicato processo di definizione dei livelli essenziali di questo tipo di prestazioni.

Anche indipendentemente da considerazioni connesse al dibattito in corso sul federalismo, la definizione di un quadro di rilevazioni appropriate della spesa sociosanitaria conserva una indiscutibile utilità, se esso consente di pervenire a una definizione della spesa sociosanitaria più comprensiva di quella usualmente individuata nelle fonti statistiche nazionali e regionali. Tale integrazione, come si vedrà, è particolarmente rilevante con riguardo a componenti di spesa sanitaria che sono complementari all'erogazione di servizi per persone non autosufficienti.

In secondo luogo questa ricognizione appare particolarmente preziosa se viene condotta al livello territoriale, il Distretto, che ormai costituisce il punto di riferimento appropriato delle politiche pubbliche.

La conoscenza disaggregata della spesa per tipologia di servizi e per Distretti può infatti fornire le informazioni di base intorno alle quali costruire momenti più innovativi e partecipati del monitoraggio della spesa stessa - operazioni di *benchmark* - attraverso il coinvolgimento degli operatori, responsabili a livello distrettuale nella spiegazione della variabilità della spesa, valutata possibilmente con riferimento ad appropriati sottoinsiemi di popolazione di riferimento.

In terzo luogo una riflessione sulle caratteristiche del modello di *welfare state* della Regione Emilia-Romagna, il cosiddetto *welfare mix*, in cui, pur nell'ambito di una forte regia pubblica, è ampiamente diffusa la partecipazione di molteplici attori nell'offerta dei servizi, induce a ritenere indispensabile, nella definizione delle rilevazioni di spesa e di offerta, una distinzione tra soggetti che contribuiscono al finanziamento e soggetti che contribuiscono alla produzione dei servizi sociali.

4.2. Proposta di uno schema di classificazione per la spesa sociosanitaria

La stima di un aggregato relativo alla spesa sociale e sociosanitaria erogata dai vari enti territoriali e dai cittadini non è semplice. Ad oggi non esistono infatti fonti informative che siano in grado di ricostruire quanto complessivamente si spende per le politiche sociali e sociosanitarie, così come definite dalla Legge n. 328/2000 e dalla normativa successivamente introdotta dalla Regione Emilia-Romagna.¹⁷²

Tutte le fonti informative esistenti - siano esse nazionali o regionali - permettono infatti di ottenere solo una quota del totale delle risorse necessarie per l'erogazione dei servizi alla persona. Una ricostruzione dell'aggregato complessivo viene effettuata nei Piani di zona, ma unicamente su dati di spesa a preventivo. In altre parole, in Emilia-Romagna non esiste ancora

¹⁷² Ciò non significa che negli anni recenti non vi siano stati tentativi di costruzione di dati, anche se solitamente su aree delimitate, in sintonia con quanto proposto in questo rapporto. Si vedano ad esempio Bertoni *et al.*, 2009, 2010; Bosi, Manganiello, 2008.

una fonte informativa che permetta di quantificare quanto si spende complessivamente a consuntivo per i servizi, tra risorse private e pubbliche.

La ricchezza (che in alcuni casi diviene ridondanza) dei sistemi informativi esistenti permette però di ricomporre questo quadro allargato e consente di definire, anche se in modo a volte complesso, un aggregato che si definisce "spesa sociosanitaria integrata".

L'attività di ricostruzione della spesa sociosanitaria integrata consiste di fatto nella redazione di una sorta di "bilancio consolidato" delle attività dell'area sociale e sociosanitaria, così come definite dalla Legge n. 328 sopra richiamata; tale spesa è calcolata sul perimetro dei servizi all'interno del sistema di *welfare* governato dal settore pubblico. Ciò significa che l'ambito di interesse della ricostruzione della spesa sociosanitaria integrata non riguarda solo i servizi gestiti direttamente dal settore pubblico, ma anche i servizi che interagiscono con il settore pubblico attraverso i meccanismi del convenzionamento (per i servizi all'infanzia) e dell'accreditamento (per una parte delle strutture sociosanitarie). Rimangono esclusi da questa ricostruzione i servizi offerti a libero mercato, che pure rappresentano, in particolare nell'area Anziani, una quota non trascurabile dell'offerta complessiva. Nel Paragrafo 4.6 si cercherà di fornire una stima delle risorse che gli utenti spendono in queste strutture, in modo da avere una informazione aggiuntiva rispetto al quadro offerto dalla spesa sociosanitaria integrata.

Lo schema proposto tocca quindi i seguenti aspetti:

- articolazione dei servizi censiti a livello distrettuale;
- individuazione della spesa sociale integrata;
- articolazione della spesa tra soggetti produttori e finanziatori.

4.2.1. Servizi considerati

Con riferimento ai servizi considerati nella ricostruzione della spesa sociosanitaria integrata si assume come rilevante la classificazione adottata nei Piani di zona, definita in base alla Legge n. 328/2000 e ripresa dalla *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati* condotta dall'ISTAT (2013). Pertanto, l'allargamento della spesa riguarda quei soggetti che rientrano nell'erogazione dei servizi all'interno delle aree esaminate. La classificazione più aggregata (primo *digit*) è quindi la seguente:

- famiglia e minori;
- disabili;
- dipendenze;
- anziani;
- immigrati e nomadi;
- povertà, disagio adulto e senza fissa dimora;
- multiutenza.

A un livello più dettagliato è possibile individuare 278 voci di spesa corrispondenti ad altrettanti servizi erogati, le stesse previste dall'Indagine ISTAT citata.

4.2.2. Spesa "integrata"

La definizione di spesa qui adottata è quella che d'ora in poi verrà indicata come spesa "integrata". Con tale termine si intende la spesa sociale dei Comuni e la compartecipazione degli utenti censite dall'Indagine ISTAT sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni, integrate con le risorse erogate dal sistema sanitario (attraverso i diversi fondi esistenti: Fondo regionale per la non autosufficienza - FRNA - o Fondo sanitario regionale - FSR) per il finanziamento di alcune tipologie di servizi considerati e con le risorse erogate dagli utenti per concorrere al costo dei servizi sociosanitari utilizzati.

Non vi è dubbio che la delimitazione delle Aree coinvolte (o, più precisamente, dei servizi da considerare al loro interno), soprattutto nel confine tra spesa sociale e sanitaria, possa essere discutibile. In questo rapporto l'obiettivo è delineare con chiarezza un metodo attraverso il quale ricostruire il complesso della spesa sociosanitaria integrata articolabile per Distretto, l'ambito territoriale nel quale si effettua la programmazione dei servizi. L'inclusione di eventuali altre componenti di spesa, una volta delineata la metodologia di ricostruzione del complesso delle risorse erogate, potrà pertanto essere effettuata in un secondo momento se i sistemi di rilevazione regionale potranno essere affinati in tal senso.¹⁷³ Pertanto, nel Paragrafo 4.4 l'analisi distrettuale sarà condotta integrando unicamente la spesa sanitaria delle aree Anziani e Disabili, le uniche per le quali è possibile una disaggregazione distrettuale. Nel Paragrafo 4.5 vengono invece incluse anche le spese sanitarie delle altre aree di bisogno, presentando una breve analisi per Provincia. La scelta effettuata con riferimento a quanta spesa sanitaria includere nell'analisi (che si traduce nella scelta dei servizi da considerare) si basa sulla classificazione adottata dalla Legge n. 328/2000 e sul funzionamento dei servizi sociali e sociosanitari.

4.2.3. Produttori e finanziatori

In questa analisi si possono identificare cinque grandi gruppi di attori che operano sul mercato dei servizi sociosanitari pubblici:

- Comuni (singoli o associati);
- Azienda sanitaria;
- utenti che usufruiscono del servizio o i loro familiari;
- ASP;
- enti privati e *no profit*, per i posti convenzionati.

L'individuazione dei gruppi di attori che operano sul mercato dei servizi sociosanitari pubblici e la ricostruzione della spesa sociosanitaria integrata permettono di condurre un'analisi dettagliata su chi finanzia il sistema dei servizi e chi produce tali servizi.

Per quanto riguarda la produzione del servizio, essa viene svolta principalmente da Comuni e Unioni (in forma diretta o mediante esternalizzazione/trasferimenti ad ASP, enti *no profit* e enti privati).

¹⁷³ Ci si riferisce in particolare alle componenti di spesa sanitaria elaborate attraverso il modello COA01, legato alla contabilità analitica delle Aziende USL.

Queste spese non esauriscono l'offerta dei servizi perché una parte (che esclude i trasferimenti che le ASP ricevono dai Comuni e che quindi risultano già contabilizzati) è fornita anche dalle ASP e dai soggetti privati e *no profit* convenzionati che utilizzano anche risorse provenienti da altri soggetti.

Una terza componente dell'offerta di servizi è attribuibile alle Aziende USL, che sostengono spese per servizi sociali finanziandole direttamente, ad esempio le spese per infermieri e medici, o per servizi di riabilitazione gestiti direttamente dall'Azienda USL).

La somma di queste spese rappresenta il costo complessivo dei servizi e la loro articolazione per ente produttore.

Per rispondere in modo esauriente alla domanda di chi paga i servizi sociali prodotti è poi necessario tenere conto dei trasferimenti che intercorrono tra enti.

Come detto sopra, i Comuni ricevono trasferimenti dall'Azienda USL e dai cittadini utenti dei servizi. Le Aziende USL fanno trasferimenti non solo ai Comuni, ma anche direttamente alle ASP e ai soggetti privati e *no profit* che operano in regime di convenzione per i posti convenzionati. I beneficiari dei servizi contribuiscono al costo degli stessi con compartecipazioni che affluiscono ai Comuni, alle ASP e agli altri soggetti gestori di strutture convenzionate, private e *no profit* che operano in regime di convenzione per i posti convenzionati. Infine, le ASP - così come gli altri soggetti gestori, privati e *no profit* - svolgono la propria attività di produzione di servizi ricevendo mezzi finanziari dai Comuni, dall'Azienda USL, dagli utenti e da altre entrate, tra cui le donazioni di privati. Le ASP e gli altri enti che operano in regime di convenzione per i posti convenzionati sono soggetti che non sopportano direttamente alcun costo, dato che a fronte delle spese ricevono sempre trasferimenti da parte degli altri attori.

Gli schemi proposti di seguito (*Figure 1 e 2*) rappresentano le relazioni finanziarie tra gli attori del panorama socio-assistenziale, evidenziandone i rapporti attraverso l'articolazione della spesa tra funzione di produzione (*Figura 1*) e funzione di finanziamento (*Figura 2*).

Tra i produttori del servizio vi sono il Comune, l'Azienda sanitaria, le ASP, con strutture residenziali o centri diurni (per anziani o disabili) e gli enti privati convenzionati.

Il costo è invece sostenuto dal Comune per la parte di spesa netta - secondo la terminologia dell'Indagine ISTAT (2013), al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio sanitario -, dall'Azienda USL - attraverso oneri a rilievo sanitario e spesa sanitaria -, dagli utenti e dai soggetti che effettuano donazioni direttamente alle ASP e ai produttori di servizi privati, che operano in regime di convenzionamento.

Questo insieme di attori può ritenersi completo, in quanto considera tutti gli enti (Comuni, Aziende USL e ASP) che appartengono all'aggregato delle Amministrazioni pubbliche.

Figura 1. Relazioni finanziarie tra i soggetti produttori

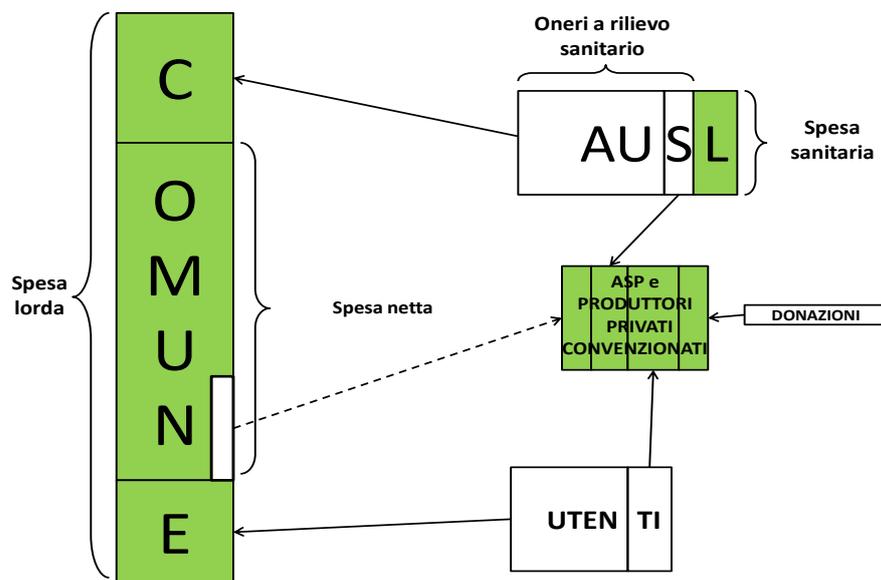
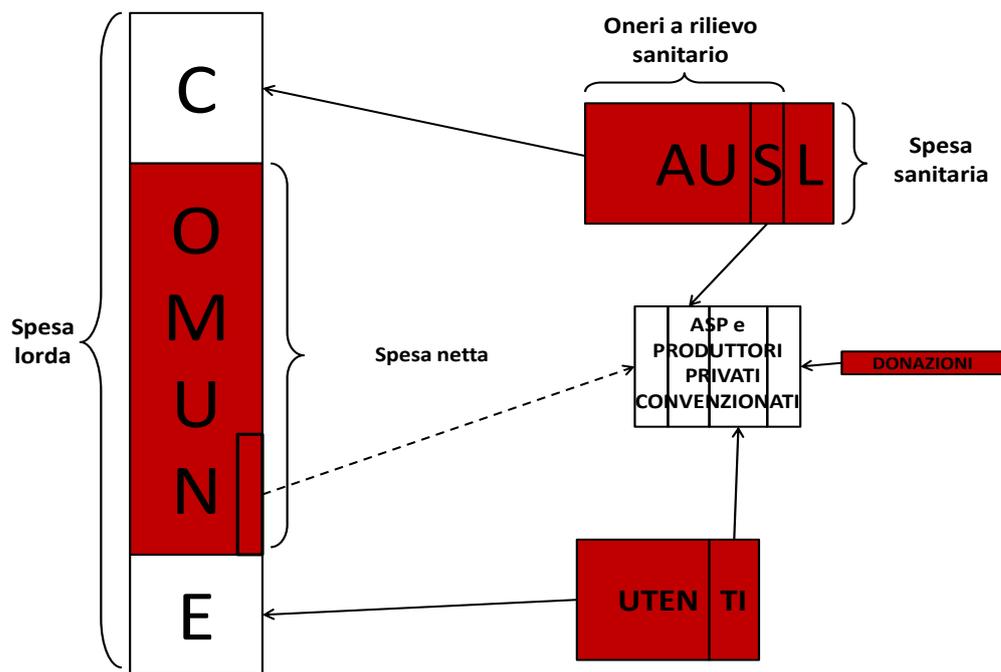


Figura 2. Relazioni finanziarie tra i soggetti finanziatori



4.3. Analisi critica delle fonti disponibili

I flussi finanziari che intercorrono tra i soggetti sopra descritti possono essere ricostruiti grazie alle fonti informative disponibili presso l'Amministrazione regionale, in modo da ottenere la spesa sociosanitaria integrata. Vengono quindi ora considerate le varie parti di cui essa si compone.

4.3.1. Spesa dei Comuni

La ricostruzione del quadro allargato parte dalla spesa del soggetto al quale, in base all'ordinamento, spetta l'erogazione dei servizi sociali, ovvero i Comuni. La fonte che permette una quantificazione delle spese comunali è l'*Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati* condotta annualmente dall'ISTAT. Tale indagine è resa disponibile tre anni dopo la rilevazione, ma l'Amministrazione regionale è in grado di fornire i dati un anno prima della pubblicazione ufficiale da parte dell'ISTAT.

L'indagine rileva la spesa a consuntivo per interventi e servizi sociali dei Comuni, distinguendo la quota gestita direttamente o attraverso esternalizzazioni, la quota finanziata da trasferimenti da parte dell'Azienda USL e il contributo ai servizi ricevuto da parte degli utenti. I dati di spesa sono articolati secondo una pluralità di criteri, di cui i più rilevanti sono l'area di utenza, la tipologia dell'intervento e la titolarità della gestione.

Per ciascuna combinazione dei criteri di classificazione è rilevata la spesa lorda e, ove possibile e concettualmente non ambiguo, il numero degli utenti e/o il numero delle prestazioni. La spesa lorda rappresenta il complesso delle somme erogate dall'unità di analisi. Include quindi la spesa dei Comuni e delle Unioni per erogare servizi, sia prodotti direttamente dall'ente sia offerti attraverso processi di esternalizzazione (da ASP, enti *no profit* o privati convenzionati con il Comune). Essa include anche la compartecipazione al costo dei cittadini, ove presente, e il contributo alla spesa da parte delle autorità sanitarie. Se dalla spesa lorda si sottraggono le due voci di compartecipazione appena menzionate, si ottiene la spesa netta, pari dunque alla differenza tra spesa lorda, compartecipazione utenti e contributo del Servizio sanitario.

La spesa lorda rappresenta la misura più appropriata per valutare il costo di un dato elemento di spesa con riferimento a un dato universo di destinatari del servizio.

Tuttavia, la modalità di organizzazione del Comune incide sull'attendibilità del dato relativo alla spesa lorda. Se, per fare un esempio, il cittadino paga direttamente al Comune la compartecipazione al costo del servizio, tale somma sarà registrata nei bilanci del Comune e risulterà, quindi, nel conteggio della spesa lorda. Se invece il cittadino paga al gestore la compartecipazione al costo del servizio, la somma non sarà registrata nei bilanci del Comune e, di conseguenza, non risulterà nel conteggio della spesa lorda. Queste diverse modalità organizzative esistenti nei territori impattano sulla modalità di rilevazione del dato e inficiano sulla possibilità di effettuare attività di *benchmarking*, di confronto tra territori.

La spesa netta è invece indicativa della misura in cui il finanziamento del servizio grava sul bilancio del Comune e, in quanto tale, è confrontabile senza problemi di attendibilità dei dati.

4.3.2. Compartecipazione degli utenti

Per una parte dei servizi considerati, la tariffa prevede la compartecipazione a carico degli utenti. La ricostruzione di questa voce è particolarmente complessa, perché non esiste una fonte informativa che permetta di ottenere un dato complessivo, a causa del numero elevato di enti gestori ai quali la compartecipazione viene versata. Si possono distinguere i soggetti gestori in tre categorie: Comuni, ASP e soggetti privati convenzionati (cooperative sociali, cooperative, associazioni di volontariato, ecc.). Ai fini della ricostruzione della spesa sociosanitaria integrata, tre sono le parti della compartecipazione utenti che, in base alle fonti informative disponibili, è necessario distinguere:

- compartecipazione degli utenti in strutture socio-educative, socio-assistenziali e sociosanitarie gestite dal Comune. In questo caso il denaro versato dagli utenti finisce direttamente nelle casse del Comune e quindi transita nel suo bilancio. Il dato può essere recuperato utilizzando l'Indagine ISTAT;
- compartecipazione degli utenti in strutture socio-assistenziali e sociosanitarie gestite da altri soggetti (ASP, cooperative, cooperative sociali, ecc.). In questo caso il denaro versato dagli utenti finisce direttamente all'ente gestore e quindi questa parte di compartecipazione può essere calcolata recuperando i dati dalla *Rilevazione statistica sui presidi residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali*: si tratta di una rilevazione del Programma statistico nazionale ISTAT, condotta annualmente dalla Regione con la collaborazione delle Province, che censisce i presidi socio-assistenziali che operano nelle aree Anziani, Disabili, Minori, Immigrati, Adulti, Multiutenza. In Emilia-Romagna vengono anche rilevati i servizi di assistenza domiciliare dei Comuni. L'unità della rilevazione è il singolo presidio; il questionario viene pertanto inviato a tutte le strutture del territorio regionale. Per ciascuna struttura, la rilevazione permette di avere dati sui posti letto, sul personale e ore di lavoro svolte nel singolo presidio, sugli utenti per classe di età e per tipologia, sulle tariffe, sul bilancio di ogni singola struttura. In questa ultima sezione sono richieste le risorse che gli utenti, a titolo di compartecipazione, versano alle strutture: in questo modo è possibile recuperare il dato sulla compartecipazione versata dagli utenti delle strutture socio-assistenziali e sociosanitarie gestite da ASP e da enti del Terzo settore;
- compartecipazione degli utenti in strutture socio-educative. La compartecipazione per questi servizi può essere recuperata dalla Rilevazione SPIER (Sistema informativo dei servizi per la prima infanzia). Si tratta di una rilevazione sui presidi socio-assistenziali, che censisce tutti i servizi educativi per la prima infanzia. Per ciascun presidio sono rilevati i dati sui posti, sul personale, sugli utenti, sulle liste di attesa, sulle tariffe e sul bilancio. Analogamente a quanto scritto sopra, anche in questa rilevazione è presente una sezione nella quale si richiedono le risorse che gli utenti, a titolo di compartecipazione, versano alle strutture; è quindi possibile recuperare la compartecipazione versata dagli utenti dei nidi d'infanzia gestiti da ASP e da enti del Terzo settore.

La somma di queste tre parti costituisce il totale della compartecipazione che nel sistema dei servizi pubblici e privati convenzionati (o accreditati) viene versata dai cittadini.¹⁷⁴ L'operazione di ricomposizione della compartecipazione al costo del servizio è possibile attraverso l'utilizzo di tre fonti informative distinte:

- *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati* per la parte di compartecipazione in strutture socio-educative, socio-assistenziali e sociosanitarie, versata ai Comuni;
- *Rilevazione statistica sui presidi residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali* per la parte di compartecipazione in strutture socio-assistenziali e sociosanitarie, versata a soggetti diversi dal Comune;
- Sistema informativo dei servizi per la prima infanzia (SPIER) per la parte di compartecipazione in strutture socio-educative, versata a soggetti diversi dal Comune.

4.3.3. Spesa a carico del FRNA (ex oneri a rilievo sanitario)

Una parte cospicua delle risorse che compongono la spesa sociosanitaria integrata oggetto di questa ricostruzione provengono dal Fondo regionale per la non autosufficienza. Sono tutte quelle risorse che finanziano i servizi a favore degli anziani non autosufficienti (case protette, RSA, centri diurni, assegni di cura, ecc.) e dei disabili adulti (centri socio-riabilitativi residenziali, comunità alloggio, gruppi appartamento, centri socio-riabilitativi diurni). Questa voce di spesa è in linea teorica prevista anche dall'*Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, che però, come si è accennato sopra, in merito all'attendibilità sui dati di spesa lorda e spesa netta dell'indagine, presenta il problema di essere variabile in funzione degli assetti organizzativi di ciascun Comune. Per questo motivo si è preferito fare riferimento come fonte al sistema di monitoraggio del FRNA. Questi dati sono stati messi a disposizione dal Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali.

4.3.4. Spesa sanitaria

Le spese a carico del Fondo regionale per la non autosufficienza non esauriscono il totale delle risorse erogate dall'Azienda USL. Una parte delle spese - che per brevità possono essere individuate in spese per medici, farmaci, infermieri e, più in generale, operatori del sistema sanitario - derivano direttamente da risorse del Fondo sanitario nazionale. Esse completano il quadro del complesso di risorse necessarie per l'erogazione, in particolare, dei servizi a favore degli anziani non autosufficienti e costituiscono un ammontare non trascurabile della spesa complessiva. Le spese sanitarie per medici, farmaci e infermieri relative alle aree Anziani e Disabili, che completano le risorse necessarie per la produzione dei servizi a favore delle persone non autosufficienti (case protette, RSA, centri diurni per anziani, strutture residenziali e semiresidenziali per disabili adulti) sono rilevate attraverso i dati del sistema di monitoraggio del Fondo regionale per la non autosufficienza.

¹⁷⁴ Nelle strutture in cui non fosse disponibile il dato sulla compartecipazione si è proceduto a una stima, moltiplicando le giornate di accoglienza per la tariffa applicata.

Vi sono anche altre aree di utenza nelle quali le risorse del Fondo sanitario sono cospicue, in particolare per l'area Famiglia e minori, per l'area delle Dipendenze patologiche e per l'area Adulti (in particolare, per i servizi dell'area della salute mentale).

La fonte utilizzata di seguito per la stima delle risorse sanitarie utilizzate per le aree citate è costituita dal modello COA01 legato alla contabilità analitica delle Aziende USL. Esso fornisce un dato di costo pieno dei servizi, ribaltando su di essi quota parte dei costi generali. Nei dati di spesa sono compresi i beni utilizzati, il personale (sia dipendente che in convenzione), gli ammortamenti e i ribaltamenti dei costi di manutenzione. Questi dati sono purtroppo disponibili solo a livello di Azienda USL e non permettono una disaggregazione per Distretto, il livello più adatto per elaborare dati utili alla programmazione dei servizi.

Considerato che il livello territoriale più adatto per effettuare le elaborazioni dei dati è quello distrettuale, in una prima fase (*Paragrafo 4.4*) l'analisi è stata condotta escludendo i dati relativi al modello COA01 e quindi realizzando elaborazioni al livello di dettaglio distrettuale. In una seconda fase (*Paragrafo 4.5*), i dati relativi al modello COA01 sono stati utilizzati per ottenere un dato più ampio di spesa sociosanitaria integrata, che però a livello di dettaglio territoriale è stato possibile elaborare solo su base provinciale.

I dati relativi a questa parte di spesa sanitaria sono riportati nel Paragrafo 4.5, dove viene ricostruito il totale per area di bisogno, comprensivo della spesa sanitaria come appare nel modello COA01. In dettaglio, è stata inserita la spesa proveniente dal Fondo sanitario regionale per l'area Dipendenze e per l'area Adulti (incluso le spese della salute mentale e della salute donna); questa fonte ha permesso di aggiungere alle spese per l'area Anziani già considerate in precedenza le risorse erogate dal FSR relative all'assistenza domiciliare integrata - ADI - e all'area Famiglia e minori (considerando anche le risorse spese per i servizi inerenti la neuropsichiatria infantile).

4.3.5. Alcune osservazioni

La ricchezza di informazioni esistenti permette di ricostruire - non senza qualche complicazione - la spesa sociosanitaria integrata senza bisogno di ricorrere a rilevazioni ulteriori che aggraverebbero i compilatori (di solito, operatori degli enti locali che elaborano i dati finanziari in numerose forme e modalità) di carichi di lavoro aggiuntivi. E questa ricostruzione permette di esprimere alcune osservazioni in merito a tale ricchezza informativa e a mancanze delle singole indagini.

Sull'*Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati* condotta dall'ISTAT si è già detto: presenta l'indubbio vantaggio di considerare l'intero panorama dei servizi erogati, ma ha il difetto di basarsi unicamente sui Comuni e, pertanto, sottostima alcune aree di spesa (principalmente quelle relative all'integrazione sociosanitaria) e rende impraticabile un confronto tra territori se non attraverso l'utilizzo della spesa netta.

La *Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari* costituisce un censimento completo di tutti i presidi presenti sul territorio della regione, ma non considera tutti gli altri servizi erogati - in particolare, i trasferimenti monetari. Si tratta quindi di una indagine che offre un quadro completo unicamente dei servizi *in kind*.

Analogamente si può dire per il Sistema informativo dei servizi per la prima infanzia: si tratta di un censimento completo dei servizi educativi, legato anch'esso unicamente ai servizi *in kind*.

Una fonte informativa che presenta dati completi è il sistema di monitoraggio del FRNA, che fornisce il quadro allargato della spesa per l'area della non autosufficienza. Questo è anche il suo limite, dal momento che gli interventi dell'area Anziani non si esauriscono nei pur importanti interventi a favore delle persone non autosufficienti. Una quantità non trascurabile di spesa dei Comuni è infatti dedicata a servizi a favore di anziani parzialmente autosufficienti, inseriti in soluzioni abitative attrezzate come le comunità alloggio e gli alloggi con servizi. Pertanto, per avere un quadro completo delle risorse spese in questa area non è sufficiente rifarsi esclusivamente a questa pur rilevante fonte informativa.

La pluralità di fonti considerate - grazie alle quali, come detto, è possibile ricostruire il totale della spesa sociosanitaria integrata - determina alcune ridondanze, che possono essere descritte attraverso l'esempio della compartecipazione degli utenti al costo del servizio. Essa viene infatti rilevata in tutte le fonti considerate, sovrapponendosi in alcune parti:

- nell'*Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati* viene rilevata solo per la parte che transita effettivamente per i bilanci comunali, per cui deve essere completata con un dato proveniente da altre fonti;
- nel sistema di monitoraggio per la non autosufficienza viene rilevata solo per un sottoinsieme delle aree Anziani e Disabili, per cui deve essere integrata con altri dati;
- nella *Rilevazione statistica sui presidi residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali* viene rilevata limitatamente ai presidi oggetto della rilevazione;
- nel Sistema informativo dei servizi per la prima infanzia viene rilevata limitatamente ai presidi oggetto della rilevazione.

Senza dilungarsi su altri esempi è chiaro come la medesima informazione venga richiesta più volte a più soggetti. Ciò che emerge dall'analisi condotta è la necessità di pervenire a una semplificazione delle fonti informative esistenti, cercando di adeguare alcune rilevazioni in modo da evitare la duplicazione nelle richieste dei dati.

4.4. Ricostruzione della spesa sociosanitaria integrata per il 2010

In questo Paragrafo si presentano i dati in valori assoluti della spesa sociosanitaria integrata e si svolge una prima analisi degli stessi. Le elaborazioni hanno un carattere preliminare e sono condotte su un *data set* che meriterebbe approfondimenti maggiori al fine di fornire informazioni utili alla programmazione e monitoraggio della spesa, soprattutto se esso venisse integrato con altre informazioni diverse dai dati finanziari e se potesse essere replicato nel tempo.

4.4.1. Spesa sociosanitaria e sua articolazione

Sulla base delle indicazioni metodologiche proposte nei precedenti Paragrafi, le Tabelle 6-8 forniscono la ricostruzione della spesa sociosanitaria integrata per il 2010 rispettivamente per Provincia, Distretto e area di utenza. Nella lettura dei dati è necessario tenere presente quanto segue.

- La ricostruzione considera esclusivamente i soggetti che appartengono al mercato dei servizi sociosanitari pubblici, che fanno cioè parte del sistema di *welfare* governato dal settore pubblico. Pur consapevoli dell'importanza della spesa privata, ad oggi non sono disponibili informazioni attendibili su quella parte di domanda espressa ma soddisfatta dall'offerta privata - oltre a badanti, anche cooperative o imprese private autorizzate ma non convenzionate - e quella parte di domanda che rimane inespressa perché soddisfatta attraverso il lavoro di cura dei familiari.
- Per la provincia di Ferrara, i dati relativi alla spesa dei Comuni, ricavati dall'*Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati* condotta dall'ISTAT relativa all'anno 2010, rappresentano una stima calcolata sul totale di spesa dell'anno 2009.
- Per la parte relativa alla compartecipazione utenti in ASP e altri enti privati e *no profit* per l'area Anziani e disabili (relativamente ai posti privati convenzionati), l'analisi si è concentrata prevalentemente sulle prestazioni che risultano assorbire il maggiore ammontare di spesa: case protette, centri diurni, centri socio-riabilitativi (diurni e residenziali), centri socio-occupazionali, residenze protette, RSA. Per le strutture con dati mancanti, tale valore è il risultato di una stima effettuata a base distrettuale.
- L'ammontare della compartecipazione degli utenti per posti convenzionati in nidi d'infanzia gestiti da enti privati e *no profit* è dato dalla somma delle quote complessive annuali di partecipazione delle famiglie (rette) riscosse dagli stessi gestori (o titolari se anche gestori del servizio) estrapolato dalla *Rilevazione Servizi per la prima infanzia* della Regione Emilia-Romagna.
- I dati relativi alla spesa del Servizio sanitario nazionale sono stati estrapolati dal quadro allargato degli interventi a favore di anziani e disabili, sia per la quota a carico FRNA (ex oneri a rilievo sanitario) che per l'ammontare della spesa sanitaria a carico del FSR.

Nelle tabelle vengono evidenziati in grigio i settori di spesa corrispondenti ai tre grandi attori che finanziano l'attività di erogazione dei servizi sociosanitari: Comuni (singoli o associati in Unioni o consorzi), utenti e Servizio sanitario nazionale, più un piccolo settore dedicato a donazioni o altre entrate ASP. I totali ottenuti - colonne in grigio - sono il risultato dei trasferimenti e delle relazioni finanziarie descritte nel Paragrafo precedente.

Più in dettaglio, seguendo l'ordine delle colonne:

colonna 1 spesa del Comune sostenuta per la fornitura di servizi gestiti direttamente, al netto della compartecipazione utenti e del servizio sanitario; ammontare ricavato dall'*Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati* condotta dall'ISTAT

- colonna 2 parte della spesa netta sostenuta dai Comuni e trasferita ad ASP per posti in strutture di cui il Comune è titolare e l'Azienda di servizi alla persona il gestore; dati estrapolati dalla *Rilevazione statistica sui presidi residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali*
- colonne 3-5 compartecipazione degli utenti beneficiari del servizio a seconda essi si rivolgano a strutture gestite dal Comune, da ASP o da enti di natura giuridica privata per posti convenzionati; dati estrapolati, rispettivamente, dall'*Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, dalla *Rilevazione statistica sui presidi residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali* e dal Sistema informativo sui servizi per la prima infanzia della Regione Emilia-Romagna
- colonna 7 ammontare di risorse ricevute dalle ASP da donazioni di privati o provenienti da Regioni, Province o altri enti pubblici
- colonna 8 spesa sostenuta dal SSN a titolo di quota a carico FRNA (ex oneri a rilievo sanitario) e trasferita a soggetti produttori e gestori del servizio quali Comuni, ASP e enti privati per i posti convenzionati; dati ricavati dalla colonna relativa al Fondo regionale non autosufficienza del quadro allargato interventi anziani e disabili
- colonna 9 spesa sostenuta dal SSN per prestazioni di carattere prettamente sanitario - medici, paramedici, infermieri, farmaci - presso strutture residenziali o semiresidenziali; dati ricavati dalla colonna relativa a risorse dal Fondo sanitario regionale del quadro allargato interventi anziani e disabili
- colonna 12 composizione percentuale per Provincia (per Distretto e area nelle tabelle successive) della spesa sociosanitaria integrata
- ultime righe totale per l'intera Regione Emilia-Romagna e percentuali di partecipazione al costo dei servizi a seconda del finanziatore

Nel 2010 la spesa integrata sociosanitaria (con esclusione della spesa privata degli utenti) ammontava complessivamente a 1.771 milioni di Euro; la spesa pubblica, vale a dire la spesa complessiva al netto della compartecipazione degli utenti e della componente - irrisoria - di donazioni e altre entrate, era pari a 1.470 milioni di Euro.

La spesa sostenuta dal Servizio sanitario ammonta a 600 milioni di Euro, articolata in due parti: la componente derivante dal FRNA (ex oneri a rilievo sanitario) per 430 milioni di Euro e la spesa "integrativa" a carico del FSR che ammonta a circa 170 milioni di Euro, pari a circa il 10% della spesa integrata complessiva. Quest'ultimo aggregato di spesa si concentra quasi esclusivamente nell'area di spesa per anziani, di cui rappresenta il 17%. Questo dato - di tutto rispetto sotto il profilo quantitativo - mostra con chiarezza l'importanza di assumere una nozione di spesa allargata quale quella suggerita in questo Capitolo.

Tabella 6. Spesa sociosanitaria integrata in Emilia-Romagna per Provincia, valori assoluti (milioni di Euro) e composizione percentuale. Anno 2010

Provincia	Spesa del Comune		Compartecipazione utenti				Donazioni e altre entrate ASP	Spesa erogata dal SSN			Totale spesa integrata	Composiz % spesa tra Province
		di cui trasferiti ad ASP	a Comune	ad ASP	per posti privati convez	Totale		FRNA oneri a rilievo sanitario	Risorse AUSL da FSR spesa sanitaria	Tot SSN		
	1	2	3	4	5	6 (3+4+5)	7	8	9	10 (8+9)	11 (1+6+7+10)	12
Bologna	209,0	5,5	40,3	20,4	33,1	93,8	0,19	101,6	23,1	124,7	427,7	24,1%
Forlì-Cesena	42,2	0,7	14,9	10,8	13,4	39,1	0,04	38,5	11,4	49,9	131,3	7,4%
Ferrara	55,5	0,5	7,8	6,2	18,1	32,1	0,25	37,7	11,6	49,3	137,1	7,7%
Modena	135,1	3,8	34,2	12,9	17,7	64,8	0,01	62,6	32,6	95,1	295,0	16,6%
Piacenza	42,5	1,3	5,9	10,6	20,1	36,6	0,02	29,5	15,8	45,3	124,3	7,0%
Parma	87,5	7,5	14,7	16,6	14,4	45,6	0,95	42,4	26,7	69,0	203,1	11,5%
Ravenna	60,9	0,2	6,4	8,7	9,8	24,9	0,002	38,5	15,9	54,4	140,2	7,9%
Reggio Emilia	90,8	0,6	20,7	17,0	13,6	51,3	0,01	46,4	22,0	68,4	210,4	11,9%
Rimini	41,7	0,04	5,1	4,7	6,9	16,6	0,02	30,6	13,7	44,3	102,7	5,8%
RER	765,1	20,1	150,0	107,8	147,0	404,8	1,5	427,7	172,7	600,5	1.771,8	100%
%	43,2	1,1	8,5	6,1	8,3	22,8	0,1	24,1	9,7	33,9	100	

Tabella 7. Spesa sociosanitaria integrata in Emilia-Romagna per Distretto, valori assoluti (milioni di Euro) e composizione percentuale. Anno 2010

Prov	Distretto	Spesa del Comune		Compartecipazione utenti				Donazioni e altre entrate ASP	Spesa erogata dal SSN			Totale spesa integrata	Composizione % spesa tra Distretti
		di cui trasferiti ad ASP		a Comune	ad ASP	per posti privati convenz	Totale		FRNA oneri a rilievo sanitario	Risorse AUSL da FSR spesa sanitaria	Tot SSN		
		1	2	3	4	5	6 (3+4+5)	7	8	9	10 (8+9)	11 (1+6+7+10)	12
BO	Bologna	105,8	3,9	6,9	10,1	11,3	28,3	0	45,8	12,7	58,5	192,7	10,9%
	Casalecchio	21,0	0	4,8	0	5,1	9,9	0	10,2	1,1	11,3	42,2	2,4%
	Imola	21,7	0,8	11,0	2,7	7,0	20,7	0	12,1	3,3	15,4	57,8	3,3%
	Porretta	6,4	0	1,8	0	1,9	3,6	0	5,9	0,9	6,7	16,8	0,9%
	San Lazzaro	14,6	0,1	2,3	1,1	4,1	7,5	0	6,8	1,3	8,1	30,2	1,7%
	Pianura Est	24,7	0,5	7,1	4,1	3,5	14,7	0,2	13,6	2,7	16,3	55,9	3,2%
	Pianura Ovest	14,8	0,2	6,5	2,3	0,3	9,0	0	7,3	1,1	8,4	32,2	1,8%
FC	Cesena - Valle Savio	10,7	0,2	3,7	2,5	6,6	12,7	0,001	11,9	2,9	14,8	38,2	2,2%%
	Forlì	22,8	0,3	9,2	5,7	5,2	20,2	0,03	19,3	6,4	25,8	68,8	3,9%
	Rubicone	8,6	0,1	2,0	2,6	1,6	6,2	0,007	7,3	2,1	9,4	24,2	1,4%
FE	Centro nord	35,1	0,4	3,1	3,5	11,3	17,9	0	20,1	9,1	29,2	82,1	4,6%
	Ovest	9,8	0	3,0	0	2,7	5,7	0	6,5	1,0	7,5	23,0	1,3%
	Sud-Est	10,6	0,1	1,7	2,6	4,2	8,5	0,3	11,1	1,5	12,6	32,0	1,8%

(continua)

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Prov	Distretto	Spesa del Comune		Compartecipazione utenti				Donazioni e altre entrate ASP	Spesa erogata dal SSN			Totale spesa integrata	Composizione % spesa tra Distretti
		di cui trasferiti ad ASP		a Comune	ad ASP	per posti privati convenz	Totale		FRNA oneri a rilievo sanitario	Risorse AUSL da FSR spesa sanitaria	Tot SSN		
		1	2	3	4	5	6 (3+4+5)	7	8	9	10 (8+9)	11 (1+6+7+10)	12
MO	Carpi	19,2	1,7	2,8	5,1	0,0	8,0	0,01	8,7	3,6	12,3	39,4	2,2%
	Castelfranco Emilia	12,1	0,4	1,7	1,4	0,1	3,1	0	5,6	2,7	8,3	23,6	1,3%
	Mirandola	15,0	1,1	4,7	4,2	1,2	10,1	0	8,3	4,1	12,4	37,5	2,1%
	Modena	49,1	0,6	14,2	0,6	8,3	23,1	0	18,0	10,4	28,3	100,6	5,7%
	Pavullo	4,2	0,01	1,5	0,5	1,5	3,5	0	4,8	3,2	7,9	15,7	0,9%
	Sassuolo	22,4	0,1	3,8	1,1	2,5	7,5	0	9,2	5,3	14,6	44,5	2,5%
	Vignola	13,0	0	5,4	0	4,1	9,5	0	8,0	3,3	11,3	33,8	1,9%
PC	Levante	10,5	0,2	2,2	3,7	15,8	21,8	0,002	10,8	5,3	16,1	48,4	2,7%
	Piacenza	22,7	0,1	2,1	3,9	1,9	7,9	0	11,3	6,8	18,1	48,7	2,8%
	Ponente	9,2	1,0	1,5	3,0	2,3	6,9	0,02	7,4	3,7	11,1	27,2	1,5%
PR	Fidenza	14,6	0,9	2,4	7,4	1,0	10,9	0,002	9,9	7,7	17,6	43,1	2,4%
	Parma	56,0	5,9	7,2	6,6	6,2	20,0	0,8	19,8	10,3	30,0	106,9	6,0%
	Sud Est Langhirano	11,5	0,6	2,6	1,5	4,1	8,2	0,1	7,0	5,1	12,1	31,9	1,8%
	Valli Taro e Ceno	5,5	0,1	2,6	1,0	3,0	6,6	0	5,7	3,6	9,3	21,3	1,2%

(continua)

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Prov	Distretto	Spesa del Comune		Compartecipazione utenti				Donazioni e altre entrate ASP	Spesa erogata dal SSN			Totale spesa integrata	Composizione % spesa tra Distretti
			di cui trasferiti ad ASP	a Comune	ad ASP	per posti privati convez	Totale		FRNA oneri a rilievo sanitario	Risorse AUSL da FSR spesa sanitaria	Tot SSN		
		1	2	3	4	5	6 (3+4+5)	7	8	9	10 (8+9)	11 (1+6+7+10)	12
RA	Faenza	10,0	0,1	1,7	3,9	2,5	8,1	0,002	9,0	4,2	13,2	31,3	1,8%
	Lugo	12,6	0,1	2,9	4,8	1,3	9,0	0	11,0	5,2	16,1	37,7	2,1%
	Ravenna	38,4	0	1,7	0	6,0	7,8	0	18,4	6,6	25,0	71,2	4,0%
RE	Castelnuovo Monti	3,5	0,1	1,1	1,0	1,7	3,9	0,01	3,8	2,2	6,0	13,4	0,8%
	Correggio	7,1	0,04	2,1	1,4	2,0	5,5	0	4,4	2,4	6,7	19,3	1,1%
	Guastalla	11,7	0,1	5,3	2,1	0,9	8,3	0	6,7	3,2	9,9	29,8	1,7%
	Montecchio Emilia	9,7	0,2	3,5	1,3	1,4	6,3	0,002	4,9	2,5	7,4	23,4	1,3%
	Reggio Emilia	46,6	0,2	5,1	11,1	4,7	20,9	0	20,5	8,5	29,0	96,5	5,4%
	Scandiano	12,1	0	3,5	0	3,0	6,5	0	6,1	3,3	9,4	28,0	1,6%
RN	Riccione	12,9	0	3,7	0	3,6	7,3	0	10,1	5,8	15,8	36,1	2,0%
	Rimini	28,8	0,04	1,4	4,7	3,2	9,3	0,02	20,5	8,0	28,5	66,6	3,8%
RER		765,1	20,1	150,0	107,8	147,0	404,8	1,5	427,7	172,7	600,5	1.771,8	100%

Tabella 8. Spesa sociosanitaria integrata in Emilia-Romagna per area di utenza, valori assoluti (milioni di Euro) e composizione percentuale. Anno 2010

Area di utenza	Spesa del Comune		Compartecipazione utenti				Donazioni e altre entrate ASP	Spesa erogata dal SSN			Totale spesa integrata	Composiz % spesa per area di utenza
		di cui trasferiti ad ASP	a Comune	ad ASP	per posti privati convenz	Totale		FRNA oneri a rilievo sanitario	Risorse AUSL da FSR spesa sanitaria	Tot SSN		
	1	2	3	4	5	6 (3+4+5)	7	8	9	10 (8+9)	11 (1+6+7+10)	12
Anziani	136,3	19,2	83,3	107,3	118,0	308,5	1,5	290,3	155,5	445,8	892,0	50,3%
Dipendenze	4,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	4,9	0,3%
Disabili	128,0	0,9	6,6	0,6	0,6	7,8	0	137,4	17,2	154,7	290,6	16,4%
Famiglia e minori	373,7	0	58,7	0	28,4	87,1	0	0	0	0,0	460,8	26,0%
Immigrati	19,6	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,0	20,1	1,1%
Multiutenza	64,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	64,8	3,7%
Povert� e disagio	37,8	0	0,9	0	0	0,9	0	0	0	0,0	38,6	2,2%
RER	765,1	20,1	150,0	107,8	147,0	404,9	1,5	427,7	172,7	600,5	1.771,9	100%

4.4.2. Produttori e finanziatori dei servizi sociali

Le Tabelle 9-11 considerano la distinzione tra produttori e finanziatori rispettivamente per Provincia, Distretto e area di utenza in valori assoluti (milioni di Euro) e *pro capite* (il *pro capite* per area viene definito sulla popolazione *target* secondo quanto esplicitato in tabella).

Con riferimento ai produttori dei servizi, il contributo maggiore è dato dai Comuni che generano il 74,7% della spesa totale, il 15,6% è realizzato dalle ASP e altri enti convenzionati, il 9,7% dalle Aziende USL per la parte prettamente sanitaria. Dal lato dei finanziatori, i Comuni erogano risorse per il 43,2%, le Aziende USL per il 33,9% e gli utenti per il 22,8%. Nel confronto provinciale si nota un'accentuata variabilità rispetto alla media registrata a livello regionale. Dal lato dei produttori, Piacenza spicca per la percentuale di produzione assorbita da ASP e altri enti convenzionati (25,7%), Bologna per la percentuale sostenuta dal Comune (80,8%), Parma e Rimini per l'ammontare di servizi prodotti dalle Aziende USL, rispettivamente 13,1% e 13,4%. Tali differenze, che sono presenti anche dal lato dei finanziatori, dipendono dalla concatenazione di molti fattori, per la maggior parte riconducibili a vicende storiche ed economiche.

Dal confronto produttori-finanziatori per area di utenza emerge una notevole differenza di spartizione della produzione e del finanziamento per le tre aree che assorbono la maggiore quantità di risorse: Anziani, Famiglia e minori e Disabili.

Tabella 9. Spesa sociosanitaria integrata per produttori e finanziatori per Provincia, valori assoluti (milioni di Euro) e valori percentuali. Anno 2010

Provincia	Produttori			Finanziatori				Totale spesa integrata
	Comune	AUSL	ASP e altri enti convenzionati	Comune	AUSL	Utenti	Donazioni e altre entrate	
BO	345,4	23,1	59,2	209,0	124,7	93,8	0,2	427,7
%	80,8	5,4	13,8	48,9	29,2	21,9	0,0	100
FC	95,0	11,4	24,9	42,2	49,9	39,1	0,0	131,3
%	72,3	8,7	19,0	32,1	38,0	29,8	0,0	100
FE	100,5	11,6	25,1	55,5	49,3	32,1	0,3	137,1
%	73,3	8,4	18,3	40,4	35,9	23,4	0,2	100
MO	228,0	32,6	34,4	135,1	95,1	64,8	0,0	295,0
%	77,3	11,0	11,7	45,8	32,2	22,0	0,0	100
PC	76,6	15,8	32,0	42,5	45,3	36,6	0,0	124,3
%	61,6	12,7	25,7	34,2	36,4	29,4	0,0	100
PR	137,1	26,7	39,4	87,5	69,0	45,6	0,9	203,1
%	67,5	13,1	19,4	43,1	34,0	22,5	0,5	100
RA	105,6	15,9	18,7	60,9	54,4	24,9	0,0	140,2
%	75,3	11,4	13,3	43,5	38,8	17,7	0,0	100
RE	157,3	22,0	31,2	90,8	68,4	51,3	0,0	210,4
%	74,7	10,4	14,8	43,1	32,5	24,4	0,0	100
RN	77,4	13,7	11,6	41,7	44,3	16,6	0,0	102,7
%	75,3	13,4	11,3	40,6	43,2	16,2	0,0	100
RER	1.322,7	172,7	276,4	765,1	600,5	404,8	1,5	1.771,8
%	74,7	9,7	15,6	43,2	33,9	22,8	0,1	100

Tabella 10. Spesa sociosanitaria integrata per produttori e finanziatori per Distretto e Provincia, valori assoluti (milioni di Euro). Anno 2010

Distretto	Produttori			Finanziatori				Totale spesa integrata
	Comune	AUSL	ASP e altri enti convenzionati	Comune	AUSL	Utenti	Donazioni e altre entrate	
Bologna	154,7	12,7	25,3	105,8	58,5	28,3	0,0	192,7
Casalecchio	36,0	1,1	5,1	21,0	11,3	9,9	0,0	42,2
Imola	44,0	3,3	10,5	21,7	15,4	20,7	0,0	57,8
Porretta	14,1	0,9	1,9	6,4	6,7	3,6	0,0	16,8
San Lazzaro	23,6	1,3	5,3	14,6	8,1	7,5	0,0	30,2
Pianura Est	44,8	2,7	8,3	24,7	16,3	14,7	0,2	55,9
Pianura Ovest	28,3	1,1	2,8	14,8	8,4	9,0	0,0	32,2
<i>TOTALE BO</i>	<i>345,4</i>	<i>23,1</i>	<i>59,2</i>	<i>209,0</i>	<i>124,7</i>	<i>93,8</i>	<i>0,2</i>	<i>427,7</i>
Cesena - Valle Savio	26,1	2,9	9,3	10,7	14,8	12,7	0,0	38,2
Forlì	51,1	6,4	11,3	22,8	25,8	20,2	0,0	68,8
Rubicone	17,8	2,1	4,3	8,6	9,4	6,2	0,0	24,2
<i>TOTALE FC</i>	<i>95,0</i>	<i>11,4</i>	<i>24,9</i>	<i>42,2</i>	<i>49,9</i>	<i>39,1</i>	<i>0,0</i>	<i>131,3</i>
Centro nord	57,8	9,1	15,2	35,1	29,2	17,9	0,0	82,1
Ovest	19,3	1,0	2,7	9,8	7,5	5,7	0,0	23,0
Sud-Est	23,4	1,5	7,1	10,6	12,6	8,5	0,3	32,0
<i>TOTALE FE</i>	<i>100,5</i>	<i>11,6</i>	<i>25,1</i>	<i>55,5</i>	<i>49,3</i>	<i>32,1</i>	<i>0,3</i>	<i>137,1</i>
Carpi	29,0	3,6	6,8	19,2	12,3	8,0	0,0	39,4
Castelfranco Emilia	19,0	2,7	1,8	12,1	8,3	3,1	0,0	23,6
Mirandola	26,9	4,1	6,5	15,0	12,4	10,1	0,0	37,5
Modena	80,8	10,4	9,4	49,1	28,3	23,1	0,0	100,6
Pavullo	10,5	3,2	2,0	4,2	7,9	3,5	0,0	15,7
Sassuolo	35,4	5,3	3,7	22,4	14,6	7,5	0,0	44,5
Vignola	26,4	3,3	4,1	13,0	11,3	9,5	0,0	33,8
<i>TOTALE MO</i>	<i>228,0</i>	<i>32,6</i>	<i>34,4</i>	<i>135,1</i>	<i>95,1</i>	<i>64,8</i>	<i>0,0</i>	<i>295,0</i>
Levante	23,4	5,3	19,7	10,5	16,1	21,8	0,0	48,4
Piacenza	36,0	6,8	5,9	22,7	18,1	7,9	0,0	48,7
Ponente	17,1	3,7	6,3	9,2	11,1	6,9	0,0	27,2
<i>TOTALE PC</i>	<i>76,6</i>	<i>15,8</i>	<i>32,0</i>	<i>42,5</i>	<i>45,3</i>	<i>36,6</i>	<i>0,0</i>	<i>124,3</i>

(continua)

Distretto	Produttori			Finanziatori				Totale spesa integrata
	Comune	AUSL	ASP e altri enti convenzionati	Comune	AUSL	Utenti	Donazioni e altre entrate	
Fidenza	26,0	7,7	9,4	14,6	17,6	10,9	0,0	43,1
Parma	77,0	10,3	19,6	56,0	30,0	20,0	0,8	106,9
Sud Est Langhirano	20,5	5,1	6,3	11,5	12,1	8,2	0,1	31,9
Valli Taro e Ceno	13,6	3,6	4,1	5,5	9,3	6,6	0,0	21,3
<i>TOTALE PR</i>	<i>137,1</i>	<i>26,7</i>	<i>39,4</i>	<i>87,5</i>	<i>69,0</i>	<i>45,6</i>	<i>0,9</i>	<i>203,1</i>
Faenza	20,7	4,2	6,4	10,0	13,2	8,1	0,0	31,3
Lugo	26,4	5,2	6,2	12,6	16,1	9,0	0,0	37,7
Ravenna	58,6	6,6	6,0	38,4	25,0	7,8	0,0	71,2
<i>TOTALE RA</i>	<i>105,6</i>	<i>15,9</i>	<i>18,7</i>	<i>60,9</i>	<i>54,4</i>	<i>24,9</i>	<i>0,0</i>	<i>140,2</i>
Castelnuovo Monti	8,3	2,2	2,9	3,5	6,0	3,9	0,0	13,4
Correggio	13,5	2,4	3,4	7,1	6,7	5,5	0,0	19,3
Guastalla	23,6	3,2	3,1	11,7	9,9	8,3	0,0	29,8
Montecchio Emilia	18,0	2,5	2,9	9,7	7,4	6,3	0,0	23,4
Reggio Emilia	72,1	8,5	16,0	46,6	29,0	20,9	0,0	96,5
Scandiano	21,7	3,3	3,0	12,1	9,4	6,5	0,0	28,0
<i>TOTALE RE</i>	<i>157,3</i>	<i>22,0</i>	<i>31,2</i>	<i>90,8</i>	<i>68,4</i>	<i>51,3</i>	<i>0,0</i>	<i>210,4</i>
Riccione	26,7	5,8	3,6	12,9	15,8	7,3	0,0	36,1
Rimini	50,6	8,0	8,0	28,8	28,5	9,3	0,0	66,6
<i>TOTALE RN</i>	<i>77,4</i>	<i>13,7</i>	<i>11,6</i>	<i>41,7</i>	<i>44,3</i>	<i>16,6</i>	<i>0,0</i>	<i>102,7</i>
Regione ER	1.322,7	172,7	276,4	765,1	600,5	404,8	1,5	1.771,8
%	74,6	9,7	15,6	43,2	33,9	22,8	0,08	100

Tabella 11. Spesa sociosanitaria integrata per produttori e finanziatori per area, valori assoluti (milioni di Euro). Anno 2010

Area utenza	Produttori			Finanziatori				Totale spesa integrata
	Comune	AUSL	ASP e altri enti convenzionati	Comune	AUSL	Utenti	Donazioni e altre entrate	
Anziani	490,6	155,5	245,9	136,3	445,8	308,5	1,5	892,0
%	55,0	17,4	27,6	15,3	50,0	34,6	0,2	100
Dipendenze	4,9	0	0	4,9	0	0	0	4,9
%	100	0	0	100	0	0	0	100
Disabili	271,3	17,2	2,1	128,0	154,7	7,8	0	290,6
%	93,4	5,9	0,7	44,1	53,2	2,7	0,0	100
Famiglia e minori	432,4	0	28,4	373,7	0	87,1	0	460,8
%	93,8	0	6,2	81,1	0	18,9	0	100
Immigrati	20,1	0	0	19,6	0	0,5	0	20,1
%	100	0	0	97,4	0	2,6	0	100
Multiutenza	64,8	0	0	64,8	0	0	0	64,8
%	100	0	0	100	0	0	0	100
Povertà e disagio	38,6	0	0	37,8	0	0,9	0	38,6
%	100	0	0	97,7	0	2,3	0	100
Regione ER	1.322,7	172,7	276,4	765,1	600,5	404,9	1,5	1.771,9

4.4.3. Spesa sociosanitaria integrata pro capite

Al fine di cogliere le prime differenze territoriali, più che il totale della spesa sociosanitaria integrata, è di maggiore interesse la spesa *pro capite* data dal rapporto tra il totale di spesa e la popolazione residente nel territorio o l'area di utenza di riferimento al 1° gennaio 2011 (indicata in colonna 12 nella tabelle che seguono). I dati sono riprodotti nelle Tabelle 12-14, che presentano la medesima struttura delle Tabelle 6-8.

Tabella 12. Spesa sociosanitaria integrata *pro capite* in Emilia-Romagna per Provincia, valori assoluti (Euro). Anno 2010

Provincia	Spesa del Comune		Compartecipazione utenti				Donazioni e altre entrate ASP	Spesa erogata dal SSN			Totale spesa integrata	Popolazione al 1/1/2011
		di cui trasferiti ad ASP	a Comune	ad ASP	per posti privati convenz	Totale		FRNA oneri a rilievo sanitario	Risorse AUSL da FSR spesa sanitaria	Tot SSN		
	1	2	3	4	5	6 (3+4+5)	7	8	9	10 (8+9)	11 (1+6+7+10)	12
Bologna	211	6	41	21	33	95	0	102	23	125	431	991.998
Forlì-Cesena	107	2	38	27	34	99	0	97	29	126	332	395.486
Ferrara	154	1	22	17	50	89	1	105	32	137	381	359.994
Modena	193	5	49	18	25	92	0	89	46	135	420	700.914
Piacenza	146	4	20	37	69	126	0	102	54	156	428	289.887
Parma	198	17	33	37	32	102	2	96	60	156	458	442.070
Ravenna	155	1	16	22	25	63	0	98	41	139	357	392.458
Reggio Emilia	171	1	39	32	26	97	0	87	41	128	396	530.388
Rimini	127	0	15	14	21	50	0	93	42	135	312	329.244
RER	173	5	34	24	33	91	0	96	39	135	399	4.432.439

Tabella 13. Composizione della spesa sociosanitaria integrata *pro capite* in Emilia-Romagna per Distretto, valori assoluti (Euro). Anno 2010

Prov	Distretto	Spesa del Comune		Compartecipazione utenti				Donazioni e altre entrate ASP	Spesa erogata dal SSN			Totale spesa integrata	Popolazione al 1/1/2011
		di cui trasferiti ad ASP		a Comune	ad ASP	per posti privati convenz	Totale		FRNA oneri a rilievo sanitario	Risorse AUSL da FSR spesa sanitaria	Tot SSN		
		1	2	3	4	5	6 (3+4+5)	7	8	9	10 (8+9)	11 (1+6+7+10)	12
BO	Bologna	278	10	18	27	30	75	0	120	33	153	506	380.181
	Casalecchio	192	0	43	0	46	89	0	93	10	103	384	109.621
	Imola	164	6	83	21	53	157	0	92	25	117	438	131.961
	Porretta	111	0	31	0	32	63	0	102	15	117	291	57.828
	San Lazzaro	192	1	30	15	54	99	0	90	17	107	398	76.051
	Pianura Est	160	3	46	27	22	95	1	88	18	106	362	154.574
	Pianura Ovest	181	3	79	28	3	110	0	89	14	103	394	81.782
FC	Cesena - Valle Savio	91	2	31	21	56	108	0	101	24	125	324	117.709
	Forlì	122	2	49	30	28	107	0	103	34	137	366	187.698
	Rubicone	96	2	22	29	17	68	0	81	23	104	268	90.079
FE	Centro nord	197	2	17	20	63	100	0	113	51	164	461	178.202
	Ovest	125	0	38	0	35	73	0	83	12	95	293	78.784
	Sud-Est	103	1	17	26	40	83	2	108	14	122	310	103.008

(continua)

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Prov	Distretto	Spesa del Comune		Compartecipazione utenti				Donazioni e altre entrate ASP	Spesa erogata dal SSN			Totale spesa integrata	Popolazione al 1/1/2011
			di cui trasferiti ad ASP	a Comune	ad ASP	per posti privati convenz	Totale		FRNA oneri a rilievo sanitario	Risorse AUSL da FSR spesa sanitaria	Tot SSN		
		1	2	3	4	5	6 (3+4+5)	7	8	9	10 (8+9)	11 (1+6+7+10)	12
MO	Carpi	183	16	27	49	0	76	0	83	34	117	376	104.436
	Castelfranco Emilia	164	5	23	18	1	42	0	75	37	112	318	73.851
	Mirandola	171	12	54	48	13	115	0	95	47	142	428	87.523
	Modena	266	3	77	3	45	125	0	97	56	153	544	184.663
	Pavullo	102	0	35	12	37	84	0	115	76	191	377	41.471
	Sassuolo	187	1	32	9	21	62	0	77	45	122	371	119.667
	Vignola	146	0	60	0	46	106	0	90	37	127	379	89.303
PC	Levante	96	2	20	34	144	198	0	98	48	146	440	110.090
	Piacenza	220	1	20	38	18	76	0	109	66	175	471	103.206
	Ponente	120	13	20	39	31	90	0	97	48	145	355	76.591
PR	Fidenza	140	9	23	72	10	105	0	96	74	170	415	103.690
	Parma	258	27	33	31	29	93	4	91	47	138	493	216.685
	Sud Est Langhirano	153	8	35	20	55	110	1	93	68	161	425	74.994
	Valli Taro e Ceno	117	3	55	21	65	141	0	121	78	199	457	46.701

(continua)

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

Prov	Distretto	Spesa del Comune		Compartecipazione utenti				Donazioni e altre entrate ASP	Spesa erogata dal SSN			Totale spesa integrata	Popolazione al 1/1/2011
		di cui trasferiti ad ASP		a Comune	ad ASP	per posti privati convenz	Totale		FRNA oneri a rilievo sanitario	Risorse AUSL da FSR spesa sanitaria	Tot SSN		
		1	2	3	4	5	6 (3+4+5)	7	8	9	10 (8+9)	11 (1+6+7+10)	12
RA	Faenza	113	1	19	44	28	91	0	102	47	149	353	88.634
	Lugo	121	1	28	46	13	87	0	106	50	156	364	103.619
	Ravenna	192	0	9	0	30	39	0	92	33	125	356	200.205
RE	Castelnuovo Monti	102	2	32	30	51	113	0	110	63	173	388	34.537
	Correggio	127	1	38	25	35	98	0	78	42	120	345	55.888
	Guastalla	161	1	73	29	12	114	0	93	44	137	412	72.500
	Montecchio Emilia	157	2	57	22	22	101	0	79	40	119	377	62.031
	Reggio Emilia	207	1	23	50	21	94	0	91	38	129	430	225.012
	Scandiano	151	0	44	0	37	81	0	76	41	117	349	80.420
RN	Riccione	116	0	33	0	32	65	0	90	51	141	322	111.986
	Rimini	132	0	6	22	15	43	0	95	37	131	306	217.258
RER		173	5	34	24	33	91	0	96	39	135	399	4.432.439

Tabella 14. Composizione della spesa sociosanitaria integrata *pro capite* in Emilia-Romagna per area di utenza, valori assoluti (Euro). Anno 2010

Area di utenza	Spesa del Comune		Compartecipazione utenti				Donazioni e altre entrate ASP	Spesa erogata dal SSN			Totale spesa integrata	Popolazione di riferimento
		di cui trasferiti ad ASP	a Comune	ad ASP	per posti privati convenz	Totale		FRNA oneri a rilievo sanitario	Risorse AUSL da FSR spesa sanitaria	Tot SSN		
	1	2	3	4	5	6 (3+4+5)	7	8	9	10 (8+9)	11 (1+6+7+10)	12
Anziani (pop. >75)	264	37	161	208	228	597	3	562	301	862	1.726	516.944
Dipendenze (pop. 18-65)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2.750.551
Disabili (pop. 18-65)	47	0	2	0	0	3	0	50	6	56	106	2.750.551
Famiglia e minori (n. famiglie)	190	0	30	0	14	44	0	0	0	0	234	1.970.813
Immigrati (cittadini stranieri residenti)	39	0	1	0	0	1	0	0	0	0	40	500.585
Multiutenza (pop. totale)	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	4.432.439
Povertà e disagio (pop. >18)	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	3.737.396
RER (pop. totale)	173	5	34	24	33	91	0	96	39	135	399	4.432.439

4.4.4. Analisi della spesa pro capite

Nella Tabella 15 sono rappresentate la distribuzione della spesa sociosanitaria nei 38 Distretti e nelle 9 Province della Regione (colonna 2), la distribuzione percentuale della popolazione tra Distretti e Province (colonna 4) e la spesa *pro capite* (colonna 5). Nelle ultime due colonne viene riportato l'indice regionale e quello provinciale attraverso i quali si evidenziano le differenze di spesa *pro capite* tra territori.

Tabella 15. Spesa sociosanitaria integrata assoluta (milioni di Euro) e *pro capite* (Euro) per Distretto e Provincia. Anno 2010

	Totale spesa integrata (mil Euro)	Composiz % spesa tra Distretti	Pop al 1/1/2011	Composizione % popolaz tra Distretti	Spesa <i>pro capite</i> Euro	Indice reg = 100	Indice prov = 100
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
Bologna	192,7	10,9	380.181	8,6	507	127	118
Casalecchio	42,2	2,4	109.621	2,5	385	96	89
Imola	57,8	3,3	131.961	3,0	438	110	102
Porretta	16,8	0,9	57.828	1,3	290	73	67
San Lazzaro	30,2	1,7	76.051	1,7	396	99	92
Pianura Est	55,9	3,2	154.574	3,5	362	90	84
Pianura Ovest	32,2	1,8	81.782	1,8	394	99	91
TOTALE BO	427,7	24,1	991.998	22,4	431	108	100
Cesena - Valle Savio	38,2	2,2	117.709	2,7	325	81	98
Forlì	68,8	3,9	187.698	4,2	367	92	110
Rubicone	24,2	1,4	90.079	2,0	269	67	81
TOTALE FC	131,3	7,4	395.486	8,9	332	83	100
Centro nord	82,1	4,6	178.202	4,0	461	115	121
Ovest	23,0	1,3	78.784	1,8	292	73	77
Sud-Est	32,0	1,8	103.008	2,3	311	78	82
TOTALE FE	137,1	7,7	359.994	8,1	381	95	100
Carpi	39,4	2,2	104.436	2,4	378	94	90
Castelfranco Emilia	23,6	1,3	73.851	1,7	319	80	76
Mirandola	37,5	2,1	87.523	2,0	428	107	102
Modena	100,6	5,7	184.663	4,2	545	136	129
Pavullo	15,7	0,9	41.471	0,9	378	95	90
Sassuolo	44,5	2,5	119.667	2,7	372	93	88
Vignola	33,8	1,9	89.303	2,0	379	95	90
TOTALE MO	295,0	16,6	700.914	15,8	421	105	100

(continua)

	Totale spesa integrata (mil Euro)	Composiz % spesa tra Distretti	Pop al 1/1/2011	Composizione % popolaz tra Distretti	Spesa <i>pro</i> <i>capite</i> Euro	Indice reg = 100	Indice prov = 100
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
Levante	48,4	2,7	110.090	2,5	440	110	103
Piacenza	48,7	2,8	103.206	2,3	472	118	110
Ponente	27,2	1,5	76.591	1,7	355	89	83
<i>TOTALE PC</i>	<i>124,3</i>	<i>7,0</i>	<i>289.887</i>	<i>6,5</i>	<i>429</i>	<i>107</i>	<i>100</i>
Fidenza	43,1	2,4	103.690	2,3	415	104	90
Parma	106,9	6,0	216.685	4,9	493	123	107
Sud Est Langhirano	31,9	1,8	74.994	1,7	425	106	92
Valli Taro e Ceno	21,3	1,2	46.701	1,1	457	114	99
<i>TOTALE PR</i>	<i>203,1</i>	<i>11,5</i>	<i>442.070</i>	<i>10,0</i>	<i>460</i>	<i>115</i>	<i>100</i>
Faenza	31,3	1,8	88.634	2,0	353	88	99
Lugo	37,7	2,1	103.619	2,3	364	91	102
Ravenna	71,2	4,0	200.205	4,5	356	89	100
<i>TOTALE RA</i>	<i>140,2</i>	<i>7,9</i>	<i>392.458</i>	<i>8,9</i>	<i>357</i>	<i>89</i>	<i>100</i>
Castelnuovo Monti	13,4	0,8	34.537	0,8	388	97	98
Correggio	19,3	1,1	55.888	1,3	346	86	87
Guastalla	29,8	1,7	72.500	1,6	411	103	104
Montecchio Emilia	23,4	1,3	62.031	1,4	376	94	95
Reggio Emilia	96,5	5,4	225.012	5,1	429	107	108
Scandiano	28,0	1,6	80.420	1,8	348	87	88
<i>TOTALE RE</i>	<i>210,4</i>	<i>11,9</i>	<i>530.388</i>	<i>12,0</i>	<i>397</i>	<i>99</i>	<i>100</i>
Riccione	36,1	2,0	111.986	2,5	322	81	103
Rimini	66,6	3,8	217.258	4,9	307	77	98
<i>TOTALE RN</i>	<i>102,7</i>	<i>5,8</i>	<i>329.244</i>	<i>7,4</i>	<i>312</i>	<i>78</i>	<i>100</i>
Regione ER	1.771,8	100,0	4.432.439	100,0	400	100	100

Se si rappresentano graficamente i risultati (*Figura 3*), si ottiene una suddivisione della Regione in tre grandi aree di spesa non totalmente dipendenti però dalla distribuzione della popolazione. Le Province con la spesa sociosanitaria integrata *pro capite* maggiore e al di sopra della media regionale (400 Euro) risultano essere quelle di nord ovest: Parma (460 Euro), Bologna (431 Euro), Piacenza (429 Euro) e Modena (421 Euro). Le Province di Reggio Emilia e Ferrara si collocano appena al di sotto della media regionale con, rispettivamente, una spesa *pro capite* di 397 Euro e 381 Euro. Più distanziate si trovano le Province della Romagna: Ravenna con 357 Euro *pro capite*, Forlì-Cesena con 332 Euro e Rimini con 312 Euro.

A livello distrettuale tale disomogeneità risulta ancora più spiccata, chiaramente e soprattutto nelle Province con il maggior numero di Distretti: Bologna e Modena (Figura 4).

L'effetto capoluogo è evidente: la spesa è maggiore - in alcuni casi anche doppia - nel Distretto in cui è presente la città capoluogo di Provincia (fanno eccezione Ravenna e Rimini); si tratta di un risultato probabilmente dovuto a una pre-esistente capacità produttiva e ad un certo grado di migrazione da altri territori provinciali ma anche regionali.

Figura 3. Spesa *pro capite* (Euro) e distribuzione percentuale della popolazione per Provincia. Anno 2010

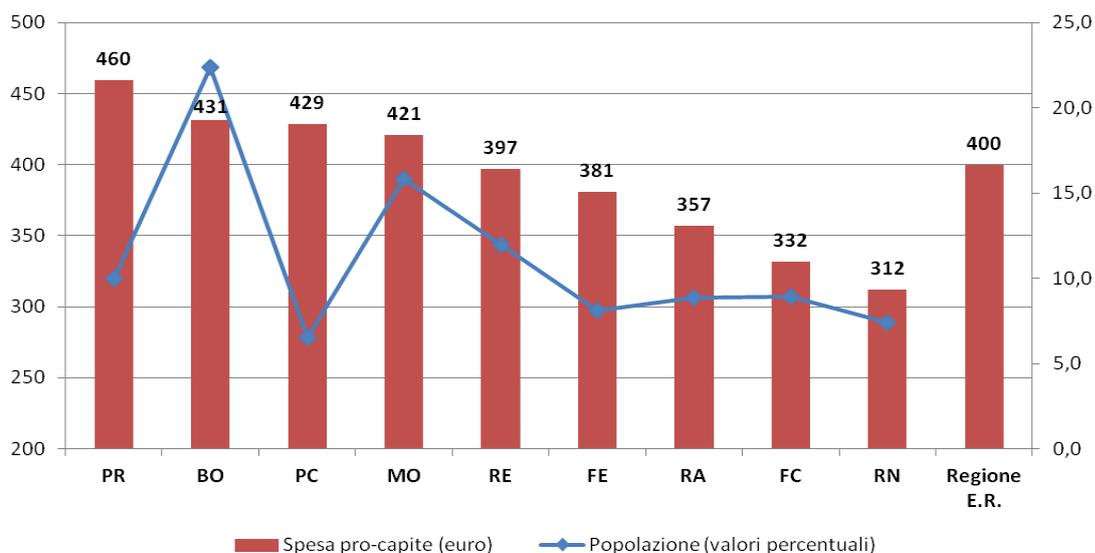
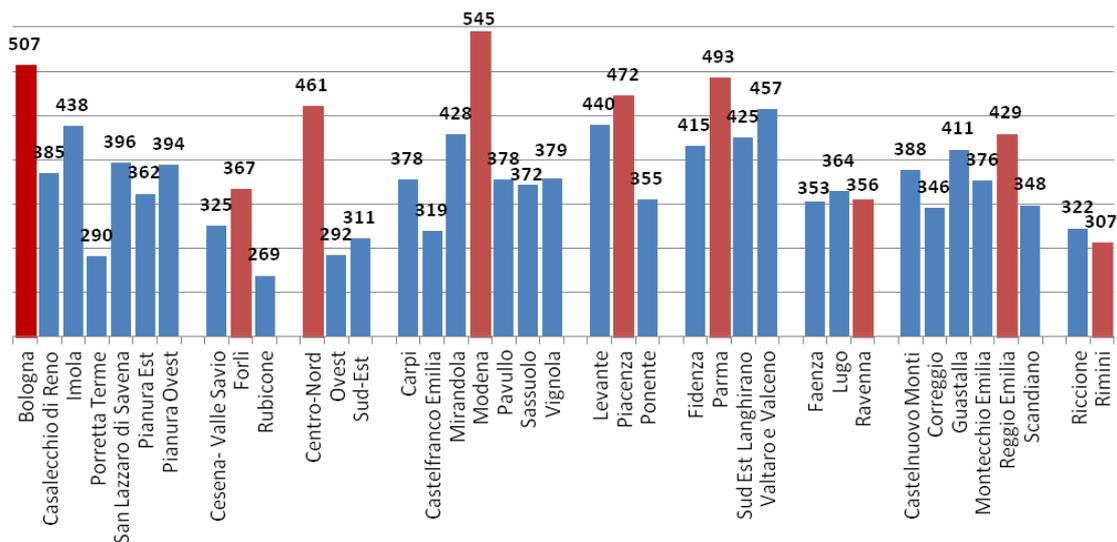


Figura 4. Spesa *pro capite* (Euro) e distribuzione percentuale della popolazione per Distretto. Anno 2010



Un indicatore che potrebbe aiutare a capire le cause di livelli di spesa così differenziati è la struttura della popolazione. La Tabella 16 mette in luce l'indice di *care dependence*, che misura la percentuale (calcolata sul totale della popolazione) di più probabili potenziali beneficiari di offerta di servizi educativi e socio-assistenziali. Esso è pari alla percentuale della domanda potenziale di asili nido (costituita dalla popolazione di età inferiore ai 3 anni) sommata alla percentuale della domanda potenziale di strutture residenziali (costituita dalla popolazione di età maggiore e uguale a 75 anni) per Distretto sul totale della popolazione residente.

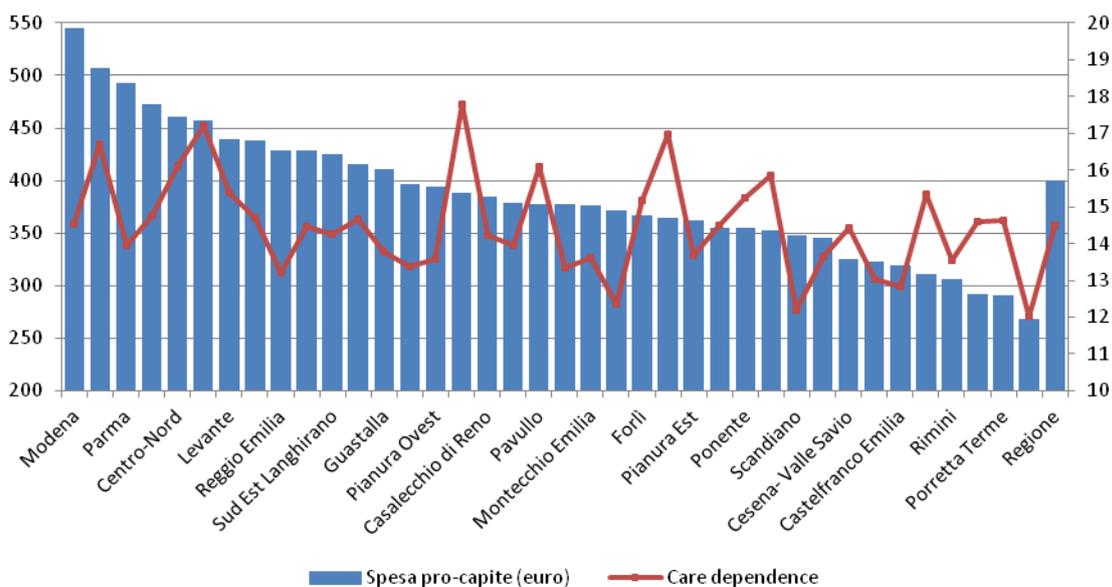
Tabella 16. Struttura della popolazione per Distretto. Anno 2010

Prov	Distretto	Popolazione totale	Popolazione 0 - 3	Popolazione >75	<i>Care dependence</i>
		1	2	3	4 = (2+3)/1
BO	Bologna	380.181	9.196	54.273	16,7
	Casalecchio di Reno	109.621	3.176	12.407	14,2
	Imola	131.961	3.799	15.610	14,7
	Porretta Terme	57.828	1.461	6.996	14,6
	San Lazzaro di Savena	76.051	2.063	8.116	13,4
	Pianura Est	154.574	4.591	16.551	13,7
	Pianura Ovest	81.782	2.567	8.549	13,6
FC	Cesena - Valle Savio	117.709	3.132	13.849	14,4
	Forlì	187.698	5.213	23.285	15,2
	Rubicone	90.079	2.840	7.981	12,0
FE	Centro nord	178.202	3.809	24.951	16,1
	Ovest	78.784	2.402	9.109	14,6
	Sud-Est	103.008	2.262	13.533	15,3
MO	Carpi	104.436	3.258	10.663	13,3
	Castelfranco Emilia	73.851	2.647	6.839	12,8
	Mirandola	87.523	2.811	9.839	14,5
	Modena	184.663	5.158	21.670	14,5
	Pavullo	41.471	1.147	5.530	16,1
	Sassuolo	119.667	3.565	11.202	12,3
	Vignola	89.303	2.865	9.596	14,0
PC	Levante	110.090	2.888	14.037	15,4
	Piacenza	103.206	2.693	12.547	14,8
	Ponente	76.591	2.018	9.661	15,2

(continua)

Prov	Distretto	Popolazione	Popolazione	Popolazione	Care
		totale	0 - 3	>75	dependence
		1	2	3	4 = (2+3)/1
PR	Fidenza	103.690	2.932	12.290	14,7
	Parma	216.685	6.248	23.952	13,9
	Sud Est Langhirano	74.994	2.193	8.495	14,3
	Valli Taro e Ceno	46.701	1.161	6.874	17,2
RA	Faenza	88.634	2.543	11.517	15,9
	Lugo	103.619	2.924	14.654	17,0
	Ravenna	200.205	5.408	23.638	14,5
RE	Castelnuovo Monti	34.537	852	5.295	17,8
	Correggio	55.888	2.023	5.611	13,7
	Guastalla	72.500	2.370	7.628	13,8
	Montecchio Emilia	62.031	2.054	6.396	13,6
	Reggio Emilia	225.012	7.373	22.335	13,2
	Scandiano	80.420	2.746	7.068	12,2
RN	Riccione	111.986	3.374	11.230	13,0
	Rimini	217.258	6.290	23.167	13,6
Regione Emilia-Romagna		4.432.439	126.052	516.944	14,5

Figura 5. Spesa sociale integrata *pro capite* (Euro) e *care dependence* per Distretto. Anno 2010



I risultati ottenuti disattendono in parte le aspettative. I dati mostrano infatti l'esistenza di una correlazione positiva tra la spesa sociosanitaria *pro capite* e il tasso di *care dependance* (Figura 6), anche se non molto accentuata. Considerando la disomogeneità territoriale registrata, ci si sarebbe potuto attendere una correlazione molto più evidente. Anche questo risultato dimostra come alcuni territori abbiano più forza di altri nell'attrarre domanda e quindi risorse.

Un'ulteriore analisi è la relazione che sussiste tra spesa sociosanitaria integrata *pro capite* e il reddito medio distrettuale, determinato dal rapporto tra la somma dei redditi comunali annui dichiarati a fini IRPEF e il numero di dichiaranti registrati nel 2010.

La Figura 7 mostra una relazione positiva tra la spesa sociosanitaria integrata *pro capite* e il reddito medio annuo e come le maggiori città della Regione si vadano a collocare nel quadrante in alto a destra della figura - un maggiore reddito medio annuo corrisponde a una maggiore spesa sociosanitaria integrata - evidenziando anche, e ancora di più rispetto a quello visto all'inizio del Paragrafo, la netta suddivisione tra città dell'Emilia e città della Romagna.

L'effetto di richiamo di Bologna, Modena, Parma, Piacenza, Reggio Emilia e Ferrara emerge ancora di più quando si va a considerare la relazione spesa-reddito solo per i Distretti non capoluogo di provincia, nei quali la relazione risulta essere molto meno accentuata.

Figura 6. Relazione tra spesa sociosanitaria integrata *pro capite* (Euro) e *care dependence* per Distretto. Anno 2010

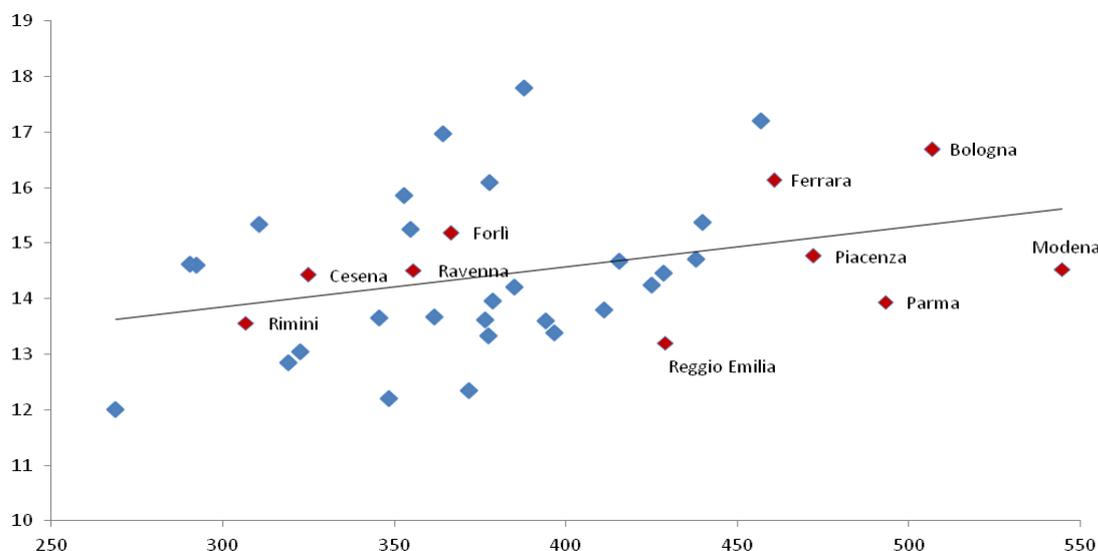
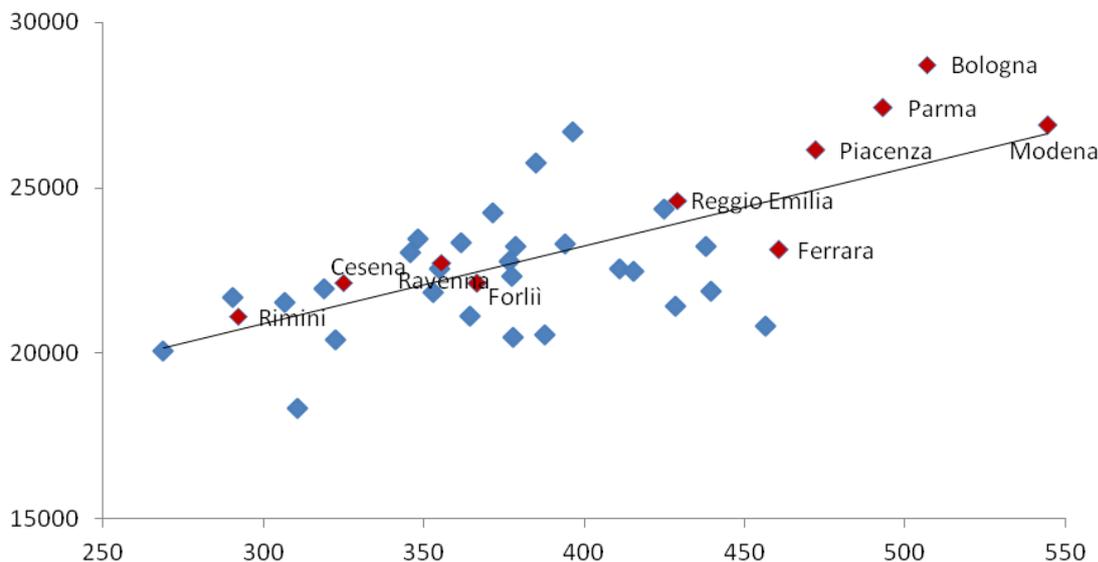


Figura 7. Relazione tra spesa sociosanitaria integrata *pro capite* e reddito medio per Distretto. Anno 2010



4.5. Altre spese sanitarie potenzialmente integrabili

Dopo avere analizzato la spesa sociosanitaria integrata per Distretto, questo Paragrafo è dedicato all'analisi provinciale della spesa sociosanitaria che potrebbe potenzialmente essere inclusa nella spesa sociale e sanitaria integrata, ma che non è stato possibile inserire nella precedente ricostruzione per l'indisponibilità della disaggregazione a livello distrettuale.

In dettaglio, si tratta di risorse spese nelle seguenti aree:

- Dipendenze: sono rilevati tutti i costi sostenuti per erogare prestazioni ambulatoriali a pazienti affetti da problemi di dipendenza, oltre a quelli per assistenza in strutture residenziali o semiresidenziali. Sono compresi anche i farmaci in erogazione diretta;
- Adulti: sono rilevati tutti i costi dell'area Salute mentale relativi a Centro salute mentale, Centro diurno psichiatrico, *day hospital* psichiatrico, residenze psichiatriche; ad essi sono aggiunte le spese relative alla Salute donna, che comprende i costi relativi a tutte le attività svolte dai Consultori familiari, Consultorio giovani, Spazio giovani, Spazio donne immigrate e loro bambini;
- Famiglie e minori: sono rilevati i costi della neuropsichiatria infantile, che comprende i costi relativi all'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale a favore di bambini e ragazzi affetti da problemi psichiatrici (sono rilevati anche i farmaci a erogazione diretta). Ad essi sono aggiunti i costi della Salute infanzia, che comprende i costi relativi a tutte le attività svolte dai consultori pediatrici e dalla pediatria di comunità;
- Anziani: sono rilevate le spese relative all'erogazione dell'ADI.

Tali spese sono presentate in Tabella 17: si tratta di circa ulteriori 600 milioni di Euro di spesa complessivi, raggruppati nelle aree di bisogno sopra individuate.

Tabella 17. Spesa sanitaria, per servizio e provincia. Anno 2010

	Famiglia e minori		Dipendenze	Adulti		Anziani	Totale
	Neuropsichiatria infantile	Salute infanzia	Dipendenze patologiche	Salute donna	Salute mentale adulti	ADI	
Piacenza	6,4	3,0	5,1	2,3	14,6	11,8	43,2
Parma	6,5	2,1	6,9	6,4	21,4	15,5	58,9
Reggio Emilia	11,7	1,2	10,0	4,1	25,0	12,2	64,2
Modena	8,6	3,9	8,9	9,1	33,4	27,8	91,8
Bologna	17,7	8,4	17,6	10,8	54,0	40,0	148,6
Ferrara	4,3	1,5	4,6	4,1	19,2	14,4	48,1
Ravenna	5,2	3,0	6,7	3,7	22,9	13,2	54,6
Forlì-Cesena	5,4	4,2	6,8	3,3	17,5	13,7	50,9
Rimini	4,9	4,8	5,2	2,9	16,2	13,1	47,1
Regione ER	70,7	32,0	72,1	46,7	224,2	161,8	607,4

Se si considera il livello regionale, si possono sommare i dati della spesa sanitaria di cui sopra con i dati della spesa sociosanitaria integrata precedentemente elaborati per area (vedi *Tabella 8*). I dati sono mostrati in *Tabella 18*.

L'aggiunta di queste spese sanitarie, erogate per quei servizi che rientrano nelle aree di bisogno considerate all'inizio di questa analisi (*Paragrafo 4.2.1*), porta la spesa sociosanitaria integrata regionale a oltre 2,3 miliardi di Euro.

Tabella 18. Spesa sociosanitaria integrata, con le spese sanitarie per area di bisogno (in milioni di Euro). Anno 2010

Area di utenza	Spesa del Comune		Compartecipazione utenti				Donazioni e altre entrate ASP	Spesa erogata dal SSN			Totale spesa integrata	Composizione % di spesa tra aree
		di cui trasferiti ad ASP	a Comune	ad ASP	per posti privati convenz	Totale		FRNA oneri a rilievo sanitario	Risorse AUSL da FSR spesa sanitaria	Tot SSN		
	1	2	3	4	5	6 (3+4+5)	7	8	9	10 (8+9)	11 (1+6+7+10)	12
Anziani	136,3	19,2	83,3	107,3	118	308,5	1,5	290,3	317,3	607,6	1.053,9	44,3
Dipendenze	4,9	0	0	0	0	0	0	0	72,1	72,1	77,0	3,2
Disabili	128	0,9	6,6	0,6	0,6	7,8	0	137,4	17,2	154,6	290,4	12,2
Famiglia e minori	373,7	0	58,7	0	28,4	87,1	0	0	102,7	102,7	563,5	23,7
Immigrati	19,6	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,0	20,1	0,8
Multiutenza	64,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	64,8	2,7
Povertà e disagio	37,8	0	0,9	0	0	0,9	0	0	270,9	270,9	309,6	13,0
RER	765,1	20,1	150	107,8	147	404,9	1,5	427,7	780,1	1.207,8	2.379,3	100,0
% RER	32,2	0,8	6,3	4,5	6,2	17,0	0,1	18,0	32,8	50,8	100,0	

4.6. Spesa privata: il caso dell'area Anziani

L'analisi condotta finora ha permesso di ricostruire la spesa sociosanitaria integrata per l'universo dei servizi del sistema di *welfare* pubblico, che comprende i servizi gestiti dall'ente pubblico e quelli privati convenzionati. In tutti questi servizi la compartecipazione a carico degli utenti risulta calmierata da meccanismi di regolazione stabiliti dagli enti pubblici.

Accanto ai servizi pubblici o privati convenzionati, esiste però una molteplicità di servizi garantiti dal settore privato che si muove secondo logiche di libero mercato. È il caso - particolarmente rilevante - dell'area Anziani, nella quale le strutture sociosanitarie e socio-assistenziali private sono presenti in numero non trascurabile nei territori dell'Emilia-Romagna. In particolare:

- molte case protette e RSA sono convenzionate per un numero di posti inferiore alla loro dotazione complessiva e utilizzano gli altri posti in regime di libero mercato (193 in tutta la Regione). Nei Paragrafi precedenti di questo Capitolo si è stimata unicamente la quota di compartecipazione relativa ai posti convenzionati; di seguito si stimerà l'altra parte, quella relativa ai posti non convenzionati nelle medesime strutture residenziali;
- un numero non trascurabile di case protette e RSA (49 in tutta la Regione) hanno la totalità dei posti rivolti direttamente verso l'utenza: sono quindi autorizzate ma non convenzionate con il sistema pubblico;
- l'universo spesso ignorato delle case di riposo, ben lontano dall'essere residuale, conta in tutta la Regione 177 presidi. Si tratta di strutture che si rivolgono generalmente ad un'utenza meno grave di quella ospitata in casa protetta e in RSA, ma è possibile che alcune strutture ospitino anche anziani non autosufficienti di livello grave.

I dati sono stati recuperati dalla *Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari* (ISTAT, 2006), utilizzando la voce "Entrate da assistiti e loro famiglie" nella sezione relativa al bilancio di ogni singola struttura, che risultava indicata in un numero di casi molto elevato.

A conferma della bontà dei dati raccolti attraverso questa rilevazione, sono stati una minoranza i casi nei quali si è stimata la spesa degli utenti, moltiplicando le giornate di accoglienza per la retta giornaliera. Qualora fossero indicate una tariffa minima e una tariffa massima, le giornate di accoglienza sono state moltiplicate per una retta media tra le due indicate. In sporadici casi (meno di una decina sui 419 presidi considerati) si è anche cercato di stimare una retta media, sulla base della media di strutture analoghe presenti nel medesimo Distretto.

I dati riportati in Tabella 19 sono suddivisi per le tipologie di servizio sopra elencate: case protette e RSA da una parte, e case di riposo dall'altra. In totale, gli utenti di strutture per anziani spendono poco meno di 200 milioni di Euro. Si tratta di una cifra decisamente elevata, che si somma agli oltre 400 milioni di Euro versati in qualità di compartecipazione al costo del servizio in strutture convenzionate con il sistema pubblico.

Tabella 19. Spesa degli utenti in strutture private per anziani. Anno 2010

Distretto	Spesa utenti in case protette e RSA private	Spesa utenti in case di riposo	Totale spesa utenti in strutture private per anziani
Bologna	2,5	12,7	15,2
Casalecchio di Reno	3,4	12,3	15,7
Imola	4,4	4,3	8,8
Pianura Est	4,4	4,6	8,9
Pianura Ovest	0,4	0,6	0,9
Porretta Terme	1,2	8,9	10,1
San Lazzaro	6,2	10,6	16,8
<i>TOTALE BO</i>	<i>22,4</i>	<i>53,9</i>	<i>76,4</i>
Cesena - Valle Savio	0,6	1,7	2,3
Forlì	0,3	6,3	6,6
Rubicone	0,6	0,0	0,6
<i>TOTALE FC</i>	<i>1,6</i>	<i>8,0</i>	<i>9,6</i>
Centro nord	2,5	3,9	6,4
Ovest	0,3	0,9	1,2
Sud-Est	4,1	2,3	6,3
<i>TOTALE FE</i>	<i>6,9</i>	<i>7,1</i>	<i>13,9</i>
Castelfranco Emilia	0,9	0,0	0,9
Mirandola	0,4	0,0	0,4
Modena	8,8	0,1	8,9
Pavullo	2,5	0,8	3,2
Sassuolo	1,2	0,7	1,9
Vignola	1,4	2,0	3,5
<i>TOTALE MO</i>	<i>15,2</i>	<i>3,6</i>	<i>18,8</i>
Levante	3,8	2,9	6,8
Piacenza	0,8	3,1	3,8
Ponente	5,0	2,5	7,5
<i>TOTALE PC</i>	<i>9,5</i>	<i>8,5</i>	<i>18,1</i>
Fidenza	6,3	3,9	10,2
Sud-Est Langhirano	5,4	0,6	6,0
Parma	1,3	0,2	1,5
Valli Taro e Ceno	1,6	2,4	4,0
<i>TOTALE PR</i>	<i>14,6</i>	<i>7,1</i>	<i>21,7</i>

(continua)

Distretto	Spesa utenti in case protette e RSA private	Spesa utenti in case di riposo	Totale spesa utenti in strutture private per anziani
Faenza	0,5	1,4	1,9
Lugo	1,5	1,4	2,9
Ravenna	2,2	2,2	4,4
<i>TOTALE RA</i>	<i>4,3</i>	<i>4,9</i>	<i>9,2</i>
Castelnuovo Monti	2,6	0,6	3,1
Correggio	1,0	1,2	2,2
Guastalla	3,3	0,0	3,3
Montecchio Emilia	1,9	2,3	4,1
Reggio Emilia	4,3	1,1	5,4
Scandiano	0,0	1,0	1,0
<i>TOTALE RE</i>	<i>13,1</i>	<i>6,1</i>	<i>19,2</i>
Riccione	0,1	2,2	2,3
Rimini	3,4	7,3	10,7
<i>TOTALE RN</i>	<i>3,5</i>	<i>9,5</i>	<i>13,1</i>
TOTALE RER	90,2	108,7	198,9

4.7. Conclusioni

I principali risultati della preliminare analisi dei dati di spesa sociosanitaria integrata per il 2010 possono così essere sintetizzati.

- In Emilia-Romagna nel 2010 la spesa sociosanitaria integrata disaggregabile per Distretto - un aggregato che oltre alle spese dei Comuni e delle ASP include anche spese sanitarie per medici, farmaci, infermieri e, più in generale, operatori del sistema sanitario nella quasi totalità destinate a servizi per anziani non autosufficienti - è stimabile in circa 1.772 milioni di Euro. La componente esclusivamente pubblica di tale spesa è valutabile in 1.470 milioni di Euro. In termini *pro capite* la spesa sociosanitaria integrata è di 400 Euro.
- Se a tale aggregato si considerano anche spese di natura prettamente sanitaria ma con rilevanza sociale (ad esempio neuropsichiatria infantile, salute infanzia, dipendenze, salute donna, ADI), che al momento attuale non è possibile disaggregare per Distretto (vedi *Paragrafo 4.5*), si aggiungono altri 600 milioni di Euro di spesa.
- Una preliminare esplorazione della spesa privata limitata all'area Anziani (vedi *Paragrafo 4.6*) in strutture private (RSA, case protette, ...) relativamente al 2010 consente di quantificare una ulteriore spesa di circa 200 milioni di Euro.
- Una prima esplorazione dei dati ricostruiti, con riferimento alla spesa integrata *pro capite* articolabile per Distretti (complessivamente pari a 1.772 milioni di Euro) mette in luce una considerevole variabilità della spesa *pro capite*, con un massimo di 545 Euro per il Distretto di Modena e un minimo di 267 Euro nel Distretto Rubicone (Forlì Cesena). Il territorio regionale sembra indicare tre aree che presentano valori differenziati: le Province di

Bologna, Modena, Parma e Piacenza mostrano una spesa *pro capite* più elevata della media, seguite da Reggio Emilia e Ferrara, per arrivare alle Province della Romagna (Ravenna, Forlì Cesena e Rimini) con la minore spesa sociosanitaria integrata *pro capite*.

- Primi riscontri tra i dati finanziari e variabili che esprimono anche se in modo rozzo il bisogno consentono di osservare una tenue correlazione positiva tra la spesa e un indicatore di *care dependance* (rapporto tra popolazione 0-3 e >75 sul totale della popolazione) e tra spesa *pro capite* e un indicatore di benessere economico (media dei redditi dichiarati ai fini IRPEF).
- Oltre a fattori legati alla struttura e alla dimensione della popolazione, le differenze territoriali possono essere spiegate da fattori di carattere storico ed economico quali:
 - capacità produttiva cioè la capacità di un territorio di riuscire a soddisfare o meno i bisogni dei propri cittadini;
 - livello di benessere: territori con reddito medio più elevato, come i capoluoghi di Provincia dell'Emilia, godono di un maggiore benessere economico rispetto agli altri Distretti; da qui la disponibilità di servizi più costosi in considerazione della maggiore capacità contributiva della popolazione;
 - l'effetto capoluogo, o meglio, la fungibilità di un Distretto o di una città di servire diversi altri territori limitrofi: in questi casi, la spesa per i servizi erogati viene imputata integralmente al Distretto dove ha sede l'ente erogatore anche se il beneficiario risulta residente in altro Distretto.

Riferimenti bibliografici del Capitolo 4

- Bertoni F, Bosi P, Lorenzini M. *L'identificazione del fabbisogno standard per i servizi sociosanitari con particolare riguardo ai servizi per anziani non autosufficienti: il caso della provincia di Modena*. Cappaper n. 61, Dipartimento di economia politica, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, 2009.
- Bertoni F, Bosi P, Lorenzini M, Silvestri P. La spesa sociale integrata nei distretti della provincia di Modena. Rapporto di ricerca, Provincia di Modena, 2010.
- Bosi P, Manganiello D. Verso l'integrazione sociosanitaria: la spesa per interventi e servizi sociali per zone in Emilia-Romagna. In Bosi P, Dirindin N, Turati G (a cura). *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione sociosanitaria. Le nuove sfide dei sistemi sanitari regionali*. Vita Pensiero, Milano, 2008.
- Bosi P, Guerra MC, Silvestri P. *Il finanziamento dei livelli essenziali per la non autosufficienza nella prospettiva del federalismo fiscale della L. 42/09*. Cappaper, Dipartimento di economia politica, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, 2009.
- Bosi P, Lorenzini M, Scagliarini A, Paltrinieri F, Lambertini C, Bertoni F. Il sistema informativo sociosanitario e il supporto all'attività di programmazione. *Conferenza Esperienze, proposte e politiche di welfare in Italia e in Europa*. Roma, Espanet, 20-22 settembre 2012.
- ISTAT. *Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali - Anno 2006*. 2006.
- ISTAT. *Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati*. 2013.

- Provincia di Bologna e Capp. *La stima del fabbisogno standard dei servizi per la popolazione anziana non autosufficiente e per i disabili adulti dei distretti della Provincia di Bologna*. Bologna, 2012.
- Tieghi M, Tomba R. *Osservazioni sulle problematiche connesse con le metodologie di calcolo dei "costi standard" dei servizi sociali*. Mimeo, 2011.

Appendice del Capitolo 4

Spesa *pro capite* per produttori e finanziatori

Tabella A.1. Spesa sociosanitaria integrata per produttori e finanziatori per provincia, valori *pro capite* in Euro e valori percentuali. Anno 2010

Prov.	Produttori			Finanziatori				Totale spesa integrata
	Comune	AUSL	ASP e altri enti convenzionati	Comune	AUSL	Utenti	Donazioni e altre entrate	
BO	348	23	60	211	126	95	0	431
FC	240	29	63	107	126	99	0	332
FE	279	32	70	154	137	89	1	381
MO	325	46	49	193	136	92	0	421
PC	264	54	110	146	156	126	0	429
PR	310	60	89	198	156	103	2	460
RA	269	41	48	155	139	63	0	357
RE	297	41	59	171	129	97	0	397
RN	235	42	35	127	135	51	0	312
RER	298	39	62	173	135	91	0	400
%	74,7	9,7	15,6	43,2	33,9	22,8	0,0	100,0

Tabella A.2. Spesa sociosanitaria integrata per produttori e finanziatori per Distretto e Provincia, valori *pro capite* (in Euro). Anno 2010

Distretto	Produttori			Finanziatori				Totale spesa integrata
	Comune	AUSL	ASP e altri enti convenz.	Comune	AUSL	Utenti	Donazioni e altre entrate	
Bologna	407	33	66	278	154	75	0	507
Casalecchio	328	10	46	192	103	90	0	385
Imola	333	25	80	164	117	157	0	438
Porretta	243	15	32	111	116	63	0	290
San Lazzaro	310	17	70	192	106	98	0	396
Pianura Est	290	18	54	160	106	95	1	362
Pianura Ovest	346	14	35	181	102	111	0	394
<i>TOTALE BO</i>	<i>348</i>	<i>23</i>	<i>60</i>	<i>211</i>	<i>126</i>	<i>95</i>	<i>0</i>	<i>431</i>
Cesena - Valle Savio	222	24	79	91	125	108	0	325
Forlì	272	34	60	122	137	108	0	367
Rubicone	197	23	48	96	104	69	0	269
<i>TOTALE FC</i>	<i>240</i>	<i>29</i>	<i>63</i>	<i>107</i>	<i>126</i>	<i>99</i>	<i>0</i>	<i>332</i>
Centro nord	324	51	85	197	164	100	0	461
Ovest	245	12	35	125	95	72	0	292
Sud-Est	227	14	69	103	122	83	2	311
<i>TOTALE FE</i>	<i>279</i>	<i>32</i>	<i>70</i>	<i>154</i>	<i>137</i>	<i>89</i>	<i>1</i>	<i>381</i>
Carpi	278	34	65	183	118	76	0	378
Castelfranco E.	257	37	24	164	113	42	0	319
Mirandola	308	47	74	171	141	116	0	428
Modena	437	56	51	266	153	125	0	545
Pavullo	252	76	49	102	191	84	0	378
Sassuolo	296	45	31	187	122	62	0	372
Vignola	296	37	46	146	127	107	0	379
<i>TOTALE MO</i>	<i>325</i>	<i>46</i>	<i>49</i>	<i>193</i>	<i>136</i>	<i>92</i>	<i>0</i>	<i>421</i>
Levante	212	48	179	96	146	198	0	440
Piacenza	349	66	57	220	176	76	0	472
Ponente	224	48	83	120	145	90	0	355
<i>TOTALE PC</i>	<i>264</i>	<i>54</i>	<i>110</i>	<i>146</i>	<i>156</i>	<i>126</i>	<i>0</i>	<i>429</i>

(continua)

Distretto	Produttori			Finanziatori				Totale spesa integrata
	Comune	AUSL	ASP e altri enti convenz.	Comune	AUSL	Utenti	Donazioni e altre entrate	
Fidenza	250	74	91	140	170	105	0	415
Parma	356	47	90	258	139	92	4	493
Sud Est Langhirano	274	68	84	153	161	109	1	425
Valli Taro e Ceno	290	78	89	117	199	141	0	457
<i>TOTALE PR</i>	<i>310</i>	<i>60</i>	<i>89</i>	<i>198</i>	<i>156</i>	<i>103</i>	<i>2</i>	<i>460</i>
Faenza	233	47	72	113	149	91	0	353
Lugo	254	50	60	121	156	87	0	364
Ravenna	292	33	30	192	125	39	0	356
<i>TOTALE RA</i>	<i>269</i>	<i>41</i>	<i>48</i>	<i>155</i>	<i>139</i>	<i>63</i>	<i>0</i>	<i>357</i>
Castelnuovo Monti	242	63	83	102	174	112	0	388
Correggio	242	42	61	127	120	98	0	346
Guastalla	325	44	42	161	136	114	0	411
Montecchio Emilia	290	40	46	157	119	101	0	376
Reggio Emilia	320	38	71	207	129	93	0	429
Scandiano	270	41	37	151	117	81	0	348
<i>TOTALE RE</i>	<i>297</i>	<i>41</i>	<i>59</i>	<i>171</i>	<i>129</i>	<i>97</i>	<i>0</i>	<i>397</i>
Riccione	239	51	32	116	141	65	0	322
Rimini	233	37	37	132	131	43	0	307
<i>TOTALE RN</i>	<i>235</i>	<i>42</i>	<i>35</i>	<i>127</i>	<i>135</i>	<i>51</i>	<i>0</i>	<i>312</i>
Regione ER	298	39	62	173	135	91	0	400
%	74,65	9,75	15,60	43,18	33,89	22,85	0,08	100,00

Tabella A.3. Spesa sociosanitaria integrata per produttori e finanziatori per area, valori assoluti (in Euro). Anno 2010

Area utenza	Produttori			Finanziatori				Totale spesa integrata
	Comune	AUSL	ASP e altri enti convenz.	Comune	AUSL	Utenti	Donazioni e altre entrate	
Anziani (pop. >75)	949	301	476	264	862	597	3	1.726
Dipendenze (pop. 18-65)	2	0	0	2	0	0	0	2
Disabili (pop 18-65)	99	6	1	47	56	3	0	106
Famiglia e minori (n. famiglie)	219	0	14	190	0	44	0	234
Immigrati (cittadini stranieri residenti)	40	0	0	39	0	1,1	0	40
Multiutenza (pop. totale)	15	0	0	15	0	0	0	15
Povertà e disagio adulti (pop. >18)	10	0	0	10	0	0	0	10
RER (pop. totale)	298	39	62	173	135	91	0	400

5. Interventi a sostegno del reddito e di contrasto della povertà¹⁷⁵

5.1. Premessa

Questa parte della ricerca ha per oggetto il ruolo delle politiche pubbliche nell'azione di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale in Emilia-Romagna ed è articolata in tre sezioni. La prima esamina il tema della povertà economica in una prospettiva regionale comparata, avvalendosi delle fonti statistiche più recenti e discutendo i problemi metodologici connessi alla sua misura. La seconda si concentra sulle politiche di contrasto della povertà messe in atto a livello sia nazionale sia regionale, con particolare riferimento ai trasferimenti di carattere monetario. La terza prende in esame gli interventi pubblici a sostegno del reddito in Emilia-Romagna dal punto di vista sia di una ricognizione quantitativa della spesa e delle sue componenti, sia dell'analisi delle potenzialità che l'attesa riforma dei criteri di selettività vigenti (ISEE) può determinare sull'efficacia redistributiva della spesa stessa.

5.2. Povertà in Emilia-Romagna: fonti statistiche e problemi di misura

5.2.1. Povertà relativa

Uno dei tratti distintivi della povertà economica in Italia è la sua accentuata differenziazione territoriale (Commissione di indagine sull'esclusione sociale, 2012). Secondo le stime più recenti dell'ISTAT riferite al 2011, l'incidenza della povertà relativa nei consumi dell'Italia meridionale è più che doppia rispetto alla media nazionale: le situazioni più gravi si verificano per le famiglie residenti in Sicilia (27,3%), Calabria (26,2%), Basilicata (23,3%), Puglia (22,6%) e Campania (22,4%), a fronte di un dato medio nazionale pari all'11,1%. Per converso, le macro-aree del Nord e del Centro registrano un tasso di povertà relativa inferiore alla media, rispettivamente pari al 4,9% e al 6,4%. A livello di singola ripartizione geografica, la Provincia autonoma di Trento presenta l'incidenza minima (3,4%), seguita da Lombardia (4,2%) e Valle d'Aosta e Veneto (4,3%). Seguono, con il 5,2% Emilia-Romagna, Toscana e Marche, e con valori appena

¹⁷⁵ A cura di Serena Ruffini, CNA Bologna; Stefano Toso, CAPP e Università di Bologna.

Gli autori ringraziano il Gruppo di lavoro costituito presso la Regione con cui è stata discussa l'impostazione della ricerca e, in particolare Milena Michielli (Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali) per il supporto fornito nella ricostruzione della spesa sociale in Emilia-Romagna di fonte ISTAT.

superiori Friuli Venezia Giulia (5,4%) e Piemonte (5,9%). Su livelli più vicini alla media nazionale che a quelli di area si collocano invece Umbria (8,9%) e Provincia autonoma di Bolzano (10,4%) (*Tabella 20*).

Rispetto al 2010, l'incidenza della povertà in Italia nel 2011 rimane invariata, così come quella a livello di singola macro-area. Si modifica invece in alcuni casi il *ranking* relativo tra Regioni e il valore assoluto dell'incidenza della povertà a livello regionale. Tenuto conto dell'errore campionario, tali variazioni non risultano statisticamente significative.¹⁷⁶

Se si misura la povertà oltre che in termini di incidenza (quota di famiglie povere sul totale) anche in termini di intensità, ossia in termini di quanto la spesa per consumi delle famiglie povere è mediamente inferiore alla soglia di povertà medesima, le criticità del Meridione si amplificano ulteriormente. L'intensità della povertà in queste Regioni è infatti pari al 22,3%, contro valori del 20% e del 18,2% rispettivamente nel Centro e del Nord (*Tabella 21*). Le famiglie povere residenti nel Mezzogiorno sono quindi non solo di più in termini relativi, ma hanno anche livelli di spesa per consumi mediamente più bassi di quelle delle famiglie povere del Centro nord. Volendo esplicitare il dato in termini assoluti e prendendo come riferimento la soglia di povertà relativa, fissata a livello nazionale e pari a 1.011 Euro mensili per una famiglia di due componenti,¹⁷⁷ si può notare che, mentre al Sud la spesa media mensile equivalente delle famiglie povere è uguale a 786 Euro mensili, al Nord e nel Centro i valori corrispondenti sono rispettivamente di 827 e 808 Euro.

¹⁷⁶ Questo vale anche per l'Emilia-Romagna, il cui tasso di incidenza passa dal 4,5% al 5,2%, senza tuttavia che tale incremento possa essere ritenuto significativo sul piano statistico (ISTAT, 2012b).

¹⁷⁷ Le soglie di povertà relativa delle famiglie composte da un numero di componenti diversi da due sono determinate adottando la scala di equivalenza Carbonaro.

Tabella 20. Incidenza di povertà relativa per Regione e ripartizione geografica (2010 e 2011)

Regioni/ ripartizioni geografiche	Incidenza di povertà (%)	
	2010	2011
Piemonte	5,3	5,9
Valle d'Aosta	7,5	4,3
Lombardia	4,0	4,2
Liguria	6,9	6,2
Trentino Alto-Adige	7,6	6,7
Provincia autonoma Bolzano	9,5	10,4
Provincia autonoma Trento	5,9	3,4
Veneto	5,3	4,3
Friuli Venezia Giulia	5,6	5,4
Emilia-Romagna	4,5	5,2
Toscana	5,3	5,2
Umbria	4,9	8,9
Marche	8,5	5,2
Lazio	6,6	7,1
Abruzzo	14,3	13,4
Molise	16,0	18,2
Campania	23,2	22,4
Puglia	21,1	22,6
Basilicata	28,3	23,3
Calabria	26,0	26,2
Sicilia	27,0	27,3
Sardegna	18,5	21,1
Nord	4,9	4,9
Centro	6,3	6,4
Mezzogiorno	23,0	23,3
Italia	11,0	11,1

Fonte: ISTAT, 2012b.

Tabella 21. Incidenza, intensità e valori assoluti delle famiglie in povertà relativa (2011)

	Incidenza di povertà (%)	Intensità di povertà (%)	Valori assoluti
Nord	4,9	18,2	601
Centro	6,4	20,0	318
Mezzogiorno	23,3	22,3	1.863
Italia	11,1	21,1	2.782

Fonte: ISTAT, 2012b.

Come si è ricordato in precedenza, in Emilia-Romagna l'incidenza della povertà relativa è decisamente inferiore alla media nazionale, con quest'ultima pari a più del doppio della prima: 11,1% *vs* 5,2%. Il *trend* dell'ultimo quadriennio, segnato dalla crisi economica, mostra un incremento assoluto di poco più di un punto percentuale, dal 3,9 al 5,2%, in apparente lieve controtendenza rispetto all'andamento stazionario del dato nazionale, rimasto stabile intorno all'11%. Anche tenuto conto della mancata significatività statistica della variazione intervenuta dal 2010 al 2011, l'andamento temporale dell'incidenza della povertà in Regione nel periodo 2003-2011 non evidenzia un *trend* di segno univoco, se si considera che il valore di fine periodo è sostanzialmente in linea con quello iniziale e che il valore massimo (6,2%) è stato registrato nel 2007, prima che cominciassero a manifestarsi i primi segni della recessione (*Tabella 22*).

Tabella 22. Incidenza della povertà relativa in Emilia-Romagna e in Italia, 2003-2011 (valori percentuali)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Emilia-Romagna	4,7	3,6	2,5	3,9	6,2	3,9	4,1	4,5	5,2
Italia	10,8	11,7	11,1	11,1	11,1	11,3	10,8	11,0	11,1

Fonte: ISTAT. *La povertà in Italia*. anni vari.

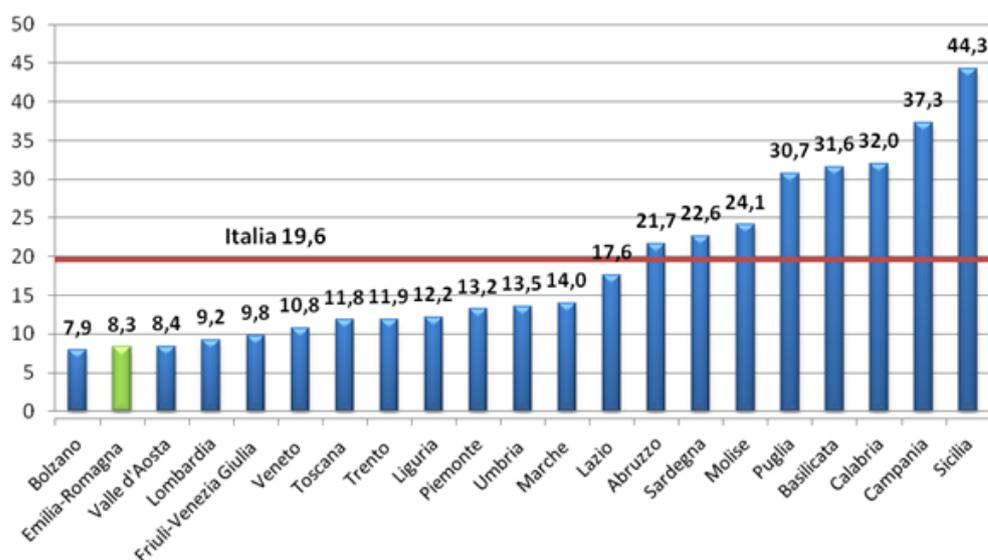
La metodologia adottata dall'ISTAT per stimare la povertà relativa non è l'unica possibile, tanto è vero che l'Eurostat ne usa una diversa: mentre la convenzione seguita dall'ISTAT è valutare la povertà relativa a livello familiare, assumere come variabile economica di riferimento la spesa per consumi e fissare la soglia in termini di valore medio della distribuzione, l'Eurostat stima la povertà relativa a livello individuale, in termini di reddito e assumendo come soglia di povertà la mediana della distribuzione; in particolare viene definito "a rischio di povertà" un individuo che possiede un reddito familiare equivalente inferiore al 60% del valore mediano della distribuzione del reddito equivalente stesso.¹⁷⁸ Essendo diversa la metodologia impiegata, non sorprende che gli ordini di grandezza del fenomeno siano diversi.

È invece rilevante che la fotografia della povertà relativa in Italia scattata dall'Eurostat è simile a quella stimata dall'ISTAT per quanto riguarda le differenze territoriali Nord-Sud, seppure con alcune differenze nel *ranking* tra Regioni (*Figura 8*). A fronte di un valore medio nazionale del 19,6%, le aree a minore rischio di povertà, con riferimento ai redditi rilevati nel 2011 e percepiti nel 2010, sono la Provincia autonoma di Bolzano, l'Emilia-Romagna, la Valle d'Aosta, la Lombardia e il Friuli Venezia Giulia, i cui tassi di povertà sono compresi tra il 7,9% e il 9,8%. La Provincia autonoma di Trento, che risultava la Regione meno povera in termini di spesa per consumi, è ora solo ottava in graduatoria, assieme a Toscana e Liguria, con valori nell'ordine del 12%. Anche adottando la metodologia dell'Eurostat, le Regioni del Mezzogiorno sono quelle a cui si associano le più alte incidenze di povertà relativa: le situazioni più gravi si registrano in

¹⁷⁸ La scala di equivalenza adottata non è quella dell'Istat ma la scala "Ocse modificata", che associa al primo membro adulto della famiglia un coefficiente pari a 1, ad ogni altro componente adulto coefficiente pari a 0,5 e ai membri con meno di 14 anni coefficiente uguale a 0,3.

Sicilia e Campania, dove gli individui a rischio di povertà sono rispettivamente il 44,3% e il 37,3% della distribuzione. Valori superiori una volta e mezzo alla media nazionale, intorno al 31%, si riscontrano in Calabria, Basilicata e Puglia.

Figura 8. Incidenza della popolazione a rischio di povertà per Regione* (2011) (valori percentuali)



* Seguendo l'impostazione NUTS 2 (Nomenclature of Territorial Units for Statistics) adottata dall'Eurostat per la suddivisione regionale, il Trentino Alto Adige è ripartito nelle due Province autonome di Trento e Bolzano.

Fonte: Eurostat - <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (ultimo accesso giugno 2015)

Se la Figura mette in evidenza il gap esistente tra il Nord e il Sud del Paese, il confronto temporale del rischio di povertà per Regione e ripartizione geografica mostra che nel corso del 2011 si è verificato anche un aumento del divario territoriale, a svantaggio del Centro sud (*Tabella 23*). L'incremento del rischio di povertà a livello nazionale - dal 18,2 al 19,6% - si concentra infatti nelle regioni meridionali: mentre al Nord il valore appare stabile, nell'ordine del 10%, nel Centro si verifica un aumento di un punto e mezzo percentuale - dal 13,6 al 15,1%, che nel Sud e nelle Isole diventa rispettivamente di 2,4 punti - dal 30,2 al 32,6% - e 6,3 punti - dal 32,6 al 38,9%.

Considerando un lasso di tempo più lungo dal 2005 al 2011, il quadro, sia nazionale sia distinto per area geografica, è di più difficile interpretazione: il rischio di cadere in povertà in Italia alla fine del periodo esaminato non è dissimile da quello del triennio pre-crisi 2005-2007, che oscilla tra il 18,9 e il 19,9%. Risulta altresì evidente che il Nord ovest e il Nord est conseguono risultati sempre inferiori alla media nazionale e sostanzialmente stabili nel tempo, il Centro registra un incremento sensibile solo nel 2011, mentre il Mezzogiorno mostra andamenti più irregolari: un costante decremento al Sud dal 2006 al 2010, per poi risalire nel 2011 a un valore (32,6%)

poco superiore a quello di inizio periodo (32,1%); variazioni erratiche nelle Isole, con un aumento finale di ben 6 punti percentuali nell'ultimo anno (dal 32,6 al 38,9%), a partire da valori tuttavia circa doppi rispetto alla media nazionale.

Tabella 23. Rischio di povertà, per Regione e ripartizione geografica (2005-2011)

Regioni / ripartizioni geografiche	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Piemonte	10,8	11,2	11,0	12,0	10,7	12,6	13,2
Valle d'Aosta	5,9	5,2	8,1	9,7	9,9	8,8	8,4
Liguria	15,6	13,7	14,4	14,0	9,8	10,5	12,2
Lombardia	9,3	10,5	11,5	9,5	9,8	10,5	9,2
Provincia autonoma Bolzano	9,8	7,8	7,3	7,2	8,3	7,1	7,9
Provincia autonoma Trento	7,7	7,5	5,7	4,9	7,2	7,5	11,9
Veneto	10,1	10,3	11,2	10,7	9,7	10,5	10,8
Friuli Venezia Giulia	10,0	10,2	9,9	11,1	10,6	11,9	9,8
Emilia-Romagna	8,6	9,5	8,7	8,9	9,1	8,3	8,2
Toscana	9,1	9,4	10,3	9,5	9,9	11,6	11,8
Umbria	13,7	15,7	13,2	15,0	14,5	12,1	13,5
Marche	13,2	13,6	11,7	12,2	11,7	11,9	14,0
Lazio	16,0	16,8	17,3	15,6	16,8	15,7	17,6
Abruzzo	17,5	17,6	20,6	18,2	20,3	19,2	21,7
Molise	27,2	29,0	30,7	28,5	30,5	23,6	24,1
Campania	33,1	35,6	37,8	37,9	34,9	35,8	37,3
Puglia	33,1	37,0	32,5	27,4	26,8	25,5	30,7
Basilicata	31,3	26,5	29,6	31,1	33,6	25,5	31,6
Calabria	37,7	36,7	34,1	36,1	34,6	33,1	32,0
Sicilia	40,1	40,3	41,9	37,0	39,9	38,3	44,3
Sardegna	22,7	20,6	22,1	23,4	21,7	15,6	22,6
Nord ovest	10,3	11,0	11,7	10,7	10,1	11,1	10,6
Nord est	9,4	9,8	9,7	9,6	9,4	9,6	9,6
Centro	13,2	13,9	14,0	13,2	13,8	13,6	15,1
Sud	32,1	34,0	33,6	32,2	31,0	30,2	32,6
Isole	35,8	35,4	37,0	33,6	35,4	32,6	38,9
Italia	18,9	19,6	19,9	18,7	18,4	18,2	19,6

Fonte: Eurostat. *Indagine IT-SILC*. anni vari.

L'Emilia-Romagna conferma negli anni la sua buona *performance*, nonostante un andamento altalenante nell'arco del periodo: dopo un picco raggiunto nel 2006 (9,5%), il rischio di povertà ritorna al livello precedente l'anno successivo, aumenta lievemente di nuovo nel biennio 2008-2009, per poi ridiscendere nel 2010-2011 a un livello (8,2%) sostanzialmente equivalente a quello di inizio periodo (8,6%). Dalle evidenze empiriche disponibili non emerge quindi un quadro di tendenziale incremento della povertà, se valutata in termini relativi, tra le famiglie residenti in Regione.

5.2.2. Povertà assoluta

Se il concetto di povertà relativa presuppone che la condizione di disagio economico della singola famiglia o individuo sia valutata confrontandola con quella di tutti gli altri, il riferimento al concetto di povertà assoluta rimanda a una nozione di disagio economico più direttamente definito come mancato soddisfacimento di bisogni primari e di incapacità di accedere a un paniere di beni di consumo strettamente necessario. L'incidenza della povertà viene in questo caso valutata rispetto a una soglia definita non sulla base di un indice di posizione della distribuzione (media o mediana) ma prendendo come riferimento la spesa mensile minima necessaria per acquistare il paniere di beni e servizi ritenuto essenziale in un determinato contesto storico per accedere a uno standard di vita minimamente accettabile.

Sebbene in Italia e nel resto dell'Unione europea il metodo di stima della povertà (e quindi di determinazione della soglia) abbia tradizionalmente privilegiato un approccio relativo, da circa un quindicennio l'Italia ha mostrato un crescente interesse per l'approccio assoluto: dal 1997 al 2002 l'ISTAT ha proceduto infatti alla quantificazione della povertà assoluta, applicando criteri che sono stati progressivamente affinati.

L'impianto del nuovo metodo di calcolo è concettualmente analogo a quello iniziale sebbene sia stato esteso e migliorato in più direzioni (ISTAT, 2009). La principale innovazione è consistita nella differenziazione delle soglie di povertà per caratteristiche familiari: si tiene conto infatti non solo del numero dei componenti, ma anche della loro età, e per la prima volta sono state introdotte soglie diverse per macro-aree geografiche (Nord, Centro e Mezzogiorno) e per dimensione del Comune di residenza (aree metropolitane, grandi Comuni e piccoli Comuni). In particolare, il nuovo metodo di stima della povertà assoluta calcola il valore monetario del paniere di beni e servizi ritenuto essenziale assumendo che i bisogni siano uguali in tutto il Paese, ma non i prezzi dei beni e servizi necessari per soddisfarli. Vengono pertanto calcolate linee di povertà di valore variabile a seconda della ripartizione geografica e della dimensione del Comune di residenza. Una volta determinato il paniere essenziale per l'anno base, esso viene rivalutato nel tempo sulla base non di un unico indice dei prezzi, ma di indici differenziati per area geografica di residenza e anche in base al diverso andamento dei prezzi dei beni e servizi che compongono il paniere. Infine, la linea di povertà varia in funzione non solo del solo numero dei componenti, ma anche della loro età.

Il paniere di beni e servizi essenziali è costituito da tre componenti: generi alimentari, abitazione e una quota residuale che include le spese per vestiario, trasporto e altro. Il paniere alimentare individua qualità e quantità dei beni in grado di assicurare un'alimentazione adeguata sulla base dei livelli di assunzione raccomandati dalla Società italiana di nutrizione

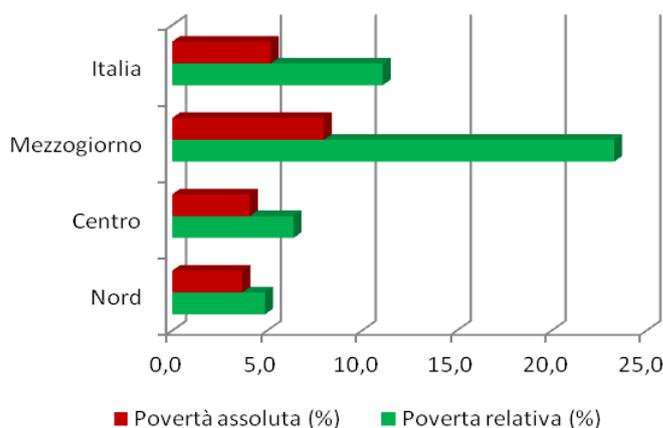
umana, differenziati per età e genere. Questi panieri sono poi tradotti in valori monetari usando i dati raccolti dall'ISTAT sulla rilevazione dei prezzi al consumo, differenziati per area geografica.

La componente abitativa del paniere è costituita in primo luogo dal costo che una famiglia con un certo numero di componenti dovrebbe sostenere per affittare sul mercato privato una abitazione di dimensioni adeguate. Si ipotizza infatti che una famiglia povera non possieda i requisiti necessari per ottenere un mutuo, in particolare uno stock di patrimonio minimo, e che non possa neppure trovare una sistemazione presso una abitazione ad affitto agevolato, vista l'inadeguata offerta di edilizia sociale. Gli affitti sono differenziati per area geografica e dimensione del Comune di residenza. A questo costo si aggiunge una stima del consumo energetico minimo, sulla base delle indicazioni fornite dall'Autorità per l'energia elettrica e il gas, differenziate per composizione della famiglia e per area.

La componente residuale comprende voci molto diversificate, in quantità minime necessarie per poter vivere in modo dignitoso: sono incluse le spese associate con l'abitazione, come acqua, condominio, arredamento, detersivi. Vengono poi considerate spese per abbigliamento, trasporto (ipotizzando che si faccia uso solo di servizi pubblici), cura personale, comunicazione, cultura e tempo libero, sanità e istruzione.

Il risultato finale è un vettore di 342 linee di povertà, ottenute incrociando 38 tipologie familiari (definite in base al numero di componenti di varie classi di età) con 3 aree geografiche (Nord, Centro e Mezzogiorno) e 3 densità abitative (aree metropolitane, grandi e piccoli Comuni). Per una famiglia residente in un'area metropolitana e composta da due adulti e due adolescenti, ad esempio, nel 2011 la linea vale 1.647 Euro al mese nell'Italia settentrionale, 1.555 Euro al Centro e 1.281 Euro in Meridione. Questa metodologia viene applicata ai dati dell'Indagine sui consumi delle famiglie che l'ISTAT raccoglie ogni anno su un campione di circa 20.000 famiglie.

Le stime più recenti della povertà assoluta in Italia indicano che il 5,2% delle famiglie residenti nel Paese - pari a circa 3.415.000 individui, il 5,7% dell'intera popolazione - non riescono ad accedere a un paniere di consumo di base ritenuto strettamente necessario. L'analisi dei dati distinta per macro-aree conferma quanto già evidenziato con riferimento all'incidenza della povertà relativa: il Mezzogiorno si conferma l'area d'Italia più povera in termini assoluti (8%), mentre il Settentrione sperimenta le percentuali più basse di disagio economico estremo (3,7%) (*Figura 9*).

Figura 9. Famiglie in povertà relativa e assoluta per ripartizione geografica (2011)

Ripartizioni	Povertà relativa (%)	Povertà assoluta (%)
Nord	4,9	3,7
Centro	6,4	4,1
Mezzogiorno	23,3	8,0
<i>Italia</i>	<i>11,1</i>	<i>5,2</i>

Fonte: ISTAT, 2012b.

Non sorprendentemente, il *gap* tra Nord e Sud per quanto concerne la povertà assoluta è minore di quello che si registra per la povertà relativa: ciò è da mettere soprattutto in relazione al fatto che, mentre nella stima della povertà relativa la soglia di povertà è nazionale e quindi non tiene conto del diverso costo della vita nelle varie parti del Paese, le soglie di povertà assoluta sono differenziate sia rispetto alla macro-area geografica, sia rispetto alla dimensione del Comune di residenza.

Dall'analisi della serie storica della povertà assoluta, stimata con la metodologia messa a punto nel 2009 ed estesa ai quattro anni precedenti, emerge un quadro non perfettamente conforme a quello riguardante la povertà relativa (*Tabella 24*). Mentre quest'ultima non presenta sostanziali variazioni a livello nazionale rispetto alla seconda metà del decennio scorso, la povertà assoluta aumenta leggermente nel corso del 2011, dal 4,6 al 5,2%, anche con riferimento al triennio precedente (2008-2010), in cui essa era stabile al 4,6-4,7%, e a quello ancora prima (4-4,1% nel 2005-2007).¹⁷⁹ L'aumento sembra da imputare alle variazioni verificatesi in particolare nel Centro, mentre nel Nord e nel Mezzogiorno, pur con oscillazioni annuali, i valori di inizio periodo sono meno distanti da quelli finali.

¹⁷⁹ La stima puntuale dell'incidenza della povertà assoluta, che nel 2011 è risultata del 5,2%, oscilla con una probabilità del 95% tra il 4,8 e il 5,6%: la variazione rispetto al valore del 2010 (4,6%) è quindi statisticamente significativa.

Misure della povertà assoluta disaggregate a livello regionale non sono al momento disponibili. Sarebbe interessante potere valutare se il fenomeno, così come si verifica a livello nazionale, sia in crescita anche in Emilia-Romagna.

Tabella 24. Incidenza della povertà assoluta in Italia per macro-aree geografiche (2005-2011) (valori percentuali)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nord	2,7	3,3	3,5	3,2	2,6	3,6	3,7
Centro	2,7	2,9	2,9	2,9	2,7	3,8	4,1
Mezzogiorno	6,8	6,1	5,8	7,9	7,7	6,7	8,0
<i>Italia</i>	<i>4,0</i>	<i>4,1</i>	<i>4,1</i>	<i>4,6</i>	<i>4,7</i>	<i>4,6</i>	<i>5,2</i>

Fonte: ISTAT. *La povertà in Italia*. anni vari.

5.2.3. Una misura multidimensionale della povertà: la deprivazione materiale

Per ovviare alla carenza di informazioni statistiche sulla povertà assoluta su base regionale e per articolare il concetto di povertà assoluta non solo in chiave strettamente monetaria, ci si può avvalere di un approccio relativamente nuovo allo studio della povertà e dell'esclusione sociale, utilizzato in sede europea e che si fonda sul concetto di deprivazione materiale. Tale approccio permette di valutare le condizioni di svantaggio socio-economico delle famiglie in relazione alle condizioni di vita della comunità di appartenenza.

La nozione di deprivazione materiale incorpora un'idea di povertà assoluta poiché viene definita in termini di incapacità involontaria da parte di una famiglia di potersi permettere beni o attività considerati normali nella società in cui si vive; uno degli elementi di originalità di tale approccio è che per determinare lo stato di deprivazione materiale non è necessario fissare preliminarmente una soglia di povertà, bensì verificare il possesso/esercizio o no di una serie di beni/attività tramite domande *ad hoc*. Sulla base di questa impostazione, l'indicatore sintetico di deprivazione materiale elaborato dall'Eurostat (mediante l'indagine campionaria Eu-Silc) viene costruito misurando la quota di famiglie che dichiarano di trovarsi forzatamente nelle condizioni seguenti in almeno tre casi su nove:

- non poter sostenere spese impreviste;
 - avere arretrati nel pagamento di bollette, affitto, mutuo o altri debiti diversi;
 - non potersi permettere una settimana di ferie lontano da casa in un anno;
 - non essere in grado di fare un pasto adeguato (in termini di contenuto proteico) almeno una volta ogni due giorni;
 - non riuscire a riscaldare adeguatamente l'abitazione;
- non potersi permettere:
- una televisione a colori;
 - una lavatrice;

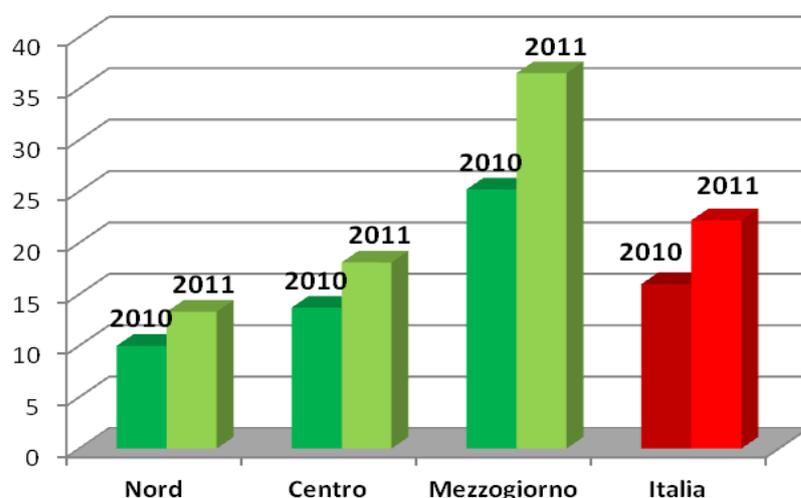
- un telefono;
- un'automobile.

Secondo i dati Eu-Silc più recenti, relativi al 2011, il 22,2% degli individui appartenenti a famiglie residenti in Italia risulta deprivato in almeno tre delle nove dimensioni sopra menzionate, con una discontinuità forte rispetto agli anni precedenti: nel biennio 2009-2010 infatti non si erano registrate variazioni significative della quota di individui in famiglie socialmente deprivate, con valori rispettivamente pari al 15,7% e al 16%. L'incremento rilevante a livello nazionale è associato soprattutto all'aumento della deprivazione materiale tra i residenti nel Mezzogiorno, che sale nell'ultimo anno di dieci punti percentuali assoluti, dal 25,2 al 36,5%. Variazioni di segno positivo rispetto al 2010 si hanno anche al Nord (dal 10 al 13,3%) e nelle regioni centrali (dal 13,7 al 18,1%) (*Figura 10 e Tabella 25*).

Considerando le singole dimensioni della deprivazione materiale, i dati indicano che nel 2011 il 46,6% degli italiani non poteva permettersi una settimana di vacanza lontani da casa (contro il 39,8% del 2010), il 17,9% non riusciva a riscaldare adeguatamente l'abitazione (contro l'11,2% del 2010), il 12,3% non poteva permettersi un pasto proteico adeguato almeno ogni due giorni (contro il 6,7% del 2010), il 14,1% delle famiglie era in arretrato con almeno un pagamento tra mutuo, affitto, bollette o debiti diversi dal mutuo (contro il 12,8% del 2010), il 38,5% non sarebbe riuscito ad affrontare una spesa imprevista di un ammontare uguale a 1/12 del valore della linea della povertà (contro il 33,3% del 2010): dal confronto si nota come nell'arco di un anno ognuna di queste voci abbia registrato un sensibilissimo incremento.

Un esame delle differenze territoriali della deprivazione materiale conferma quanto riscontrato per la povertà relativa e assoluta: l'Italia meridionale e insulare si colloca in una posizione di svantaggio rispetto al resto del paese, con valori più che doppi rispetto a quelli del Nord e più elevati rispetto alla media nazionale. Nel Mezzogiorno gli individui deprivati sono il 36,5%, contro il 13,3% del Nord e il 18,1% del Centro (*Tabella 25*).

Figura 10. Individui che vivono in famiglie che registrano almeno tre segnali di deprivazione materiale in Italia per ripartizione geografica - 2010 e 2011 (valori percentuali)



Fonte: ISTAT, 2012c.

Tabella 25. Dimensioni e indici di deprivazione materiale in Italia per ripartizione geografica (2009-2011) (valori percentuali)

	Nord			Centro			Sud e isole			Italia		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Non riesce a sostenere spese impreviste *	25,4	24,8	26,5	33,2	31,2	39,3	45,2	45,8	53,7	33,3	33,3	38,5
In arretrato con mutuo, affitto, bollette o altri debiti	9,0	10,6	10,2	11,1	12,3	14,6	14,9	16,0	19,4	11,1	12,8	14,1
Non può permettersi una settimana di ferie	29,0	28,0	33,0	39,2	39,5	44,9	56,4	55,6	65,5	39,4	39,8	46,6
Non può permettersi un pasto adeguato almeno ogni due giorni	4,6	4,6	8,8	5,8	5,5	9,1	10,0	10,2	18,8	7,7	6,7	12,3
Non riesce a riscaldare adeguatamente l'abitazione	5,2	4,8	10,2	8,7	7,7	13,3	20,2	21,7	30,8	11,2	11,2	17,9
<i>Indicatore Eurostat di deprivazione</i>	<i>9,2</i>	<i>10,0</i>	<i>13,3</i>	<i>13,6</i>	<i>13,7</i>	<i>18,1</i>	<i>25,1</i>	<i>25,2</i>	<i>36,5</i>	<i>15,7</i>	<i>16,0</i>	<i>22,2</i>

Fonte: ISTAT, 2012c, 2012d.

* Il livello delle spese impreviste, per ciascun anno di indagine, è fissato in un 1/12 della soglia di rischio di povertà calcolata nell'indagine di due anni precedenti.

5.2.4. Indicatori di povertà o di esclusione sociale della Strategia europea 2020

Nel giugno 2010 il Consiglio europeo ha ufficialmente varato l'adozione della nuova Strategia EU-2020 focalizzata sul coordinamento comunitario negli ambiti delle politiche economiche, occupazionali e sociali per il prossimo decennio e incentrata sulla riduzione della povertà e sulla promozione dell'inclusione sociale. Prerequisito di tale strategia è il monitoraggio, con opportuni indicatori, delle aree della povertà relativa, delle deprivazione materiale e dell'esclusione sociale legata al mercato del lavoro. Il set di indicatori per la misura di questi fenomeni, che si è andato consolidando successivamente al Consiglio europeo di Laeken del 2001, è stato dunque rivisto alla luce di quest'ultima decisione, che ha identificato tre diversi indicatori come oggetto del *target*:

- l'incidenza del rischio di povertà relativa al netto dei trasferimenti sociali;
- il tasso di deprivazione materiale in una sua formulazione più severa (la cosiddetta deprivazione materiale grave) rispetto a quella tradizionale;
- una misura della bassa o nulla intensità di lavoro.

Il primo indicatore si riferisce alla misura di povertà ufficiale comunitaria, che definisce a rischio di povertà un individuo il cui reddito familiare equivalente risulti inferiore al 60% del valore mediano della distribuzione del reddito nazionale. Per quanto riguarda la seconda misura, si fa riferimento a un indicatore corretto rispetto a quello elaborato inizialmente dall'Eurostat che, se posto alla base del *target* comunitario, avrebbe sbilanciato troppo l'onere della lotta alla povertà a sfavore dei Paesi in condizione di più ritardato sviluppo economico. Ai fini pertanto del *target* della Strategia 2020, a parità dei nove beni o attività di cui si registra l'eventuale mancanza, si considera deprivata una persona che vive in una famiglia che non può permettersi quattro - invece di tre - *item* considerati.

Non tutti i Paesi hanno comunque ritenuto sufficiente questa integrazione: se da un lato infatti l'area del rischio di povertà non copre completamente le condizioni di deprivazione, dall'altro possono determinarsi situazioni in cui, pur in assenza di un rischio di povertà o di deprivazione materiale, ci si trova in una situazione di esclusione sociale di particolare rilievo, soprattutto con riferimento alla partecipazione al mercato del lavoro. Si è pertanto ritenuto opportuno integrare i due indicatori precedenti con un terzo, che misura la bassa o nulla intensità di lavoro del nucleo familiare: quest'ultima viene calcolata considerando in ogni famiglia gli individui in età da lavoro e calcolando il numero di mesi (nell'anno precedente a quello della rilevazione) in cui essi hanno lavorato sul totale dei mesi dell'anno. Si definiscono in una condizione di bassa o nulla intensità di lavoro tutti gli individui che vivono in famiglie i cui componenti di età 18-59 anni lavorano meno di un quinto del loro tempo, ossia meno del 20%.

Sulla base della stima di queste tre misure si definisce l'indicatore sintetico del rischio di povertà e di esclusione sociale, che considera vulnerabile chi si trova in almeno una di queste tre condizioni (Antuofermo, Di Meglio, 2012; Eurostat, 2013). La Tabella 26 riporta i valori dei tre indici di povertà o esclusione sociale e di quello sintetico con riferimento all'Italia e, in prospettiva comparata, all'attuale conformazione dell'Unione europea a 27 Paesi (UE-27) e a quella antecedente il primo allargamento a Est (UE-15) nel periodo 2005-2011.

Per quanto riguarda la prima misura (rischio di povertà), il dato italiano è superiore a quello europeo di due punti: nel 2011 il 19,6% degli individui residenti in Italia è risultato esposto al rischio di povertà (al netto dei trasferimenti sociali), a fronte del 16,9% per l'Unione europea a 27 membri e del 16,7% per il nucleo ristretto a 15 Paesi; se si considera il periodo 2005-2010, il dato italiano, seppure in crescita sensibile dal 2010 al 2011, risulta di poco superiore ai valori di inizio periodo, analogamente a quanto si verifica per la UE-27.

Per quanto concerne la deprivazione materiale grave, il valore dell'Italia per il 2011 (11,2%) risulta maggiore sia al corrispondente valore UE-15 (6,1%) sia a quello dell'Europa a 27 Paesi (8,8%): il risultato è singolare poiché negli anni precedenti esso era sempre stato inferiore al valore UE-27, notoriamente influenzato dall'elevata deprivazione materiale dei nuovi Paesi membri dell'Est europeo. Un secondo, significativo aspetto che riguarda la deprivazione materiale grave in Italia è la forte variazione - dal 6,9 all'11,2% - che si registra nel corso dell'ultimo anno, a fronte di un *trend* stazionario nei sei anni precedenti.

La misura riguardante la dimensione lavorativa non presenta per l'Italia significative variazioni temporali, se valutate nell'arco di tutto il periodo. Se si considera invece il periodo 2008-2011, la quota di persone che vivono in famiglie a bassa intensità di lavoro sia in Italia sia nell'Unione europea a 27 Paesi è in leggero aumento, dal 9% circa al 10,5%.

Tabella 26. Indicatori di povertà o esclusione sociale (Europa 2020) in Italia e Unione europea. 2005-2011 (valori percentuali)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Rischio di povertà *							
Italia	18,9	19,6	19,9	18,7	18,4	18,2	19,6
UE 27	16,4	16,5	16,5	16,4	16,3	16,4	16,9
UE 15	15,7	15,9	16,0	16,2	16,1	16,2	16,7
Grave deprivazione materiale **							
Italia	6,4	6,3	6,8	7,5	7,0	6,9	11,2
UE 27	10,7	9,8	9,1	8,4	8,1	8,1	8,8
UE 15	5,2	5,0	4,9	5,2	5,0	5,2	6,1
Bassa intensità di lavoro ***							
Italia	10,3	10,8	10,0	9,8	8,8	10,2	10,5
UE 27	10,3	10,5	9,6	9,0	9,0	10,0	10,5
UE 15	10,1	10,4	9,7	9,3	9,5	10,6	11,1
Rischio di povertà o di esclusione sociale ****							
Italia	25,0	25,9	26,0	25,3	24,7	24,5	28,4
UE 27	25,6	25,2	24,4	23,6	23,1	23,5	24,2
UE 15	21,5	21,8	21,6	21,5	21,1	21,7	22,5

Fonte: Eurostat - <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (ultimo accesso giugno 2015)

* Persone che vivono in famiglie con reddito familiare equivalente inferiore al 60% del reddito mediano (sono esclusi i fitti imputati).

** Persone che vivono in famiglie con almeno 4 dei seguenti sintomi di disagio:

- non poter sostenere spese impreviste
- non potersi permettere una settimana di ferie
- avere arretrati per il mutuo, l'affitto, le bollette o per altri debiti
- non potersi permettere un pasto adeguato ogni due giorni
- non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione
- non potersi permettere la lavatrice
- non potersi permettere la TV a colori
- non potersi permettere il telefono
- non potersi permettere l'automobile.

*** Persone che vivono in famiglie i cui componenti di età 18-59 lavorano meno di un quinto del loro tempo.

**** Persone che si trovano in almeno una delle tre condizioni tra le precedenti *, **, ***.

I tre indicatori di povertà o di esclusione sociale della Strategia europea 2020 trovano una sintesi nell'indicatore che considera convenzionalmente povero o socialmente escluso l'individuo appartenente a un nucleo familiare che sperimenta almeno una delle tre condizioni di vulnerabilità prima descritte. L'Italia, con il 28,4%, presenta nel 2011 un valore maggiore di circa sei punti di quello del nucleo originario dell'Unione europea (UE-15) e di quasi quattro punti di quello europeo dell'attuale configurazione (UE-27), che, come noto, include i Paesi con i più alti tassi di esclusione sociale. Rispetto al 2010, l'indicatore evidenzia un aumento di quasi quattro punti percentuali assoluti, una variazione superiore a quella registratasi a livello europeo dovuta all'incremento del rischio di povertà e, soprattutto, della deprivazione materiale grave.

L'indicatore sintetico di povertà o di esclusione sociale è anche disaggregabile per macro-area nonché per Regione. Come si evince dai dati in Tabella 27, l'incremento del rischio di povertà o di esclusione sociale nel 2011 riflette in particolare l'aumento verificatosi nelle aree meridionali del Paese (Sud e Isole), rispettivamente di 6 (dal 39 al 45%) e 8 punti percentuali assoluti (dal 40,9 al 49%).

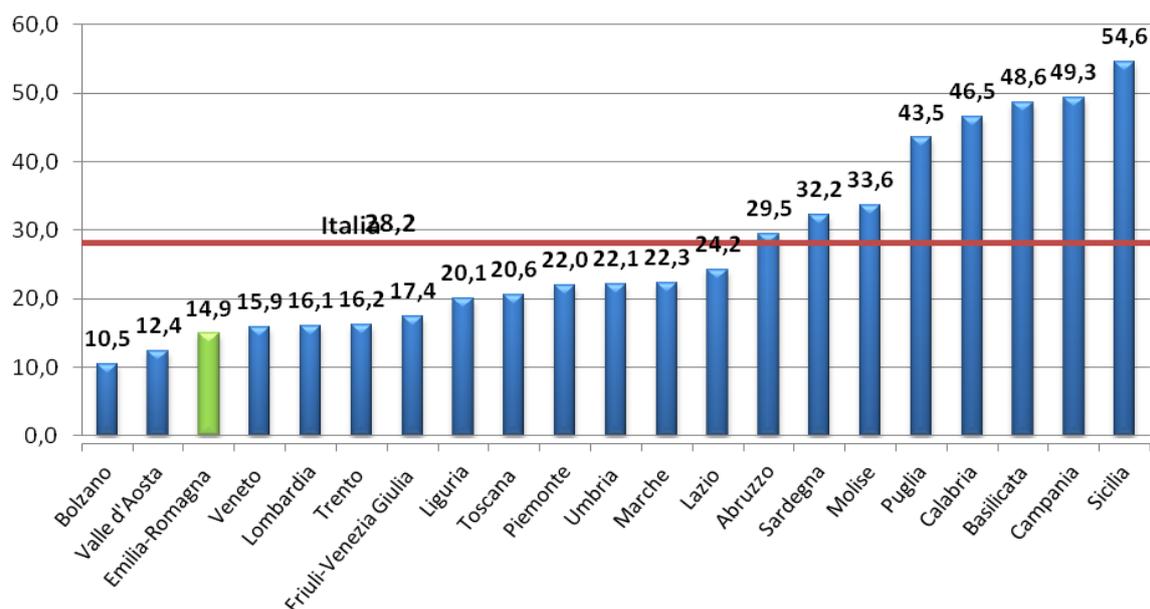
Oltre al perdurante svantaggio relativo del Mezzogiorno, la serie storica (2005-2011) mette anche in evidenza la discontinuità che sembra essersi verificata nel 2011 rispetto al periodo precedente: a fronte di un *trend* sostanzialmente stabile negli anni pre-2011, l'incremento dell'indice sintetico di povertà o di esclusione sociale interessa tutte le Regioni italiane (con la sola esclusione della Valle d'Aosta) con un'intensità crescente andando da Nord verso Sud. Anche l'Emilia-Romagna è interessata dal fenomeno, con un rischio di povertà o di esclusione sociale maggiore di circa 2 punti percentuali assoluti nel 2011 rispetto all'anno precedente (14,9 contro 12,8%). Si può tuttavia notare che il dato emiliano-romagnolo del 2011 non si discosta in modo sensibile da quello di inizio periodo (14,2% nel 2005) e che il triennio 2008-2010 mostra valori di povertà o esclusione sociale stazionari o in leggero calo: solo l'evidenza empirica per gli anni a venire potrà chiarire se il 2011 rappresenta una reale discontinuità rispetto al passato.

Elencando il complesso delle Regioni italiane in ordine crescente di povertà o esclusione (*Figura 11*), la Provincia autonoma di Bolzano si posiziona in cima alla graduatoria, seguita a breve distanza dalla Valle d'Aosta, con valori rispettivamente pari al 10,5% e al 12,4%. Segue poi un gruppo di Regioni guidato dall'Emilia-Romagna e composto da Veneto, Lombardia, Provincia autonoma di Trento e Friuli-Venezia Giulia, il cui valore dell'indicatore è compreso tra il 14,9% dell'Emilia-Romagna e il 17,4% del Friuli-Venezia Giulia. Il *ranking* complessivo non diverge significativamente da quello già analizzato in precedenza con riferimento al rischio di povertà per Regione. Ciò si verifica anche per le posizioni di coda, in cui si collocano le Regioni a più elevata povertà ed esclusione sociale, in particolare Sicilia, Campania e Basilicata. Rispetto alla graduatoria regionale per rischio di povertà, il presente ordinamento mostra una variabilità non molto diversa: mentre il rapporto tra i valori massimo e minimo del rischio di povertà per Regione è pari a 5,6, il corrispondente rapporto in termini dell'indicatore sintetico della strategia Europa 2020 è pari a 5,2.

Tabella 27. Rischio di povertà o di esclusione sociale in Italia per Regione (2005-2011)

Regione/ripartizione geografica	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Piemonte	15,3	16,9	16,8	17,1	16,8	17,8	22,0
Valle d'Aosta	12,5	9,1	10,9	12,2	13,3	14,1	12,4
Liguria	20,9	20,1	20,7	19,5	15,5	15,9	20,1
Lombardia	13,6	15,3	15,9	14,0	15,1	15,2	16,1
Provincia autonoma Bolzano	13,4	12,7	12,5	9,8	12,6	9,8	10,5
Provincia autonoma Trento	10,9	11,3	7,8	7,7	9,4	10,3	16,2
Veneto	15,5	15,6	16,3	15,0	14,1	15,0	15,9
Friuli-Venezia Giulia	16,4	17,8	16,3	18,2	16,1	15,8	17,4
Emilia-Romagna	14,2	13,8	13,7	13,9	13,8	12,8	14,9
Toscana	14,1	14,5	15,6	15,5	15,1	17,5	20,6
Umbria	18,4	20,9	17,7	19,6	19,6	19,2	22,1
Marche	18,4	18,9	16,9	16,6	16,8	17,6	22,3
Lazio	21,8	22,8	23,9	22,8	22,9	22,5	24,2
Abruzzo	21,1	25,3	25,4	22,6	25,9	25,8	29,5
Molise	31,0	33,0	35,3	32,5	35,2	31,8	33,6
Campania	42,5	44,7	46,3	46,9	42,6	44,1	49,3
Puglia	41,2	46,5	41,0	37,0	35,5	35,4	43,5
Basilicata	40,6	33,7	36,2	39,9	41,7	36,2	48,6
Calabria	46,3	42,0	44,1	44,3	42,0	42,0	45,5
Sicilia	48,6	47,9	49,5	47,6	49,3	45,9	54,6
Sardegna	31,3	29,3	28,8	34,5	29,5	23,8	32,2
Nord ovest	14,8	16,2	16,6	15,4	15,6	16,0	18,1
Nord est	14,8	14,8	14,8	14,4	13,9	13,8	15,5
Centro	18,6	19,5	19,9	19,4	19,4	20,0	22,7
Sud	40,3	42,3	41,8	40,8	38,7	39,0	45,0
Isole	44,3	43,3	44,3	44,4	44,4	40,4	49,0
Italia	25,0	25,9	26,0	25,3	24,7	24,5	28,4

Fonte: Eurostat, Indagine IT-SILC, anni vari.

Figura 11. Rischio di povertà o esclusione sociale in Italia per Regione (2011)

Fonte: Eurostat - <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (ultimo accesso giugno 2015)

Nell'osservare come l'aumento nel 2011 del rischio di povertà o esclusione sociale in Italia si sia manifestato in tutte le macro-aree geografiche del Paese (e con maggiore intensità nel Mezzogiorno), si è anche sottolineato che l'Emilia-Romagna non ha fatto eccezione. È tuttavia interessante notare che in Regione, pur in presenza di un aumento di 2 punti dell'indice sintetico (dal 12,8 al 14,9%), il contributo dei singoli indicatori su cui esso si fonda è stato diverso non solo per intensità ma anche di segno. L'incremento del rischio di povertà o di esclusione sociale è dovuto infatti solo all'aumento del tasso di deprivazione materiale grave, passato dal 3,9 al 6,4%, mentre sia il rischio di povertà sia l'indice di bassa intensità di lavoro si muovono in senso contrario, il primo rimanendo stabile (dall'8,3 all'8,2%), il secondo scendendo lievemente (dal 5,7 al 5%, valori in linea con quelli degli anni precedenti) (*Tabella 28*).¹⁸⁰ L'incremento della deprivazione materiale grave in Emilia-Romagna è, in altre parole, disallineato rispetto alla sostanziale costanza nel tempo dell'incidenza della povertà relativa in Regione e della bassa intensità di lavoro. L'impiego di misure di disagio economico di carattere extra-monetario e multidimensionale come la deprivazione materiale appare quindi tanto più utile quanto più permette di fare luce su elementi sfaccettati e multiformi dell'esclusione sociale,

¹⁸⁰ La dinamica dell'indice di bassa intensità di lavoro è coerente con l'evoluzione del tasso di occupazione in Emilia-Romagna: nel 2011 esso è aumentato di mezzo punto percentuale, per effetto di una contrazione del numero di occupati tra coloro con meno di 24 anni (-4%) e di quelli con età compresa tra i 25 e i 34 anni (-1,9%), a fronte dell'aumento dell'1,6% del numero di occupati tra i 35 e i 54 anni e della forte crescita di quelli con almeno 55 anni (+10%). Questi andamenti sono da mettere in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione e all'innalzamento dei limiti anagrafici e contributivi per l'accesso alla pensione attuato dalla fine del decennio scorso (Banca d'Italia, 2012).

che non riescono ad essere colti dai tradizionali indicatori monetari e unidimensionali di povertà (relativa e/o assoluta).

Tabella 28. Indicatori di povertà o esclusione sociale (Europa 2020) in Emilia-Romagna, anni 2005-2011 (valori percentuali)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Rischio di povertà	8,6	9,5	8,7	8,9	9,1	8,3	8,2
Grave deprivazione materiale	3,1	2,3	3,7	4,0	3,2	3,9	6,4
Bassa intensità di lavoro	5,9	5,3	5,0	4,9	4,7	5,7	5,0
<i>Rischio di povertà o di esclusione sociale</i>	<i>14,2</i>	<i>13,8</i>	<i>13,7</i>	<i>13,9</i>	<i>13,8</i>	<i>12,8</i>	<i>14,9</i>

Fonte: Eurostat, *Indagine IT-SILC*. anni vari.

5.2.5. Un quadro di sintesi

Nell'insieme delle Regioni italiane, l'Emilia-Romagna si segnala per essere una delle aree meno povere, sia che si considerino indicatori di povertà tradizionali, di tipo relativo e/o assoluto, sia che si faccia ricorso a misure multidimensionali, come gli indicatori di deprivazione materiale, sia infine che si adotti l'indicatore europeo di povertà o di esclusione sociale della Strategia europea 2020, che affianca alla misura tradizionale del rischio di povertà una stima delle dimensioni non monetarie della povertà (deprivazione materiale grave) e delle situazioni di esclusione dal mercato del lavoro.

Il ricorso a più fonti statistiche e l'impiego di una batteria di indicatori non esattamente correlati tra loro contribuisce a fornire un quadro conoscitivo più articolato del fenomeno della povertà nella Regione, anche in una prospettiva geografica comparata. Permette inoltre di cogliere le tendenze di medio periodo che caratterizzano ciascun indice.

Per quanto concerne l'Emilia-Romagna, i dati relativi all'ultimo quinquennio mostrano una sostanziale stabilità dell'incidenza della povertà relativa (o rischio di povertà, secondo la terminologia impiegata dall'Eurostat) e dell'indicatore che misura la bassa intensità di lavoro. Nell'ultimo biennio si registra invece un significativo incremento negli indici di deprivazione materiale, anche nella versione più restrittiva adottata dall'Eurostat. L'effetto combinato di questi fattori fa sì che l'indicatore sintetico di povertà o di esclusione sociale per l'Emilia-Romagna mostri nel 2011 un aumento di circa 2 punti percentuali assoluti. L'incremento è in linea - ma inferiore in valore assoluto - con quello che emerge a livello nazionale e interrompe la serie stazionaria precedente. È molto verosimile ma tuttavia impossibile da accertare che ci si trovi di fronte a un punto di svolta rispetto al passato, in relazione all'impatto che la crisi economica sta avendo sul tenore di vita delle famiglie. Solo le evidenze empiriche successive potranno confermare se, anche a causa del perdurante calo del reddito disponibile delle famiglie

e degli effetti che la crisi sta producendo sul mercato del lavoro,¹⁸¹ l'andamento degli indicatori distributivi che emerge dai dati più recenti troverà ulteriore conferma.

5.3. Politiche nazionali e regionali di lotta alla povertà

5.3.1. Lotta alla povertà e spesa pubblica per l'assistenza: caratteristiche e criticità

I dati relativi alla povertà italiana, presentati nei paragrafi precedenti, permettono di cogliere non solo i tratti distintivi del fenomeno ma anche di avviare una riflessione sulle politiche di contrasto della povertà in Italia. L'approvazione della Legge n. 328/2000 di riforma dell'assistenza e della revisione nel 2001 del Titolo V della Costituzione hanno generato un quadro normativo che a distanza di più di un decennio non può dirsi ancora del tutto assestato. A ciò si deve aggiungere l'avvicinarsi, nello stesso periodo, di Governi che non sono stati in grado di produrre un quadro coerente di riforme. L'impressione è di avere di fronte un sistema "disorganico e quasi ingovernabile di strumenti, caratterizzato da successive sovrapposizioni": un giudizio formulato dalla Commissione Onofri al termine dei suoi lavori nel 1997 ma che, anche a causa dell'inerzia legislativa dell'ultimo decennio, è in buona parte valido ancora oggi. Il processo di riforma intrapreso sul finire degli anni Novanta si è difatti connotato per una serie di provvedimenti parziali, frutto di aggregazioni successive a carattere settoriale, che hanno finito per accentuare la frammentarietà degli istituti esistenti e delle diverse responsabilità di governo, senza restituire una politica unitaria e coordinata di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale.

Nello specifico, i principali limiti strutturali delle politiche pubbliche per l'assistenza possono essere ricondotti ai seguenti fattori:

- netta superiorità dei trasferimenti monetari rispetto alle prestazioni in servizi, gestiti pressoché totalmente a livello statale invece che locale;
- elevata frammentazione e categorialità dei programmi di spesa, scarsamente coordinati tra loro;
- ricorso a criteri di selettività economica non omogenei e scarsamente attendibili in quanto basati sul reddito imponibile IRPEF, solo in parte riformati dall'introduzione dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE);
- mancanza di un istituto universale di contrasto alla povertà, sulla falsariga di quelli esistenti in quasi tutti i Paesi dell'Unione europea (UE-27), all'indomani della controversa ma innovativa sperimentazione del reddito minimo d'inserimento (RMI) introdotto nel periodo 1999-2003 e poi abbandonato;

¹⁸¹ All'impatto negativo sull'occupazione prodotto dalla recessione, nel caso dell'Emilia-Romagna vanno aggiunte le conseguenze del terremoto del maggio 2012, che ha interessato una vasta area della Regione (circa il 14% della popolazione regionale), caratterizzata da un'elevata concentrazione di attività industriali. Si stima che nel complesso del settore privato dell'economia i danni provocati dal sisma abbiano causato la perdita di 4.800 posti di lavoro dipendente, pari a un terzo della variazione registrata nel 2012 in Emilia-Romagna (Banca d'Italia, 2013).

- notevole disparità territoriale nell'entità di interventi e servizi socio-assistenziali dei Comuni;
- insoddisfacente *performance* redistributiva della spesa complessiva.

La riflessione sulle caratteristiche distintive e sui limiti della spesa di *welfare* non può prescindere dalla considerazione delle risorse finanziarie messe in gioco dal settore pubblico.

Tabella 29. Spesa per assistenza in Italia nel 2010

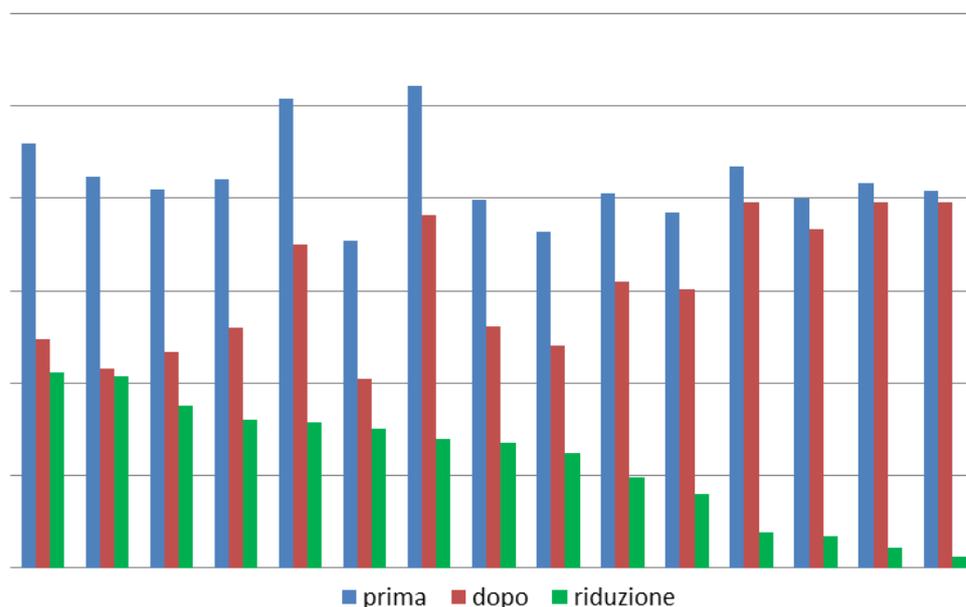
	Spesa in miliardi di Euro	% del PIL
Sostegno delle responsabilità familiari	16,863	1,1
Assegni familiari	6,347	0,4
Detrazioni fiscali per famiglie a carico	10,516	0,7
Contrasto della povertà	16,801	1,1
Assegno per famiglie con tre figli, <i>social card</i>	0,800	0,1
Pensioni sociali	4,001	0,3
Integrazioni pensioni al minimo (stima)	12,000	0,8
Non autosufficienza e handicap	16,394	1,1
Indennità di accompagnamento	12,600	0,8
di cui per anziani non autosufficienti	8,800	0,6
Pensioni ai ciechi e sordomuti	1,338	0,1
Altre pensioni agli invalidi civili	2,456	0,2
Offerta di servizi locali	8,605	0,6
Assistenza sociale (servizi)	8,605	0,6
Altre spese	3,237	0,2
<i>Spesa complessiva</i>	<i>61,900</i>	
<i>in percentuale del PIL</i>	<i>4,0</i>	

Fonte: IRS, 2011b.

La Tabella 29 ricostruisce la spesa pubblica per l'assistenza sostenuta nel 2010, secondo la metodologia suggerita a suo tempo dalla Commissione Onofri (inclusiva di integrazioni al minimo delle pensioni, assegni al nucleo familiare e detrazioni IRPEF per carichi familiari, in quanto programmi *tax benefit* subordinati alla verifica della condizione economica). Le politiche pubbliche per l'assistenza hanno assorbito 61,9 miliardi di Euro nel 2010, pari al 4% del PIL. La maggior parte di questa somma, 50 miliardi circa, è costituita da trasferimenti in moneta, erogati dal Governo centrale e ripartiti in proporzione uguale tra istituti rivolti al sostegno delle responsabilità familiari, programmi di contrasto della povertà e programmi a favore della non autosufficienza e dell'handicap. Molto ridotta è invece la componente che si materializza in offerta di servizi, che copre non più del 15% circa della spesa complessiva e che è gestita a livello locale. Rientrano in questa voce, denominata in tabella Assistenza sociale, l'ampia gamma di programmi a favore degli anziani non autosufficienti (assistenza domiciliare, ricoveri in case

protette), i programmi per l'infanzia (asili nido), i programmi di minimo vitale e di aiuto a categorie a rischio di marginalità sociale. Tutte le macro-componenti di spesa soffrono di una sotto-dotazione di risorse, ad esclusione di quelle rivolte al sostegno alle responsabilità familiari, cui sono destinati poco meno di 17 miliardi: rispetto ai livelli di intervento registrati in media in Europa, sono deficitarie soprattutto le politiche di cura della non autosufficienza e quelle per il contrasto della povertà e dell'esclusione sociale. Deludente è infine l'impatto redistributivo dei trasferimenti monetari, anche a causa della mancanza di un sussidio contro la povertà in quanto tale.

Figura 12. Percentuale di persone povere prima e dopo i trasferimenti monetari diversi dalle pensioni di vecchiaia/anzianità e di reversibilità in alcuni Paesi dell'Unione europea



Fonte: Baldini, 2012.

Come mostra la Figura 12, la capacità di ridurre la povertà relativa da parte dei trasferimenti monetari diversi dalle pensioni di vecchiaia/anzianità e di reversibilità in Italia è tra le minori in Europa. Questo contribuisce a far sì che la quota di soggetti poveri residenti nel Paese, al netto dell'intervento redistributivo pubblico, sia una tra le più alte del continente.

La scarsa *performance* redistributiva delle politiche di *welfare* in Italia emerge anche con riferimento alle sue singole componenti. Si stima che una quota elevata di spesa dei principali programmi assistenziali vada a vantaggio delle famiglie che non rientrano nella metà più bisognosa della popolazione, né a maggior ragione nell'area della povertà economica in senso stretto: ai cinque decili di famiglie più ricche della popolazione va circa un quarto della spesa per pensioni sociali, un terzo di quella per assegni familiari e quasi il 60% della spesa per le indennità di accompagnamento (IRS, 2011b). Se il dato riguardante le indennità di accompagnamento discende dal fatto che la loro erogazione non è subordinata alla prova dei mezzi, è comunque evidente che una percentuale rilevante della spesa di *welfare* si disperde in

decili della distribuzione ben lontani dall'area del disagio economico, anche a causa dell'applicazione di criteri di selettività economica non uniformi tra loro, riconducibili al solo reddito personale definito a fini fiscali e incapaci di dare conto della reale condizione di bisogno dei beneficiari. *Spillover* distributivi non dissimili da quelli degli assegni familiari e delle pensioni sociali emergerebbero verosimilmente anche con riferimento alle integrazioni al minimo delle pensioni, se solo fossero disponibili dati non aggregati su questa voce di spesa.

Di due tra i programmi assistenziali gestiti dallo Stato - integrazioni al minimo delle pensioni e pensioni sociali - è possibile analizzare come si ripartiscono a livello regionale la platea dei percettori, l'importo medio delle prestazioni (ossia la componente integrata al minimo e la pensione sociale), e la spesa complessiva (*Tabella 30*).

La tabella riporta anche l'importo medio annuo dell'integrazione, ossia la componente non contributiva del trattamento minimo, e mostra come a livello regionale è la Lombardia ad avere maggiormente beneficiato di tale istituto, sia in termini di importo annuo erogato (il più alto, dopo quello dell'Umbria) sia in termini di numero di destinatari, pari a circa 544.000 utenti. Le altre Regioni che presentano i valori più elevati, sia in termini di numero di beneficiari che di importo medio annuo dell'integrazione, sono Campania, Sicilia, Veneto, Lazio e Piemonte.

Tabella 30. Pensioni integrate al trattamento minimo distinte per Regione, 2010

Regione	Numero beneficiari	Importo medio annuo in pagamento	Importo medio annuo dell'integrazione	Totale spesa annuale
Piemonte	299.377	5.254	2.882,02	862.811.040
Valle d'Aosta	8.152	4.855	2.734,68	22.293.119
Lombardia	543.810	5.163	2.964,72	1.612.246.939
Liguria	123.050	5.259	2.961,84	364.453.809
Trentino Alto Adige	68.144	5.077	2.818,86	192.088.096
Veneto	319.419	4.957	2.765,49	883.348.932
Friuli Venezia Giulia	99.760	4.919	2.885,24	287.831.712
Emilia-Romagna	292.286	5.006	2.795,60	817.115.180
Toscana	259.139	4.928	2.896,25	750.530.111
Umbria	77.844	4.649	3.000,58	233.576.807
Marche	147.077	4.716	2.895,23	425.822.257
Lazio	303.342	5.290	2.928,22	888.251.929
Abruzzo	127.894	4.830	2.824,90	361.287.275
Molise	40.760	4.823	2.875,96	117.223.967
Campania	365.869	5.177	2.814,36	1.029.686.603
Puglia	249.388	4.797	2.626,46	655.007.108
Basilicata	61.086	4.646	2.835,62	173.216.647
Calabria	167.252	4.879	2.786,19	465.995.382
Sicilia	340.795	4.809	2.839,12	967.557.219
Sardegna	117.106	4.661	2.953,14	345.829.991
<i>Totale</i>	<i>4.011.550</i>	<i>5.000</i>	<i>2.855,80</i>	<i>11.456.174.060</i>

Fonte: Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

La Tabella 31 fornisce un quadro regionale della distribuzione per platea dei beneficiari, importo medio della pensione e spesa complessiva delle pensioni sociali. A riprova del carattere assistenziale dell'istituto e dell'imperfetto ruolo redistributivo svolto, limitato agli ultrasessantacinquenni a basso reddito (accertato in base alle sole dichiarazioni fiscali IRPEF), sono le grandi Regioni del Meridione, in particolare Campania e Sicilia, a presentare i valori più elevati, sia per numero di beneficiari sia per spesa totale annua della prestazione. In queste stesse Regioni, anche il numero di prestazioni in rapporto alla popolazione anziana è più elevato (dato non riportato in tabella).

Tabella 31. Pensioni e assegni sociali per Regione, 2010

Regione	Numero	Importo medio annuo	Spesa totale annuale
Piemonte	33.405	4.272,54	142.724.115
Valle d'Aosta	879	4.246,82	3.732.951
Lombardia	73.361	4.218,69	309.487.647
Liguria	20.897	4.282,71	89.495.837
Trentino Alto Adige	6.076	4.198,71	25.511.346
Veneto	36.129	4.052,50	146.412.682
Friuli Venezia Giulia	11.499	4.130,51	47.496.764
Emilia-Romagna	31.591	4.201,93	132.743.186
Toscana	39.693	4.113,24	163.266.835
Umbria	12.700	4.130,33	52.455.158
Marche	15.747	4.092,14	64.438.943
Lazio	94.060	4.350,12	409.172.315
Abruzzo	22.534	4.090,17	92.167.825
Molise	4.055	4.148,05	16.820.355
Campania	120.746	4.354,85	525.830.646
Puglia	71.617	4.099,86	293.619.924
Basilicata	8.717	4.027,40	35.106.879
Calabria	38.815	4.192,35	162.726.217
Sicilia	126.126	4.046,99	510.431.014
Sardegna	29.404	4.084,20	120.091.729
<i>Totale</i>	<i>798.051</i>	<i>4.189,87</i>	<i>3.343.732.338</i>

Fonte: Ministero del Lavoro e delle politiche sociali.

5.3.2. Carta acquisti

Le manovre di finanza pubblica dell'ultimo quadriennio, dettate dall'obiettivo prevalente del risanamento finanziario in un contesto di crescita economica nulla o negativa, hanno inciso più sulla composizione che sugli aggregati della spesa pubblica per assistenza: se si escludono le indennità di accompagnamento (passate da 10 a 12,6 miliardi di Euro dal 2006 al 2010), i trasferimenti in moneta sono rimasti stazionari in termini reali, mentre sono stati ridotti i fondi statali destinati al *welfare* territoriale, in particolare quello comunale, scesi da 2,5 miliardi di Euro nel 2008 a 230 milioni nel 2012. La Legge di stabilità per il 2013 stanziava invece per lo stesso anno 767 milioni di Euro: si tratta di risorse destinate al Fondo per le politiche sociali (344 milioni) e al Fondo per la non autosufficienza (275 milioni). Il recupero del 2013 è solo temporaneo, perché la stessa Legge di stabilità stabilisce che nel 2014 e nel 2015 lo stanziamento dovrebbe ridursi di nuovo a circa 200 milioni di Euro per ciascun anno.

Per quanto riguarda le misure introdotte *ex novo* a partire dal 2008 a sostegno del reddito, anche in relazione al possibile impatto negativo della crisi, queste sono consistite in interventi meramente emergenziali: rientrano in questa logica il cosiddetto bonus famiglia (la cui spesa è stata stimata in 2,4 miliardi di Euro) e il bonus elettrico, uno sconto tariffario sul consumo di energia elettrica delle famiglie con maggiore disagio economico o in cui risiede un malato grave che utilizza apparecchiature elettromedicali per il mantenimento in vita. Sia il bonus famiglia sia quello elettrico hanno esercitato un apprezzabile impatto redistributivo a favore delle famiglie povere, a cui è andata una quota più che proporzionale della spesa complessiva. Ciononostante questi interventi si sono caratterizzati per la loro natura *una tantum* (il bonus famiglia) o categoriale (dal bonus famiglia sono stati esclusi i contribuenti con partita IVA) e per la mancata uniformità dei criteri di selettività economica applicati (il reddito a fini fiscali per il bonus famiglia, l'ISEE per quello elettrico). L'impressione è che si sia trattato di misure estemporanee, che hanno reso il comparto dell'assistenza ancora più frastagliato, sbilanciato a favore dei trasferimenti in moneta, distribuito in rivoli di spesa spesso trascurabili e poco incisivi sul piano equitativo.

Un discorso a parte merita la Carta acquisti, meglio nota come *social card*, istituita con il DL n. 112/2008, poi convertito nella Legge n. 133 del 6 agosto 2008, che rappresenta una forma inedita di strumento di contrasto della povertà assoluta, non solo per gli standard italiani ma anche per quelli europei. La Carta acquisti è una normale carta di pagamento elettronico prepagata con un importo pari a 40 Euro mensili, utilizzabile in tutti i negozi di generi alimentari e supermercati abilitati al circuito Mastercard e in possesso dei codici merceologici previsti. Essa può essere utilizzata anche per l'acquisto di prodotti farmaceutici e parafarmaceutici, in aggiunta al pagamento delle bollette della luce e del gas, dando inoltre diritto a eventuali sconti aggiuntivi sulla vendita ordinaria negli esercizi commerciali aderenti all'apposita convenzione e che espongono lo stesso simbolo presente sulla carta.

Ne possono fare richiesta solo i cittadini italiani residenti, di età pari almeno a 65 anni, o i nuclei in cui sono presenti bambini fino ai 3 anni di età; a entrambe le tipologie di beneficiari si applicano poi requisiti economici molto stringenti.

In particolare, per i soggetti con almeno 65 anni si richiede:

- di essere fiscalmente incapienti, ossia che l'IRPEF netta calcolata con riferimento al secondo periodo di imposta antecedente al momento di richiesta del beneficio sia nulla;
- che i trattamenti pensionistici e assistenziali percepiti siano di importo inferiori a 6.000 Euro/anno se si hanno meno di 70 anni o a 8.000 Euro/anno se si supera tale soglia di età;
- un ISEE in corso di validità inferiore a 6.000 Euro/anno;
- di non essere singolarmente o, se coniugati, insieme al coniuge:
 - proprietari di più di un autoveicolo,
 - proprietari di un immobile ad uso abitativo per una quota di proprietà maggiore del 25%,
 - proprietari di immobili non a uso abitativo per una quota maggiore del 10%,
 - intestatari di più di una utenza elettrica domestica,
 - intestatari di una utenza elettrica non domestica,
 - titolari di un patrimonio immobiliare superiore a 15.000 Euro.

Per i bambini di età inferiore a 3 anni si applicano criteri di selezione analoghi.

Per quanto riguarda il finanziamento della misura, al momento dell'entrata in vigore della *social card*, la Legge n. 133/2008 prevedeva un ammontare di stanziamenti quantificato in 420 milioni di Euro, provenienti da 170 milioni di Euro di origine pubblica messi a disposizione dal precedente DL, e da due fondi di 50 e 200 milioni di Euro di natura privata, forniti da donazioni versate rispettivamente da Enel ed Eni. Va peraltro notato come, mentre si sponsorizzava la Carta acquisti, il Fondo nazionale per le politiche sociali del 2009 subiva una diminuzione di 271 milioni di Euro, a dimostrazione di come questo intervento fosse finanziato non tanto tramite nuovi stanziamenti alla lotta alla povertà, bensì sottraendo risorse dalla spesa sociale già destinata ai Comuni. Successivamente, altri interventi normativi hanno convogliato verso il Fondo Carta acquisti risorse provenienti da fonti di vario tipo, come ad esempio una quota parte del fondo alimentato dai cosiddetti conti dormienti,¹⁸² fino ad arrivare alla dotazione di 808 milioni di Euro presentata con il rendiconto reso pubblico dal Ministero dell'Economia e delle finanze.

Al momento della sua presentazione nel 2008, il Governo allora in carica ha anche fornito una stima preventiva dei potenziali beneficiari della misura, grazie all'ausilio delle principali banche dati detenute dall'INPS e dall'Agenzia delle entrate: è stato così individuato un numero massimo di potenziali beneficiari della Carta acquisti pari a 1 milione di soggetti di età superiore a 65 anni e a 300.000 di età inferiore a 3 anni, ed è stato possibile calcolare la copertura finanziaria dell'iniziativa. In realtà, sommando tutti i soggetti che anche se idonei non hanno effettivamente presentato domanda e quelli non in possesso di tutti i requisiti previsti, la numerosità della platea effettiva a regime si riduce significativamente.

¹⁸² Si definiscono "dormienti" quei conti correnti, dove per un periodo di 10 anni non è stata svolta alcuna movimentazione volontaria incluso un estratto conto. Si stima che in Italia essi siano approssimativamente pari a un milione per un totale di circa 800 milioni di Euro di patrimonio netto.

Dall'analisi dei dati forniti dall'infrastruttura informatica SICA,¹⁸³ è possibile ottenere evidenze empiriche riguardo la diffusione e l'utilizzo della *social card*, nonché sulla platea dei beneficiari aggiornati a ottobre 2012. Con riferimento all'ultimo biennio (2011 e 2012), la Tabella 32 mostra la consistenza delle due platee di utenti della *social card*. In entrambi gli anni gli anziani over65 rappresentano i destinatari privilegiati della misura, sia in termini di numero di beneficiari sia in termini proporzionali. Nonostante per il 2012 manchi il dato relativo all'ultimo bimestre, le percentuali risultano pressoché invariate: nel 2011 su un totale di 426.725 beneficiari, il 59,2% era composto da anziani, così come nei primi cinque bimestri del 2012 su 424.537 utenti totali, gli over65 hanno costituito il 59,1%.

Tabella 32. Beneficiari della Carta acquisti per età, anni 2011 e 2012

	2011		2012	
	valore assoluto	valore %	valore assoluto	valore %
Bambini	174.280	40,8%	173.774	40,9%
Anziani	252.445	59,2%	250.763	59,1%
<i>totale</i>	<i>426.725</i>	<i>100,0%</i>	<i>424.537</i>	<i>100,0%</i>

Fonte: Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (elaborazioni su dati SICA - Sistema informativo Carta acquisti).

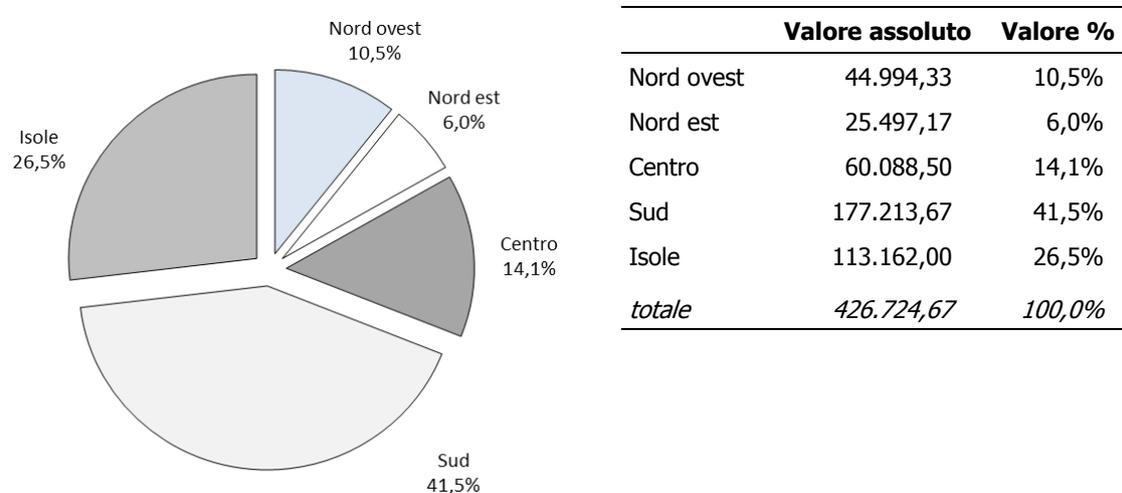
Le Figure 13 e 14 forniscono un'altra rappresentazione della platea dei beneficiari, in funzione della ripartizione territoriale di residenza. Il quadro che emerge è coerente con la mappa della distribuzione dell'incidenza della povertà sul territorio italiano: circa i due terzi dei beneficiari risiede nel Mezzogiorno (Sud e Isole) mentre il restante terzo si divide per il 2011 tra il 14,1% del Centro, il 10,5% del Nord ovest e il 6% del Nord est. Anche per il 2012 la fotografia è analoga: a fronte di un 42,3% di beneficiari al Sud, in aumento rispetto al 2011, se ne rintraccia invece un 5,7% al Nord est.

Le Tabelle 33 e 34 disaggregano la platea degli utenti, oltre che per età, anche in funzione della macro-area geografica e della Regione di appartenenza. Partendo dal dato relativo alla macro-area territoriale, si nota in entrambe le tabelle che mentre nel Centro nord i beneficiari sono per più dei due terzi anziani e solo per un terzo bambini, in nel Sud e nelle Isole le due tipologie di beneficiari si ripartiscono sostanzialmente in modo uniforme. Entrando nello specifico della macro-area, si osserva come le medie per ripartizione territoriale presentino anch'esse una certa variabilità su base regionale. Prendendo a riferimento il 2011, la quota dei bambini sul totale dei beneficiari, nelle Regioni del Nord ovest varia tra il 14% della Liguria (valore minimo a

¹⁸³ Il Sistema informativo Carta acquisti (SICA) è un'infrastruttura informatica a supporto dell'amministrazione sia per la verifica dei requisiti dei soggetti richiedenti sia per la concessione del beneficio della Carta; essa si articola in diversi applicativi presenti presso i soggetti coinvolti nel processo di rilascio della Carta, quali il gestore del servizio, il soggetto attuatore, il Ministero dell'economia e delle finanze, diverse Pubbliche amministrazioni in possesso di banche dati utilizzate per i controlli dei requisiti di ogni domanda.

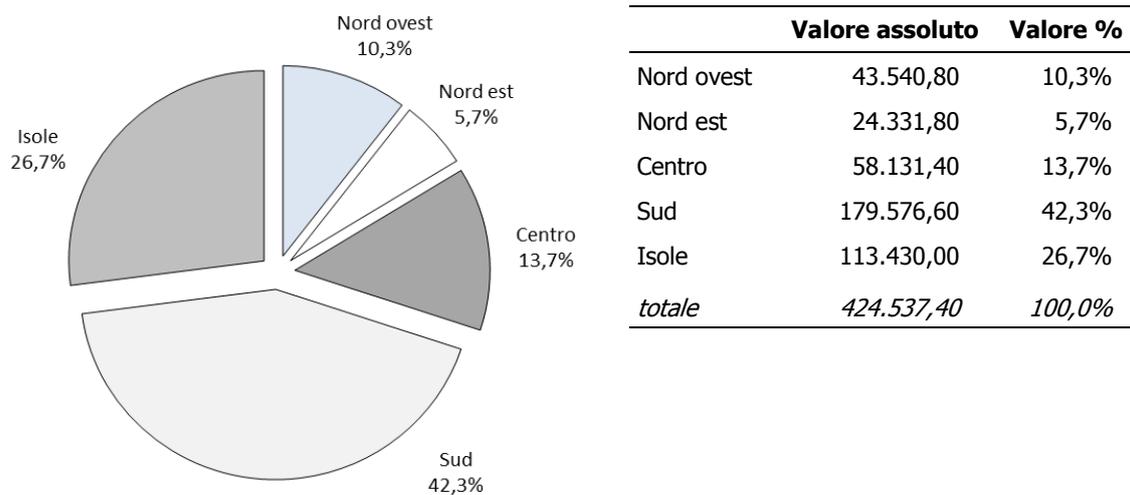
livello italiano) e il 33,8% della Valle d'Aosta; nel Nord est tra il 16% del Veneto e il 29,9% dell'Emilia-Romagna; nelle Regioni del Centro l'intervallo di variazione delle quote di ripartizione si restringe, oscillando tra il 16,6% dell'Abruzzo e il 25% delle Marche; nel Mezzogiorno la percentuale di bambini beneficiari della misura aumenta in modo considerevole, sfiorando (e nel caso della Campania, superando) il 50%. I dati relativi ai primi dieci mesi del 2012 indicano un quadro sostanzialmente inalterato: le percentuali regionali si modificano solo lievemente, tranne nel caso dell'Abruzzo dove la quota dei beneficiari over65 sale dall'83,4% al 90,7%, un valore percentuale maggiore anche di quello della Liguria, fermo all'86,4%. Per quanto riguarda il bacino d'utenza della Carta acquisti in Emilia-Romagna, esso riflette l'andamento delle altre zone del Centro nord: nel 2011 una quota molto alta, pari al 70,1%, di utenti è costituita da anziani, valore che si mantiene pressoché stabile nel 2012.

Figura 13. Beneficiari della Carta acquisti per ripartizione geografica, 2011



Fonte: Ministero del lavoro e delle politiche sociali (elaborazioni su dati SICA - Sistema informativo Carta acquisti).

Figura 14. Beneficiari della Carta acquisti per ripartizione geografica, 2012



Fonte: Ministero del lavoro e delle politiche sociali (elaborazioni su dati SICA - Sistema informativo Carta acquisti).

Tabella 33. Beneficiari della Carta acquisti distinti per età e ripartizione geografica, 2011

Regione	Valori assoluti			Valori %	
	anziani	bambini	totale	anziani	bambini
Nord ovest	34.799	10.195	44.994	77,3%	22,7%
Liguria	5.253	859	6.111	86,0%	14,0%
Lombardia	18.468	5.461	23.929	77,2%	22,8%
Piemonte	10.898	3.784	14.683	74,2%	25,8%
Valle d'Aosta	180	92	272	66,2%	33,8%
Nord est	19.794	5.703	25.497	77,6%	22,4%
Emilia-Romagna	6.471	2.762	9.233	70,1%	29,9%
Friuli Venezia Giulia	2.344	703	3.047	76,9%	23,1%
Trentino Alto Adige	643	273	917	70,2%	29,8%
Veneto	10.336	1.966	12.302	84,0%	16,0%
Centro	42.325	11.335	60.089	70,4%	18,9%
Abruzzo	5.362	1.066	6.428	83,4%	16,6%
Lazio	28.767	7.703	36.470	78,9%	21,1%
Marche	3.322	1.108	4.430	75,0%	25,0%
Toscana	8.529	2.039	10.568	80,7%	19,3%
Umbria	1.707	485	2.192	77,9%	22,1%
Sud	86.466	90.748	177.214	48,8%	51,2%
Basilicata	2.353	1.223	3.576	65,8%	34,2%
Calabria	13.857	13.773	27.631	50,2%	49,8%
Campania	47.183	53.616	100.799	46,8%	53,2%
Molise	1.417	585	2.002	70,8%	29,2%
Puglia	21.655	21.551	43.207	50,1%	49,9%
Isole	59.815	53.347	113.162	52,9%	47,1%
Sardegna	7.748	4.832	12.581	61,6%	38,4%
Sicilia	52.067	48.515	100.581	51,8%	48,2%
Regione indefinita *	3.883	1.886	5.769	67,3%	32,7%
<i>Totale</i>	<i>247.082</i>	<i>173.214</i>	<i>426.725</i>	<i>57,9%</i>	<i>40,6%</i>

* Questa voce raccoglie tutti i casi in cui non è stato possibile individuare il codice in grado di associare il singolo beneficiario con il proprio Comune di residenza; le casistiche maggiori riguardano i Comuni dell'Abruzzo.

Fonte: Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (elaborazioni su dati SICA - Sistema informativo Carta acquisti)

Tabella 34. Beneficiari della Carta acquisti distinti per età e ripartizione geografica, gennaio-ottobre 2012

Regione	Valori assoluti			Valori %	
	anziani	bambini	totale	anziani	bambini
Nord ovest	33.831	9.710	43.541	77,7%	22,3%
Liguria	5.048	792	5.840	86,4%	13,6%
Lombardia	17.944	5.095	23.040	77,9%	22,1%
Piemonte	10.665	3.723	14.388	74,1%	25,9%
Valle d'Aosta	174	99	273	63,6%	36,4%
Nord est	19.012	5.320	24.332	78,1%	21,9%
Emilia-Romagna	6.206	2.617	8.824	70,3%	29,7%
Friuli Venezia Giulia	2.276	695	2.971	76,6%	23,4%
Trentino Alto Adige	625	259	884	70,7%	29,3%
Veneto	9.904	1.749	11.653	85,0%	15,0%
Centro	45.997	12.134	58.131	79,1%	20,9%
Abruzzo	4.839	497	5.336	90,7%	9,3%
Lazio	28.396	8.255	36.651	77,5%	22,5%
Marche	3.124	1.038	4.162	75,1%	24,9%
Toscana	8.013	1.904	9.917	80,8%	19,2%
Umbria	1.625	441	2.067	78,7%	21,3%
Sud	88.012	91.564	179.577	49,0%	51,0%
Basilicata	2.315	1.336	3.651	63,4%	36,6%
Calabria	13.792	14.429	28.221	48,9%	51,1%
Campania	48.961	53.795	102.756	47,6%	52,4%
Molise	1.368	604	1.972	69,4%	30,6%
Puglia	21.577	21.400	42.977	50,2%	49,8%
Isole	60.124	53.306	113.430	53,0%	47,0%
Sardegna	7.610	5.093	12.704	59,9%	40,1%
Sicilia	52.514	48.213	100.726	52,1%	47,9%
Regione indefinita *	3.787	1.740	5.527	68,5%	31,5%
<i>Totale</i>	<i>250.763</i>	<i>173.774</i>	<i>424.537</i>	<i>59,1%</i>	<i>40,9%</i>

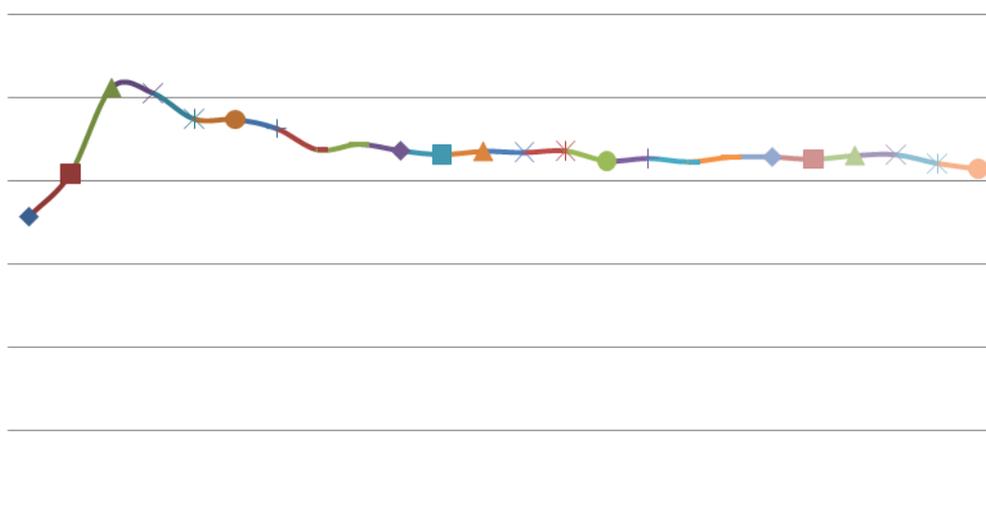
* Questa voce raccoglie tutti i casi in cui non è stato possibile individuare il codice in grado di associare il singolo beneficiario con il proprio Comune di residenza; le casistiche maggiori riguardano i Comuni dell'Abruzzo.

Fonte: Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (elaborazioni su dati SICA - Sistema informativo Carta acquisti).

Per quanto riguarda l'andamento nel biennio del numero assoluto di beneficiari della Carta acquisti, esso risulta in aumento tra i residenti al Sud nel 2012 rispetto all'anno precedente di circa 2.500 unità. Il dato è tanto più significativo quanto più si considera che il valore del 2012 riportato in Tabella 31 include solo i primi 5 bimestri. Che questo ampliamento della platea degli aventi diritto alla misura nel Meridione (Sud e Isole) sia da mettere in relazione al manifestarsi degli effetti della crisi economica sui bilanci familiari è un'ipotesi non infondata, anche se un andamento opposto, di difficile interpretazione visto il perdurare della recessione, caratterizza le altre aree del Paese.

Sempre con riferimento all'analisi temporale dell'accesso alla Carta acquisti, la Figura 15 illustra il flusso dei beneficiari della misura per ogni bimestre, dall'inizio del programma al 31 ottobre 2012 su tutto il territorio nazionale. Si osserva innanzitutto come dal bimestre iniziale si raggiunge rapidamente, nel secondo bimestre 2009, il massimo storico di oltre 500.000 unità; in seguito il numero dei beneficiari si riduce per collocarsi, sin dall'inizio del 2010, al di sotto delle 450.000 unità e mantenere questo *trend* fino alla fine del quinto bimestre del 2012, quando si sfiorano le 400.000 unità. La dinamica temporale appena descritta è verosimilmente da mettere anche in relazione al Decreto interdipartimentale (Gazzetta Ufficiale 1° dicembre 2008) che poco dopo l'avvio della Carta acquisti ha introdotto per i richiedenti ultra65enni, in aggiunta al requisito economico basato sull'ISEE, un'ulteriore soglia riguardante i trattamenti pensionistici e assistenziali non ricompresi nell'ISEE perché esenti dall'IRPEF. Il controllo preventivo sul soddisfacimento di questo requisito ha pertanto determinato, nei periodi successivi, una riduzione del numero dei beneficiari anziani, che si è manifestata soprattutto nel Centro nord.

Figura 15. Beneficiari correnti della Carta acquisti dal 2008 al 2012, Italia



Fonte: Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (elaborazioni su dati SICA - Sistema informativo Carta acquisti).

A conclusioni simili sulla dinamica degli utenti si giunge anche se si osservano i dati della spesa totale data dagli importi accreditati ai beneficiari, suddivisa anch'essa per macro-aree e Regione di residenza (*Tabella 35*). In linea con la distribuzione percentuale dei beneficiari, la spesa totale si concentra per la maggior parte nel Mezzogiorno (Sud e Isole), che assorbe più della metà dell'importo complessivo. Sicilia e Campania si confermano le Regioni più beneficate dalla misura, a cui va il 23,6% del totale accreditato nel 2011, a fronte dello 0,1% e dello 0,2% rispettivamente della Valle d'Aosta e del Trentino. Il quadro rimane pressoché inalterato nel 2012, con l'unica variante relativa al già sottolineato aumento dell'accesso alla misura al Sud e nelle Isole, destinato probabilmente ad essere confermato nell'ultimo bimestre dell'anno. In sintesi, ad un totale di poco più di 420.000 unità di beneficiari, corrispondono quasi 205 milioni di Euro accreditati dallo Stato sulle Carte acquisti erogate in tutta Italia.

L'analisi dell'impatto della Carta acquisti non può dirsi completa senza una stima degli effetti redistributivi e della capacità di *targeting* dello strumento stesso. A tale scopo, ci si avvale dello studio contenuto nel rapporto annuale della Commissione d'indagine sull'esclusione sociale del 2009, che esamina il probabile impatto della Carta sulla povertà delle famiglie nel periodo compreso tra dicembre 2008 e dicembre 2010. Se si classifica la popolazione italiana in decili di famiglie ordinate per livello crescente di reddito disponibile equivalente, la Tabella 36 mostra la quota e il numero assoluto di famiglie beneficiarie, e la ripartizione della spesa complessiva, distinti per decili.

Su un totale stimato di 722.524 famiglie beneficiarie, più della metà appartiene al decile più povero e oltre il 90% ai primi due. La percentuale di famiglie beneficiarie della Carta acquisti è inoltre rapidamente decrescente al crescere del decile: la misura va a vantaggio del 17,8% dei nuclei del primo, del 7,5% del secondo, contro valori trascurabili nei decili successivi. La Carta sembra quindi intercettare la popolazione più povera, a cui viene destinata la quota prevalente della spesa (il primo decile si appropria del 57% della spesa totale). Cionondimeno, la sua capacità di ridurre la povertà è limitata: nel complesso essa interessa solo il 3% del totale delle famiglie italiane, di cui meno di una famiglia su cinque fra quelle povere in senso assoluto. Considerato che le risorse necessarie per azzerare la povertà estrema sono stimate in circa 4 miliardi di Euro, una spesa annua prevista di 400 milioni è chiaramente insufficiente per incidere davvero sulla povertà assoluta.

In sintesi, il *targeting* della Carta (ossia la sua capacità di intercettare soggetti effettivamente bisognosi) si dimostra all'altezza delle aspettative, ma l'impatto redistributivo della misura è inadeguato, andando a vantaggio di una quota molto esigua della popolazione, pari a circa la metà delle famiglie in condizione di povertà assoluta.

Tabella 35. Spesa complessiva per la Carta acquisti per ripartizione geografica, 2011 e 2012

Regione	2011		2012	
	Valori assoluti	Valori %	Valori assoluti	Valori %
Nord ovest	21.597.280	10,5%	20.899.584	10,3%
Liguria	2.933.360	1,4%	2.803.296	1,4%
Lombardia	11.485.680	5,6%	11.059.104	5,4%
Piemonte	7.047.680	3,4%	6.906.144	3,4%
Valle d'Aosta	130.560	0,1%	131.040	0,1%
Nord est	12.238.640	6,0%	11.679.264	5,7%
Emilia-Romagna	4.431.600	2,2%	4.235.424	2,1%
Friuli Venezia Giulia	1.462.320	0,7%	1.426.272	0,7%
Trentino Alto Adige	439.920	0,2%	424.128	0,2%
Veneto	5.904.800	2,9%	5.593.440	2,7%
Centro	28.842.480	14,1%	27.903.072	13,7%
Abruzzo	17.505.760	8,5%	17.592.480	8,6%
Lazio	2.126.320	1,0%	1.997.568	1,0%
Marche	5.072.720	2,5%	4.759.968	2,3%
Toscana	1.052.160	0,5%	991.968	0,5%
Umbria	3.085.520	1,5%	2.561.088	1,3%
Sud	85.062.560	41,5%	86.196.768	42,3%
Basilicata	1.716.480	0,8%	1.752.384	0,9%
Calabria	13.262.640	6,5%	13.545.888	6,6%
Campania	48.383.600	23,6%	49.323.072	24,2%
Molise	960.720	0,5%	946.368	0,5%
Puglia	20.739.120	10,1%	20.629.056	10,1%
Isole	54.317.760	26,5%	54.446.400	26,7%
Sardegna	6.038.720	2,9%	6.097.728	3,0%
Sicilia	48.279.040	23,6%	48.348.672	23,7%
Regione indefinita ¹⁸⁴	2.769.120	1,4%	2.652.864	1,3%
<i>Totale</i>	<i>204.827.840</i>	<i>100,0%</i>	<i>203.777.952</i>	<i>100,0%</i>

Fonte: Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (elaborazioni su dati SICA - Sistema informativo Carta acquisti).

¹⁸⁴ Questa voce raccoglie tutti i casi in cui non è stato possibile individuare il codice in grado di associare il singolo beneficiario con il proprio Comune di residenza; le casistiche maggiori riguardano i Comuni dell'Abruzzo.

Tabella 36. Effetti distributivi della Carta acquisti: valori percentuali e assoluti di beneficiari e quota cumulata della spesa totale per decile

Decili	% famiglie beneficiarie	Numero famiglie beneficiarie	Quota cumulata della spesa totale
1	17,8%	428.350	57%
2	7,5%	180.981	84%
3	2,8%	66.024	93%
4	1,2%	28.847	98%
5	0,3%	7.315	98%
6	0,1%	2.146	99%
7	0,2%	4.445	99%
8	0,1%	2.800	100%
9	0,1%	1.616	100%
10	0,0%	0	100%
<i>Totale</i>	<i>3,0%</i>	<i>722.524</i>	<i>100%</i>

Fonte: Commissione d'indagine sull'esclusione sociale (2009).

La principale causa della scarsa efficacia della Carta acquisti è l'accentuata categorialità dei criteri di ammissione, non in grado di cogliere la totalità delle tipologie familiari in condizioni di bisogno economico estremo. Restringendo difatti la platea dei beneficiari unicamente agli over65 e alle famiglie con bambini di età inferiore ai 3 anni, vengono esclusi dal campo di applicazione nuclei numerosi con figli non in piccolissima età o quelli composti da adulti non anziani, eventualmente non occupati. Paradossalmente, il superamento da parte del figlio più piccolo del limite d'età dei 3 anni fa venire meno il diritto alla Carta, pur non presupponendo un'uscita dalla condizione di difficoltà economica. L'effetto è di discriminare in modo del tutto ingiustificato tra famiglie ugualmente povere.

Va infine considerata la negazione del diritto all'accesso alla Carta da parte dei cittadini stranieri, anche se regolarmente residenti, con il risultato di trascurare un numero significativo di famiglie in cui il disagio economico può essere molto grave.

I limiti della *social card* appaiono strutturali e difficilmente sanabili, a meno di una riforma radicale del programma. Oltre al già citato problema di mancato universalismo, il disegno della Carta acquisti è criticabile sotto un profilo di iniquità territoriale: la legge stabilisce infatti che i limiti di ISEE per il conseguimento del beneficio e del trasferimento monetario siano uguali in tutte le Regioni, trascurando così la marcata differenza nei livelli medi dei prezzi fra Nord e Sud del Paese. Così concepita, la Carta finisce per avvantaggiare i poveri residenti nelle Regioni meridionali, dove il costo della vita è notevolmente più basso, e sfavorire i cittadini del Nord e del Centro. A queste riflessioni bisogna poi aggiungere un'altra considerazione sul *welfare* locale: nel suo disegno originario, si prevedeva che la *social card* fosse gestita dall'INPS, senza possibilità di coinvolgimento degli Enti locali o del Terzo settore. L'obiettivo che si sarebbe invece dovuto perseguire non era tanto quello della semplice erogazione di denaro, bensì quello

di fornire assieme a un trasferimento monetario una serie di servizi, volti alla promozione di percorsi di inserimento lavorativo, formazione educativa e assistenza agli anziani, ideati appositamente con la collaborazione e il confronto di enti *no profit* e Comuni.

Anche in relazione al trasferimento pubblico da cui la Carta acquisti trae ispirazione - lo statunitense Food Stamp Program, sostituito dal 2008 dall'analogo Supplemental Nutrition Assistance Program - il confronto risulta perdente. Il programma americano costituisce una misura universale di sostegno del reddito familiare, il cui valore monetario è legato al costo di un paniere di alimenti considerati strettamente essenziali. Subordinando l'utilizzo all'acquisto di beni alimentari, esso ha la finalità di contrastare non solo situazioni di povertà economica ma anche comportamenti devianti dettati da abuso di alcool o droghe. L'accesso alla misura viene stabilito sulla base di una stringente verifica della condizione economica, le cui soglie di esclusione variano territorialmente da Stato a Stato, per tenere conto del diverso costo della vita tra le diverse aree del Paese. Pur configurandosi come un programma altamente selettivo, non ha le caratteristiche di categorialità tipiche della Carta acquisti, è di importo più consistente, integra la capacità di spesa di circa il 15% della popolazione residente ed è condizionato alla disponibilità a lavorare.

5.3.3. Verso una nuova social card

A distanza di soli quattro anni dalla sua introduzione, la Carta acquisti è stata oggetto di numerose proposte di riforma: tra queste merita di essere citata, per la sua accuratezza e organicità, quella presentata nel 2010 dalle Acli, riguardante un piano nazionale di durata triennale in grado di migliorare e trasformare la Carta acquisti attuale in una nuova *social card* (NSC) (Gori *et al.*, 2011). La proposta di riforma si prefigge non solo di essere più efficace sul piano redistributivo, a parità di costi per il bilancio pubblico, ma anche tale da integrarsi nel nuovo assetto federale dello Stato. Le caratteristiche rintracciabili nella NSC sarebbero le seguenti.

- Universalismo: la NSC si propone di ampliare il bacino di utenza in modo da raggiungere l'intero universo delle famiglie in povertà assoluta e residenti in Italia, senza escludere né i cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno né i senza fissa dimora.
- Equità territoriale: si prevede di variare le soglie economiche di accesso e l'importo mensile della Carta in base al costo della vita nel territorio di riferimento, considerando le macro-aree del Paese (Nord/Centro/Sud) e la dimensione dell'aggregato territoriale in cui una famiglia vive (aree metropolitane / grandi comuni/ piccoli comuni).
- Adeguatezza dell'importo: il trasferimento per ogni famiglia viene posto pari a una quota - 40% - della differenza tra la soglia di povertà assoluta e il reddito familiare disponibile equivalente del richiedente, a cui si aggiunge una componente abitativa; il reddito da lavoro verrebbe computato solamente nella misura dell'80% e si escluderebbero dai potenziali beneficiari le famiglie con patrimonio mobiliare superiore a 30.000 Euro e con immobili diversi dalla prima casa. L'obiettivo è quello di erogare un trasferimento monetario a tutte le famiglie che hanno un reddito inferiore alle soglie di povertà assoluta calcolate dall'ISTAT: si stima che ciascuna famiglia in povertà assoluta riceverebbe un trasferimento medio di 1.548 Euro annui, pari a 129 Euro mensili. Il reddito medio dei beneficiari passerebbe così da

8.400 a 9.950 Euro, con un incremento del 18% e una percentuale di coinvolgimento delle famiglie povere assolute pari al 15%.

- *Welfare* locale e *welfare mix*: si propone di aggiungere alla prestazione monetaria la fornitura di servizi alla persona gestiti e organizzati a livello di ambito territoriale sociale così come definito dalla stessa Legge n. 328/2000. L'obiettivo è coinvolgere l'intera rete dei servizi alla persona, tramite una prima valutazione della situazione e un successivo indirizzo dell'utente verso il percorso più appropriato. Oltre al *welfare* locale, la nuova *social card* intende assegnare uno spazio maggiormente di rilievo anche al Terzo settore tramite precisi compiti quali quelli della co-progettazione delle nuove politiche locali, il raggiungimento e l'avvicinamento delle persone e una funzione di *advocacy* per garantire la qualità delle politiche e il rispetto dei diritti negati.
- Livelli essenziali delle prestazioni: la NSC rappresenterebbe un livello essenziale delle prestazioni sociali (LEP), configurandosi come un vero e proprio diritto di cittadinanza nazionale; l'indirizzo strategico e lo stanziamento delle risorse verrebbero definiti dallo Stato mentre il contenuto dalla Conferenza Stato-Regioni, lasciando esclusivamente alle Regioni il compito del monitoraggio e valutazione del progetto.

Oltre all disegno della nuova misura, la proposta stima la spesa e le risorse necessarie per poterla attuare in un primo triennio, in cui per ciascuna annualità sarebbe necessario stanziare 787 milioni di Euro aggiuntivi rispetto all'anno precedente, in modo da ottenere a regime, ossia dalla terza annualità, una spesa annua di circa 2,36 miliardi di Euro. Due miliardi di Euro sarebbero destinati per il contributo monetario e 360 milioni di Euro per la fornitura di servizi. Il trasferimento monetario risulterebbe a carico dello Stato mentre la spesa per servizi a metà tra Stato e Regioni.

Come è stata accolta questa proposta? In un clima segnato dalle accese polemiche politiche riguardanti gli esiti dell'applicazione della Carta acquisti, il piano in questione ha riscosso interesse da parte di osservatori ed esperti (mentre non fu presa in seria considerazione dal Ministro Sacconi, allora competente per le politiche sociali). Non sono tuttavia mancate critiche alla proposta di riforma, in relazione sia alle difficoltà del suo finanziamento, sia al rischio del consolidamento delle criticità attuali del sistema, qualora il decisore pubblico decidesse di fare propria solo una parte del piano.

La riforma della Carta acquisti era stata contemplata dallo stesso Governo Berlusconi nel disegno di Legge delega per la riforma fiscale e assistenziale presentato alla Camera il 29 luglio 2011 (A.C. 4566). L'art. 10 della Legge delega stabiliva infatti

il trasferimento ai comuni, singoli o associati, del sistema relativo alla Social Card, allo scopo di identificare i beneficiari in termini di prossimità, di integrare le risorse pubbliche con la diffusa raccolta di erogazioni e benefici a carattere liberale, di affidare alle organizzazioni non profittevoli la gestione della carta acquisti attraverso le proprie reti relazionali.

Nei riguardi del DdL di riforma fiscale e assistenziale sono state avanzate numerose critiche in occasione di audizioni in Commissioni parlamentari, anche con specifico riferimento all'ipotesi di riforma della Carta acquisti: in particolare è stata criticata la disposizione di affidare la gestione della Carta a organizzazioni *no profit*, in quanto

la garanzia dei diritti individuali, e anche della libertà di scelta dell'utente ovunque possibile e sensato, può essere fornita solo dall'ente pubblico, laddove il privato sociale opera secondo le sue possibilità e con proprie discrezionalità (Ranci Ortigosa, 2011).

Il tema della riforma della Carta acquisti è stato ripreso, da ultimo, con il Decreto n. 5/2012 (rinominato "Semplifica Italia") del Governo Monti, che recupera quanto in parte era già stato avanzato con la Legge n. 10/2011 di conversione del Decreto legge Mille proroghe, entrata in vigore il 27 febbraio 2011. Quest'ultima - oltre che confermare per il 2011 il diritto alla *social card* per tutti i soggetti che ne avevano beneficiato nel biennio precedente, purché ancora rientranti nei vincoli di età e di ISEE - promuoveva una nuova sperimentazione della Carta di durata annuale nei soli comuni con almeno 250.000 abitanti "al fine di acquisire i necessari elementi di valutazione per la successiva proroga del programma Carta acquisti" e "favorirne la diffusione tra le fasce di popolazione in condizione di maggiore bisogno". L'intento del Governo Monti sembrava essere recuperare il previsto progetto di sperimentazione di una nuova Carta acquisti, per valutarne la possibile generalizzazione come strumento non più categoriale di contrasto alla povertà assoluta (Guerra, 2012). La nuova Carta durerà un anno, riguardando però non soltanto i cittadini italiani o comunitari ma anche quelli stranieri in possesso del permesso di soggiorno e sarà di importo mensile variabile in funzione delle caratteristiche del nucleo familiare. In particolare verranno individuati, d'accordo con le città prescelte, dei *target* specifici di deprivazione economica e sociale, in modo che la *social card* possa avere un importo unitario più consistente di quello attuale e garantire così un impatto più efficace sulla povertà.

Uno degli aspetti distintivi dell'esperimento rispetto alla vecchia Carta (di cui non si prevede la cancellazione nel periodo di sperimentazione della nuova) è che il beneficiario della nuova Carta diventa un soggetto preso a carico dal Comune, che dovrà analizzarne specificatamente la situazione e promuoverne, unitamente al sostegno della rete locale del Terzo settore, programmi di inclusione attiva. Oltre al puro trasferimento monetario si introducono e rendono dunque necessari progetti di *empowerment* e attivazione per i soggetti coinvolti, come programmi di reinserimento lavorativo, formazione e istruzione o cura della persona, a cui si richiederà una partecipazione obbligatoria (in mancanza della quale si perderà il diritto alla Carta). La sperimentazione sarebbe dunque duplice: da un lato si vuole testare la capacità dell'Ente comunale di prendere in carico il beneficiario, per il quale deve essere disegnato un progetto personalizzato; dall'altro si tratta di valutare gli effetti della nuova misura in relazione alla capacità del beneficiario di uscire dalla povertà. Per la sperimentazione è previsto l'impiego di 50 milioni di Euro, facenti parte dei 487 milioni già stanziati per la *social card*.

Sebbene la sperimentazione della nuova *social card* possa rappresentare un deciso passo in avanti verso una riforma strutturale delle politiche di lotta alla povertà, rimangono zone d'ombra e quesiti tuttora insoluti che i decreti attuativi della sperimentazione dovranno chiarire. Essi riguardano tra gli altri la scelta dei criteri di selettività economica da adottare (stante la contemporanea riforma in atto dell'ISEE), l'opportunità o meno di utilizzare le soglie di povertà assoluta stimate dall'ISTAT per definire gli importi variabili della Carta in funzione delle diverse caratteristiche socio-demografiche dei richiedenti la misura, le procedure da adottare per un adeguato monitoraggio della sperimentazione.

La sperimentazione si inserisce in una prospettiva di riforma che affida alle Regioni un ruolo centrale nell'organizzazione dei servizi e dei progetti. Per promuovere tale processo deve essere necessariamente superato un *gap* strutturale italiano, quello delle forti differenze che sussiste tra una Regione e l'altra in termini sia di servizi sia di capacità amministrativa. La riduzione delle distanze

è un prerequisito per impostare in modo sensato un finanziamento equilibrato a regime che deve inoltre essere a sua volta accompagnato da un adeguato meccanismo di monitoraggio circa la realizzazione dei livelli essenziali, che devono contestualmente essere definiti, per evitare che le risorse si disperdano rispetto agli obiettivi che devono conseguire. (...) il processo di riduzione del gap infrastrutturale, di decentramento delle risorse, di messa a punto di strumenti di monitoraggio certi ed efficaci per la verifica, è un processo a tre gambe che devono muoversi contestualmente (Guerra, 2012).

5.3.4. Dal RMI alle sperimentazioni regionali di un reddito minimo

La sperimentazione della nuova *social card* che il Governo Monti è in procinto di avviare potrebbe rappresentare il preludio per il ripristino di una misura di contrasto alla povertà assoluta già nota nell'ordinamento italiano seppure sotto spoglie diverse, il reddito minimo d'inserimento. La sperimentazione della nuova misura, dopo quella non fortunata del RMI a cavallo tra la fine degli anni Novanta e i primi anni Duemila, assume quindi un rilievo particolare, sia nella fase di *design* che in quella di monitoraggio:

sperimentare non vuol dire introdurre innovazioni provando a casaccio. Significa l'opposto: introdurre su piccola scala un'innovazione per apprendere se essa funzioni o meno. Con l'implicazione che ne discende: disegnare l'esperimento in modo che consenta di stimare al meglio l'effetto dell'innovazione. (Trivellato, 2011).

Il progetto sotteso alla sperimentazione della nuova *social card* è più ambizioso e complesso di quello che caratterizza la Carta acquisti vigente e non è limitato ai soli prossimi 12 mesi. L'intento è infatti quello di recuperare lo spirito innovatore in materia di politiche di *welfare* della Commissione Onofri, in parte vanificato dalle scelte di *policy* fatte nell'ultimo quindicennio (Guerzoni, 2008).

Rimarcando l'assenza in Italia di uno schema di reddito minimo per chi fosse totalmente sprovvisto di mezzi, presente invece in quasi tutti i Paesi europei, la Commissione Onofri nel 1997 ha proposto di introdurre in Italia un istituto di minimo vitale: con tale istituto si sarebbe superato un sistema basato sulla presenza di sussidi categoriali, non uniformi tra loro e tipicamente erogati dagli enti locali, per introdurre invece un vero e proprio diritto soggettivo di cittadinanza, tutelato e disciplinato dalla legge, definito su criteri universalistici e standardizzati e affiancato da articolate misure di accompagnamento volte a reintegrare i beneficiari nel tessuto sociale ed economico. Queste indicazioni, contenute nella Relazione finale della Commissione Onofri, sono state recepite dal Governo Prodi che, con il Decreto legislativo n. 237/1998, attivò la sperimentazione del reddito minimo d'inserimento nel biennio 1999-2000. La sperimentazione, avviata in 39 Comuni scelti sulla base di un insieme di indicatori stabiliti dall'ISTAT (tasso di povertà relativa, tasso di occupazione, livello dei reati commessi, numero di minori coinvolti, livello di scolarizzazione), fu iterata per un altro biennio (2001-2002) ed estesa

ad altri 267 centri. In totale essa ha riguardato il 3,8% dei Comuni italiani e l'8,6% della popolazione residente, per quasi due terzi localizzata nel Mezzogiorno; i nuclei familiari che hanno beneficiato della misura sono stati rispettivamente 25.000 e 41.000 nelle due fasi di sperimentazione, mentre sono risultate 37.000 e 28.000 rispettivamente le persone coinvolte nei programmi di inserimento (Ranci Ortigosa, 2008). L'erogazione del sussidio era affidata al Comune, il quale procedeva con un reintegro parziale della differenza fra le risorse economiche del soggetto e una soglia di povertà che per una famiglia composta da un solo componente era stata fissata nel primo anno di sperimentazione in 500.000 lire mensili (il calcolo della soglia per nuclei composti da più un componente si otteneva applicando alla soglia del *single* la scala di equivalenza dell'ISEE). L'importo massimo del reddito minimo d'inserimento per un *single* era quindi pari a 500.000 lire mensili, mentre ai fini della verifica della condizione economica la legge consentiva ai soli redditi da lavoro di avvalersi di una franchigia del 25% sui redditi medesimi: in questo modo si attenuava la "trappola della povertà" insita in qualsiasi programma selettivo di spesa, come il RMI.¹⁸⁵

Il minimo vitale così delineato era dunque concepito come una vera e propria rete di protezione sociale di ultima istanza a cui qualsiasi cittadino, indipendentemente dal genere, dalla classe sociale, dalla professione poteva accedere, non solo in funzione di un sostegno economico ma anche per poter godere di una serie di servizi finalizzati all'uscita dallo stato di bisogno. I Comuni dovevano difatti concordare con ciascun membro della famiglia beneficiaria un percorso personalizzato di ricerca, di reinserimento lavorativo, di formazione professionale oppure accertarsi che i soggetti in età di obbligo scolastico completassero gli studi; in caso di mancato adempimento a tali percorsi, si procedeva al ritiro del sussidio. Le evidenze empiriche raccolte in itinere sulla sperimentazione hanno evidenziato che nelle Regioni del Sud hanno prevalso programmi assistenziali di reinserimento come lavori di pubblica utilità o programmi rivolti alla cura e al sostegno familiare, mentre al Nord hanno prevalso percorsi più legati al reinserimento nel mondo del lavoro o della formazione professionale.

La sperimentazione del reddito minimo d'inserimento ha fatto emergere alcuni difetti strutturali, tra cui meritano di essere citati:

- mancanza di una prospettiva di conferma di lungo periodo;
- scarso coordinamento inter-istituzionale nella costruzione della misura che ha determinato un'assenza di direttive chiare sulla gestione della sperimentazione;
- esclusione di Regioni, di Province e di altri enti pubblici;
- mancanza di accompagnamento dei Comuni nella sperimentazione;
- mancato o tardivo supporto ai territori per la formazione del personale, per la dotazione di strumenti informatici e di monitoraggio, per l'organizzazione di programmi di inserimento.

¹⁸⁵ Per "trappola della povertà" si intende il disincentivo a produrre reddito da parte di chi richiede un sussidio pubblico, quando quest'ultimo è calcolato in modo tale da colmare l'intera differenza che separa la soglia di povertà e il reddito del richiedente il sussidio. In questo caso, un incremento ad esempio di 100 Euro di reddito da lavoro da parte del richiedente il sussidio provocherebbe automaticamente una perdita di 100 Euro del sussidio stesso: l'individuo non avrebbe alcun incentivo a lavorare, rimanendo intrappolato nella povertà e in una condizione di dipendenza dal *welfare*.

Senza misconoscere le criticità sopra elencate, la sperimentazione ha tuttavia prodotto anche effetti di impatto positivi, non adeguatamente sottolineati in sede di valutazione politica. In primo luogo, il nuovo strumento ha fornito un sostegno economico a famiglie in condizioni di grave marginalità economica e sociale, permettendo loro di pagare utenze, affitti e altri debiti pregressi, ed evitare possibili sfratti. In secondo luogo, la sperimentazione ha permesso lo sviluppo di iniziative di reinserimento sociale nel campo del recupero scolastico, della formazione professionale e dell'emersione del lavoro irregolare, mentre più limitate sono state le opportunità di reinserimento lavorativo. A parere degli istituti indipendenti chiamati a valutare in itinere ed *ex post* la sperimentazione, le disfunzioni emerse, fisiologicamente connesse a un progetto nuovo e complesso, non erano tali da dover pregiudicare la prosecuzione, ancorché rivista, di uno strumento così innovativo per il *welfare* italiano.

A segnare la fine del reddito minimo d'inserimento e la sua mancata messa a regime è stato il Governo Berlusconi che nel 2003 decretò di sostituirlo con una nuova misura denominata reddito di ultima istanza (RUI), peraltro mai entrata in vigore. Il mancato finanziamento della misura e la quasi contemporanea riforma del Titolo V della Costituzione hanno in seguito determinato una situazione di *impasse* legislativa e lo spostamento di fatto verso il programmatore regionale dell'onere di concepire e finanziare specifici progetti e interventi sul territorio. Il quadro che si è venuto a delineare successivamente è piuttosto articolato ma può essere riassunto nella Tabella seguente, che richiama i principali interventi normativi assunti in sede comunitaria, nazionale e regionale.

Tabella 37. Iniziative pubbliche in materia di RMI, RUI e reddito minimo regionale

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Unione europea			Vertice UE							Obiettivi di Lisbona		
Nazionale	RMI DLgs 237/1998	Prima sperimentazione sui 39 Comuni		Seconda sperimentazione sui 306 Comuni							RMI fondi non spesi	bonus incapienti
			Legge 328/2000		RUI Patto per l'Italia	RUI Libro bianco welfare	RUI Legge finanziaria					
Piemonte						LR 2/2003 Fondo disoccupati	LR 1/2004 prevede RMI					
Valle d'Aosta	LR 19/1994 Minimo vitale											
Lombardia												
Bolzano	LP 13/1991 Assist econom sociale											
Trento	LP 14/1991 Assist. econom. sociale											DP 2216/2009 Reddito di garanzia
Veneto							DGR 1294/04 RUI Comune Rovigo					
Friuli Venezia Giulia									LR 6/2006 Reddito di base			
Liguria				DCR 65/2001 prevede RMI								
Emilia-Romagna						LR 3/2003 prevede RMI						

Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Toscana								LR 41/2005 prevede RMI				
Umbria												
Marche												
Lazio												LR 4/2009 Reddito minimo
Abruzzo									LR 47/2006 Fondo sostegno nuclei fam.			
Molise			LR 1/2000 Minimo vitale									
Campania							LR 2/2004 Reddito di cittadinanza					
Puglia						LR 17/2003 prevede RMI			LR 19/2006 Contrasto povertà			
Basilicata								LR 3/2005 Cittadinanza sociale				LR 31/2008 Contrasto povertà
Calabria												
Sicilia								LR 5/2005 Cantieri di servizi LSU				
Sardegna								LR 23/2005 prevede RMI			LR 3/2008 povertà e famiglie num.	

Fonte: Veneto Lavoro, 2009.

Come si evince dalla Tabella 37, già prima della sperimentazione del reddito minimo d'inserimento alcune Regioni a Statuto speciale - le Province autonome di Trento e Bolzano e la Valle d'Aosta - avevano introdotto istituti di contrasto alla povertà. Successivamente alla Finanziaria per il 2004, si è registrato un forte attivismo legislativo su base regionale. A tal proposito, bisogna tuttavia distinguere la promozione di misure di assistenza economica in seguito al recepimento della Legge quadro di riforma dell'assistenza (Legge n. 328/2000) con Legge regionale, dalla scelta di attivare in sede locale programmi di lotta alla povertà. È con riferimento a questo secondo tipo di interventi che spiccano gli atti normativi regionali per l'istituzione di forme di sostegno al reddito che si riconnettono, seppure con forme e modi diversi, alla passata sperimentazione del RMI, rappresentandone le realizzazioni più concrete in materia.

La prima significativa esperienza regionale di reddito minimo è quella della Campania che, con la Legge regionale n. 2/2004, ha istituito il reddito di cittadinanza. Tale istituto è stato in vigore sperimentalmente per un periodo di tre anni ed è stato poi prorogato per il biennio 2007-2008, fino al suo definitivo abbandono nel 2010 per mancanza di rifinanziamenti. Il reddito di cittadinanza, la cui programmazione veniva affidata ai Piani di zona, veniva erogato ai residenti in Regione da almeno cinque anni (comunitari ed extracomunitari), la cui condizione economica non superava i 5.000 Euro annui; la prova dei mezzi si fondava sull'ISEE, a cui si affiancava un sistema di controlli delle dichiarazioni che teneva conto dei consumi familiari. Le risorse stanziare dalla Regione per la prima annualità hanno consentito a circa 17.000 richiedenti sulle 146.000 domande presentate potessero accedere al beneficio di circa. La misura consisteva nell'erogazione monetaria mensile di 350 Euro per famiglia oltre a una serie di interventi accompagnatori quali agevolazioni tariffarie, facilitazione per l'accesso ai servizi, percorsi di istruzione, formazione e inserimento lavorativo, a cui non era però obbligatorio partecipare. Al trasferimento monetario si aggiungeva un sostegno per la copertura dei costi per l'acquisto di libri scolastici, per il trasporto pubblico, per l'abitazione e per la partecipazione a eventi culturali locali.

Una seconda esperienza regionale di reddito minimo è quella della Basilicata. Tale Regione ha introdotto a metà del decennio scorso un Programma di contrasto delle condizioni di povertà e di esclusione sociale (LR n. 31/2008) che consisteva in un trasferimento a favore dei residenti in Regione da almeno due anni con un ISEE non superiore a 4.800 Euro annui; l'importo, versato mensilmente, era esattamente pari alla differenza tra una soglia di riferimento (che era funzione del numero dei componenti del nucleo familiare) e l'ISEE del richiedente. Questo versamento, che poteva essere erogato al massimo per due anni, non poteva essere superiore ai 300 Euro mensili per i nuclei composti da un unico componente e fino a 250 Euro moltiplicato per il rispettivo coefficiente di equivalenza per ogni nucleo familiare con due o più componenti. Al fine di evitare duplicazioni di contributi e sperequazioni sociali, le maggiorazioni venivano riconosciute solo se il nucleo familiare del richiedente non percepiva altri sussidi monetari di natura assistenziale quali ad esempio l'assegno sociale, ricevuti in modo continuativo durante la durata del sussidio. Il Programma si fondava su un patto di cittadinanza tra l'ente pubblico e il beneficiario - denominato "contratto di inserimento" - che mirava a mantenere concomitanti il sussidio economico e la politica attiva di contrasto alla povertà, come nell'ipotesi del reddito minimo d'inserimento. In base a questo contratto, una persona maggiorenne di ciascun nucleo

familiare beneficiario del trasferimento monetario si impegnava a seguire un programma di interventi di inserimento sociale, socio-formativo e socio-occupazionale. Il trasferimento veniva meno sia nel caso di rifiuto da parte del beneficiario ad accettare un posto di lavoro, sia nel caso di stipulazione di un contratto di lavoro. Come per il RMI, ciascun Comune lucano effettuava il controllo di ammissibilità delle domande e il monitoraggio della partecipazione dell'utente ai programmi di inserimento. Considerando che proprio queste due azioni erano risultate critiche nell'esperienza del reddito minimo d'inserimento, la Regione ha previsto la creazione di Comitati locali di garanzia sociale per l'esame delle domande ammissibili e la figura del Garante del contratto per seguire la funzione di inserimento sociale. Nel caso di programma di inserimento lavorativo, il contratto di inserimento aveva durata di 24 mesi e, a differenza del RMI, qualora durante il periodo di decorrenza di tale contratto si fosse verificato un incremento del reddito familiare, il soggetto richiedente il beneficio continuava a percepire per i successivi sei mesi il sussidio monetario fino a quel momento erogato, incrementato del 10% a titolo premiante. Analoga premialità incentivante veniva riconosciuta, per un periodo di 12 mesi decorrenti dal momento di avvio dell'attività, a coloro che intraprendevano una attività lavorativa autonoma. Come la maggior parte delle altre esperienze regionali, anche questo Programma è stato in seguito cancellato per mancanza di risorse economiche.

Degna di nota è anche l'esperienza del reddito di base per la cittadinanza del Friuli Venezia Giulia, istituito con la Legge regionale n. 11/2006 e prematuramente interrotto nel 2008 con la successiva LR n. 9/2008 che, sostituendo tale strumento con il Fondo per il contrasto ai fenomeni di povertà e disagio sociale, ha di fatto decretato la chiusura anticipata della sperimentazione prevista di 5 anni e concretamente operativa dal 7 novembre 2007 fino al 31 maggio 2008. Il reddito di base per la cittadinanza era diretto a tutte le fasce deboli sul mercato del lavoro (compresi i disoccupati), le cui famiglie - residenti sul territorio regionale da almeno un anno - presentavano un ISEE annuale inferiore ai 5.000 Euro. Per accedere alla misura non era tuttavia sufficiente il possesso dei requisiti economici e di residenza, ma si doveva anche accettare il coinvolgimento in un percorso di (re)inserimento sociale ed economico. L'importo del trasferimento era variabile in funzione della differenza fra una soglia convenzionale di reddito mensile minimo e l'effettiva disponibilità economica della famiglia beneficiaria. Era inoltre una misura cumulabile di contrasto alla povertà in quanto poteva essere associata ad altri interventi e prestazioni a tempo. Anche in questo caso, il reddito di base poteva essere sospeso o ridotto dal Servizio sociale del Comune qualora il beneficiario venisse meno agli obblighi concordati tramite la sottoscrizione del patto preliminare e/o definitivo, nonché in caso di perdita dei requisiti economici previsti dalla Legge. Con la Legge regionale n. 9/2008 l'Amministrazione ha scelto di proseguire l'azione di contrasto alla povertà tramite l'istituzione di un apposito Fondo assegnato ai Comuni per il sostegno agli interventi attuati dagli stessi.

A queste esperienze regionali, vanno aggiunte: la sperimentazione nel Lazio del reddito minimo garantito, istituito tramite LR n. 4/2009; nel 2004 il rifinanziamento del reddito minimo d'inserimento in Veneto, con un fondo di 120.000 Euro per il solo comune di Rovigo (Comune che aveva fatto parte della sperimentazione fin dal 1999); il caso della Puglia, con la concessione a partire del 2006 di un'integrazione di reddito alle famiglie i cui componenti non percepiscono un salario adeguato al proprio sostentamento.

Una continuità implicita con la filosofia dell'esperienza dell'RMI è riscontrabile anche nelle leggi regionali che hanno previsto l'inserimento in percorsi lavorativi per i soggetti in difficoltà residenti in Sicilia; nelle forme di assistenza di carattere economico in Abruzzo, grazie all'istituzione di un Fondo per il sostegno di nuclei familiari al di sotto della soglia di povertà ISTAT e all'erogazione di buoni acquisto per i cittadini titolari di pensioni sociali minime; nei programmi di intervento a favore di nuclei in condizioni di povertà estrema o di temporanea difficoltà economica in Sardegna.

Diverso dagli interventi precedenti è invece il Fondo per il sostegno dei disoccupati introdotto tramite la Finanziaria nel 2003 dalla Regione Piemonte: si tratta di un contributo monetario *una tantum* rivolto a quei soggetti che a causa dell'interruzione temporanea o definitiva del lavoro vengono a trovarsi al di sotto della soglia di povertà. La LR n. 34/2008 ha poi riconfermato questa linea prevedendo la possibilità per il Piemonte di destinare risorse a favore di ex lavoratori, usufruibili anche per più annualità fino a un massimo del 20% della retribuzione, unitamente alla partecipazione a percorsi di orientamento e inserimento lavorativo.

Meritevole di attenzione è infine l'esperienza della Provincia autonoma di Trento che nell'ottobre del 2009 ha introdotto il reddito di garanzia. Questo reddito rappresenta una significativa innovazione in quanto, a differenza delle esperienze citate sopra, si prefigura come uno strumento strutturale e permanente e non come una semplice sperimentazione. Il reddito di garanzia è una misura volta a innalzare il reddito delle famiglie portandolo a una soglia minima prestabilita di reddito familiare annuo; per tale ragione l'intervento si configura come un'integrazione economica pari alla differenza tra la soglia stessa, fissata a 6.500 Euro per una famiglia composta di una sola persona, e il reddito familiare disponibile effettivo. Si tratta di un programma universale, ossia non categoriale, essendo le regole di ammissibilità uguali per tutti, e al tempo stesso selettivo poiché il beneficio è subordinato alla prova dei mezzi. Quest'ultima viene integrata da un controllo sui consumi inerenti il possesso di auto o altri beni o servizi durevoli. Il reddito di garanzia non è condizionato all'eventuale esaurimento dei fondi pubblici disponibili, in modo da garantire l'adeguata copertura a tutte le famiglie che si trovassero nella condizione di bisogno. Ai fini del calcolo della condizione economica, il Trentino ha scelto di avvalersi dell'ICEF (indicatore della condizione economica familiare) che di fatto sostituisce l'ISEE. L'ICEF tiene conto della composizione familiare, dei patrimoni mobiliari e immobiliari, oltre che dei redditi percepiti nell'anno fiscale precedente, siano essi derivanti da pensioni, da lavoro (dipendente o autonomo), da ammortizzatori sociali (come la cassa integrazione guadagni) o da indennità di disoccupazione e di mobilità. L'integrazione economica viene concessa per 4 mesi consecutivi, trascorsi i quali, qualora le condizioni di ammissibilità permangano, è necessario presentare apposita domanda di rinnovo del beneficio, previsto al massimo per tre volte, ossia per 16 mesi nell'arco di due anni. I dati amministrativi per la gestione del reddito di garanzia rivelano che nel periodo compreso tra ottobre 2009 e agosto 2012 circa 28.000 domande sono risultate idonee al beneficio, con oltre 47 milioni di Euro spesi complessivamente. Annualmente beneficiano in media del reddito di garanzia oltre 5.000 famiglie (circa il 2,3% delle famiglie trentine) per 17 milioni di Euro di spesa (lo 0,1% del PIL trentino). Come si nota in Tabella 38, il trasferimento corrisposto alle famiglie italiane durante la permanenza nel programma è inferiore di circa un quarto rispetto a quello erogato alle famiglie straniere, anche se in termini equivalenti il rapporto si inverte nel momento in cui si tiene

conto - mediante la scala di equivalenza dell'ICEF - del maggiore numero di componenti in media nelle famiglie straniere.

L'evidenza empirica accumulata finora sul reddito di garanzia mostra come il ricorso a tale istituto da parte delle famiglie trentine avvenga non solo per compensare episodi transitori di difficoltà economica, ma anche per fare fronte a condizioni di povertà strutturale: una frazione non trascurabile di beneficiari della misura - una famiglia su tre - rimane infatti nel Programma oltre un anno. Per quanto riguarda l'impatto economico dello strumento, stime recenti mostrano come esso produca un effetto positivo sui consumi domestici di generi alimentari e sulla spesa in beni durevoli (Schizzerotto, 2012).

Tabella 38. Ammontare del reddito di garanzia erogato in due anni, mensile e cumulato, per cittadinanza del richiedente

	RG cumulato		RG mensile		Componenti familiari
	assoluto	reso equivalente	assoluto	reso equivalente	
	media	media	media	media	
italiani	4.452	2.620	399	242	2,51
stranieri	6.018	2.608	474	216	3,84

Fonte: Schizzerotto, 2012.

In sintesi, uno sguardo d'insieme alle esperienze regionali più significative in tema di reddito minimo mette in luce come tali esperienze, al di là di singole peculiarità, presentino connotati comuni. In particolare, il dato che emerge con maggiore evidenza risiede nel processo di *time consuming* che l'accordo politico sull'introduzione di una nuova misura richiede: nessuna delle misure regionali sembra infatti riuscire a consolidarsi come un vero e proprio diritto di cittadinanza, al di là di un periodo più o meno lungo di sperimentazione, tanto è vero che le esperienze terminano quasi sempre con la fine della legislatura in cui sono state introdotte senza che si passi alla messa a regime. È da sottolineare inoltre come l'attivazione regionale di programmi di reddito minimo facciano emergere aree sommerse di disagio socio-economico ben differenziate tra loro, il che conduce a esiti anche molto differenziati a seconda delle tipologie di beneficiari che il programma cerca di coinvolgere. In generale, le esperienze compiute sembrano rappresentare:

- un sostegno monetario poco più che simbolico per i soggetti inseriti da tempo in un circuito assistenziale in quanto soggetti multiproblematici;
- viceversa, un sostegno economicamente rilevante per i soggetti anziani che percepiscono pensioni assistenziali;
- un'opportunità per facilitare l'emersione per i soggetti che già operano nel mercato del lavoro irregolare;
- un intervento troppo poco tempestivo per quanti si trovano all'improvviso senza una fonte di reddito, in particolare un reddito da lavoro, in seguito a crisi aziendali o altro (problemi di salute all'interno della famiglia, separazione/divorzi, ecc.).

Ciò induce a ritenere scarsamente praticabile - perché poco efficace rispetto alle finalità che si intendono raggiungere - l'obiettivo di contrastare un fenomeno complesso e multidimensionale come la povertà con un unico strumento quale un programma di reddito minimo. Questo ovviamente non significa misconoscere il ruolo che in un sistema di *welfare* disorganico, incoerente e settoriale come quello italiano la messa a punto e l'introduzione di un programma che si ispiri al principio dell'universalismo selettivo rivestirebbero.¹⁸⁶

L'esigenza di introdurre un istituto che funga da base del sistema di protezione sociale e che sia informato al principio dell'universalismo selettivo è stata ribadita all'interno di una proposta più generale di riforma delle politiche per l'assistenza, formulata da un gruppo qualificato di lavoro coordinato da Emanuele Ranci Ortigosa e presentata nell'ambito del convegno "Disegniamo il *welfare* di domani" del settembre 2011 (IRS, 2011b). In tale occasione è stata rilanciata con forza la necessità di introdurre un reddito minimo di attivazione che replicasse, su scala nazionale, le migliori pratiche emerse a livello di esperienze regionali, nonché il disegno originale implicito nella proposta del minimo vitale della Commissione Onofri. Sempre nella proposta dell'Istituto per la ricerca sociale si sottolinea come, per poter disporre delle risorse necessarie per la riforma, occorra rivedere le attuali prestazioni economiche di tipo assistenziale, in primo luogo l'assegno sociale e le integrazioni al minimo delle pensioni, in modo da poterle riassorbire nel nuovo istituto. Sommando difatti la sola spesa erogata a livello centrale a contrasto della povertà (assegni sociali, integrazioni al minimo delle pensioni, maggiorazioni sociali e *social card*) si sfiorano i 17 miliardi di Euro; razionalizzando parte di questa spesa e facendola confluire nella nuova misura universalistica, si potrebbero liberare risorse fino a un massimo di 5,7 miliardi di Euro, sufficienti a finanziare sia la misura stessa sia i costi di gestione per l'avvio e la messa a regime del nuovo sistema.

Nell'elenco delle esperienze regionali di reddito minimo precedentemente descritte, vanno segnalate alcune importanti assenze come Toscana ed Emilia-Romagna, che non hanno ancora sperimentato una tale misura in quanto è stato valutato che il fabbisogno economico necessario risulterebbe così elevato da mettere a rischio la sopravvivenza di altri progetti, trasferimenti e servizi sociali vigenti.

L'introduzione di un programma di reddito minimo non può che basarsi su un'intesa strategica fra Stato da un lato, che definirà i livelli essenziali della misura, e Regioni ed Enti locali dall'altro, a cui spetterà l'organizzazione e la gestione effettiva della misura. Quest'ultima non dovrà però essere gestita da Comuni piccoli o medio-piccoli, privi delle competenze professionali e della rete territoriale necessaria, ma dovranno essere attivati gli Enti locali più grandi e i loro servizi sociali che dovranno svolgere un forte accompagnamento e coordinamento nella sua implementazione. Sarà inoltre essenziale che l'istituto venga monitorato in modo adeguato, per poter procedere ad eventuali aggiustamenti e correzioni in corso d'opera, sempre per il tramite degli Enti locali.

¹⁸⁶ Per una rivisitazione critica delle esperienze più significative delle misure di contrasto della povertà in Italia a partire dal reddito minimo d'inserimento, si veda anche Spano *et al.*, 2013.

5.4. Politiche contro la povertà e spesa sociale in Emilia-Romagna

5.4.1. *Interventi e servizi sociali destinati al contrasto della povertà*

La spesa dello Stato rappresenta solo una parte, ancorché maggioritaria, delle risorse che le istituzioni pubbliche riservano al contrasto della povertà e al sostegno del reddito delle famiglie. Una quota della spesa è infatti erogata anche a livello locale da parte dei Comuni o di altri enti pubblici, sulla base di quanto stabilito dalla Legge n. 328/2000 e dal riformato Titolo V della Costituzione del 2001. Secondo queste norme, i Comuni hanno la titolarità della gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali a favore dei cittadini, anche se finanziati con trasferimenti statali, regionali o provinciali.¹⁸⁷ Tale gestione può essere esercitata singolarmente o in forma associata in attuazione dei Piani sociali di zona e regionali definiti dalla Regione di appartenenza nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione. Per "servizi sociali" si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale, da quello sanitario e le spese sostenute per l'istruzione e il diritto allo studio (libri di testo, borse di studio e finanziamenti alle scuole di ogni ordine e grado).¹⁸⁸

La fonte statistica utile a ricostruire la spesa sociale locale è l'*Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati* condotta annualmente dall'ISTAT. L'indagine, avviata per la prima volta nel 2003 e ripetuta negli anni successivi, colma in parte le lacune informative sull'articolazione della spesa per assistenza per aree e livello di governo e rappresenta l'unica fonte statistica a cui attingere per tali finalità conoscitive. In particolare, essa raccoglie informazioni sulle politiche di *welfare* realizzate e gestite a livello locale dai Comuni e dalle varie forme associative tra Comuni limitrofi, con il dettaglio territoriale regionale. L'indagine permette inoltre il monitoraggio delle risorse finanziarie impiegate e delle attività realizzate nell'ambito della rete integrata di servizi sociali territoriali. L'unità di rilevazione è costituita dai Comuni singoli, dalle loro associazioni e da tutti gli enti che contribuiscono all'offerta di servizi per delega da parte dei Comuni, vale a dire consorzi, comprensori, Comunità montane, Unioni di Comuni, ambiti e distretti sociali, ASL e altre forme associative. Il tasso di risposta all'indagine censuaria per il 2009 - l'ultima disponibile al momento della stesura del presente rapporto - da parte dei Comuni e degli enti associativi è stata dell'87,5% a livello nazionale.

¹⁸⁷ Sono esclusi invece i servizi di titolarità statale, per i quali i Comuni subentrano solo a livello di organizzazione dell'intervento e di individuazione degli aventi diritto, come nel caso dell'assegno alle famiglie con almeno tre minori, l'assegno di maternità o il bonus per il secondo figlio.

¹⁸⁸ Con riferimento alla spesa per istruzione, sono da considerarsi inclusi nei "servizi sociali" le spese per il trasporto scolastico per i disabili e le agevolazioni per il trasporto e la mensa scolastica per le famiglie bisognose finanziate dal settore socio-assistenziale.

Le informazioni raccolte dall'ISTAT tramite l'Indagine si articolano in sette aree di utenza, secondo la tipologia dei destinatari degli interventi e dei servizi sociali: Famiglia e minori; Disabili; Dipendenze; Anziani; Immigrati e nomadi; Povertà, disagio adulti e senza dimora; Multiutenza (vedi *Paragrafo 3.2* e *Capitolo 4*).¹⁸⁹ Per ogni area si individuano tre tipologie di intervento: interventi e servizi (servizio socio-professionale, integrazione sociale, assistenza domiciliare, ecc.), trasferimenti monetari, servizi offerti in strutture (a ciclo diurno, di tipo residenziale, ecc.).

L'area di utenza di interesse della presente ricerca Povertà, disagio adulti e senza dimora) comprende gli interventi e i servizi per ex detenuti, donne che subiscono maltrattamenti, persone senza fissa dimora, indigenti, persone con problemi mentali (psichiatrici) e altre persone in difficoltà non comprese nelle altre aree.

Per questa area nel 2009 i Comuni italiani hanno complessivamente speso 578 milioni di Euro, pari all'8,2% della spesa relativa al totale delle sette aree di intervento, il cui importo è stimato in 6.978 milioni di Euro. La composizione della spesa per aree di utenza indica nelle quote che vanno rispettivamente a Famiglia e minori, Disabili e Anziani i valori più elevati, rispettivamente pari al 40, 22 e 20% del totale. Anche in termini di spesa *pro capite*, quanto viene assorbito dagli interventi nazionali a contrasto della povertà, del disagio adulti e a sostegno dei senza fissa dimora è limitato (15 Euro), una cifra esigua anche se va considerata l'ampia popolazione di riferimento di tali interventi: il numero di residenti di età compresa tra i 18 e i 65 anni. A titolo di confronto, la spesa *pro capite* relativa alle aree Famiglie e minori e Anziani è rispettivamente di 119 e 117 Euro, mentre quella dell'area Disabili è di 2.682 Euro (ISTAT, 2012a).

Esaminando i dati della spesa per l'area Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora a livello di Regione e di Provincia autonoma, si confermano le tendenze già emerse negli anni precedenti, e in particolare il gap tra chi spende di più - le Regioni a Statuto speciale (escluse Sicilia e Valle d'Aosta) e le Province autonome - e chi spende di meno - le Regioni a Statuto ordinario (escluso il Lazio). In termini di spesa *pro capite* si va dai 29 Euro della Provincia autonoma di Trento ai 47 Euro della Sardegna, per quanto riguarda il gruppo di chi spende di più; tra chi spende di meno si segnalano Calabria, Molise, Marche, Abruzzo e Umbria, con valori che non superano gli 8 Euro *pro capite*. Le Regioni a Statuto ordinario del Centro nord sostengono una spesa *pro capite* che è di circa due volte e mezza quella delle Regioni meridionali, un divario non facilmente spiegabile se si considera che la povertà relativa e assoluta è più elevata nel Meridione che nel resto d'Italia. L'Emilia-Romagna, con una spesa *pro capite* di 12 Euro, si colloca di poco sotto la media nazionale (*Tabella 39*).

¹⁸⁹ Qualora un soggetto (o una famiglia) risulti beneficiario di interventi riconducibili a più di un'area di utenza, la scelta dell'area dipende dal motivo prevalente dell'intervento.

Tabella 39. Spesa* per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati nell'area di utenza Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora per Regione e ripartizione geografica. Anno 2009 (valori assoluti, percentuali e *pro capite***)

Regioni e ripartizioni geografiche	Valori assoluti (€)	Valori percentuali	Pro capite (€)
Piemonte	46.128.775	8,0	17
Vale d'Aosta	360.845	0,1	4
Liguria	18.144.968	3,1	19
Lombardia	87.480.960	15,1	14
Provincia autonoma Bolzano	9.720.333	1,7	31
Provincia autonoma Trento	9.555.589	1,7	29
Veneto	32.943.121	5,7	11
Friuli Venezia Giulia	29.021.845	5,0	38
<i>Emilia-Romagna</i>	<i>32.141.993</i>	<i>5,6</i>	<i>12</i>
Toscana	42.245.232	7,3	18
Umbria	4.559.306	0,8	8
Marche	7.038.927	1,2	7
Lazio	103.276.819	17,8	29
Abruzzo	4.218.291	0,7	5
Molise	598.263	0,1	3
Campania	41.131.449	7,1	11
Puglia	25.057.214	4,3	10
Basilicata	3.069.168	0,5	8
Calabria	3.560.844	0,6	3
Sicilia	27.067.978	4,7	9
Sardegna	51.214.494	8,9	47
Nord ovest	152.115.548	26,3	15
Nord est	113.382.881	19,7	16
Centro	157.120.284	27,1	21
Sud	77.635.229	13,3	9
Isole	78.282.472	13,6	18
Italia	578.536.414	100,0	15

* Spesa in conto corrente di competenza impegnata nel 2009, al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio sanitario nazionale. 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 da cooperative sociali), la spesa è data dai costi dell'affidamento del servizio a terzi (spesa gestita indirettamente).

** Rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento (residenti di età compresa tra i 18 e i 65 anni).

Fonte: ISTAT. *Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2009.*

Su una spesa sociale netta complessiva in Emilia-Romagna di 761 milioni di Euro, la quota formalmente allocata all'area Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora ammontava nel 2009 a 32.141.993 Euro, pari al 4,2% del totale. Nei quattro anni dal 2006 al 2009, essa è aumentata in termini nominali del 33,9%. Ancora più di quanto si verifichi a livello nazionale, gli interventi a contrasto della povertà in Emilia-Romagna sono minoritari rispetto a quelli rivolti a favore delle aree Famiglia e minori, Anziani e Disabili: la prima delle tre assorbe stabilmente circa la metà della spesa totale, mentre i valori delle altre due sono rispettivamente del 17,8 e del 16% (*Tabella 40*).

Circa un terzo della spesa sociale in Regione a contrasto della povertà riguarda i trasferimenti in denaro a favore delle famiglie (34,6%) e, in particolare, i contributi economici a integrazione del reddito familiare e a sostegno delle spese di alloggio. Per il totale dei trasferimenti in *cash* si registra nell'arco dell'ultimo anno un incremento nominale del 78%, da 6,2 milioni di Euro del 2008 a 11,1 milioni di Euro del 2009. Un'altra componente significativa di spesa, che sfiora il 40%, è costituita da interventi e servizi che includono principalmente attività di servizio sociale e professionale, interventi e servizi educativi-assistenziali e per l'inserimento lavorativo. Dal 2008 al 2009 questa macro-tipologia di interventi passa da 11,3 a 12,7 milioni di Euro. La terza macro-tipologia di prestazioni infine, pari al 26% circa del totale, consiste nell'accoglienza in strutture residenziali, divise fra dormitori per persone senza fissa dimora, strutture che offrono un alloggio più duraturo a persone senza fissa dimora e altre strutture residenziali per adulti con problematiche socio-economiche (*Tabella 41*).

Differenziando per ambito provinciale, si nota che la spesa sociale in Regione per l'area Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora va da un minimo di 1,2 milioni di Euro nella provincia di Forlì Cesena a un massimo di 8,2 nella provincia capoluogo (*Tabella 42*). Rispetto al 2008 (dati non riportati in tabella), la spesa è aumentata in termini nominali soprattutto nella provincia di Rimini (+65%) e in quelle di Piacenza, Bologna e Modena, con incrementi nell'ordine del 25-30%, mentre l'aumento è stato più limitato nelle province di Reggio Emilia (+17%), Ferrara e Ravenna (+9%) e Forlì Cesena (+6%). Una riduzione assoluta del 12% circa è stato invece registrato nella provincia di Parma. A livello *pro capite* la spesa ha oscillato in quasi tutte le province tra i 10 e i 14 Euro, con le sole eccezioni di Forlì Cesena, dove la spesa *pro capite* è stata di 5,1 Euro, e Rimini, in cui la spesa *pro capite* ha raggiunto i 21,2 Euro.

La distribuzione territoriale della spesa *pro capite* a favore del *target* di utenza Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora riflette solo in parte quella della spesa *pro capite* complessiva. Come mostra la Figura 16 disaggregata a livello di Distretto, le province di Bologna e Modena da un lato e quella di Forlì Cesena dall'altro si confermano, anche a livello distrettuale, tra i territori con la spesa sociale *pro capite* rispettivamente più elevata e più bassa. Viceversa, la provincia di Rimini, che - si è visto - esibisce il maggiore valore di spesa *pro capite* per gli interventi a contrasto della povertà e del disagio adulto, ha livelli di spesa complessiva relativamente bassi.

Tabella 40. Spesa* per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati in Emilia-Romagna per area di intervento. Serie storica 2006-2009 (valori assoluti, ripartizione percentuale sul totale dell'area di intervento e valori *pro capite***)

Area di intervento	Anno 2006			Anno 2007			Anno 2008			Anno 2009		
	Spesa (€)	Valore %	Spesa <i>pro capite</i> (€)	Spesa (€)	Valore %	Spesa <i>pro capite</i> (€)	Spesa (€)	Valore %	Spesa <i>pro capite</i> (€)	Spesa (€)	Valore %	Spesa <i>pro capite</i> (€)
Famiglia e Minori	309.444.750	48,7	73,6	332.449.368	47,9	78,2	363.311.740	50,2	84,4	375.262.136	49,3	86,1
Disabili	96.612.224	15,2	23,0	109.533.442	15,8	25,8	108.847.795	15,0	25,3	121.525.543	16,0	27,9
Dipendenze	4.435.421	0,7	1,1	4.570.284	0,7	1,1	6.331.391	0,9	1,5	4.727.386	0,6	1,1
Anziani	136.667.087	21,5	32,5	150.070.903	21,6	35,3	140.133.659	19,4	32,5	135.061.574	17,8	31,0
Immigrati	18.192.115	2,9	4,3	20.006.815	2,9	4,7	21.334.220	2,9	5,0	25.131.645	3,3	5,8
Povert�, disagio adulti e senza fissa dimora	23.989.090	3,8	5,7	25.304.460	3,6	6,0	26.496.022	3,7	6,2	32.141.993	4,2	7,4
Multiutenza	45.806.547	7,2	10,9	52.022.302	7,5	12,2	57.003.147	7,9	13,2	66.846.888	8,8	15,3
Totale RER	635.147.234	100	151,0	693.957.574	100	163,3	723.457.974	100	168,0	760.697.165	100	174,6

* Spesa in conto corrente di competenza impegnata nel 2009, al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio sanitario nazionale. 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 da cooperative sociali), la spesa   data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente).

** Rapporto tra la spesa e la popolazione totale (valore medio dell'anno).

Fonte: Regione Emilia-Romagna/ISTAT. *Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati.*

Tabella 41. Spesa* dei Comuni singoli e associati dell'Emilia-Romagna nell'area Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora, per macro-tipologia di interventi - Anno 2009 (valori assoluti, percentuali e *pro capite****)

Macro-tipologia di interventi	Valori assoluti (€)	Valori %	Pro capite (€)
<i>Interventi e servizi</i>			
Attività di servizio sociale professionale di cui:	5.263.469	16,4	1,9
Servizio sociale professionale	3.980.071		
intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	1.185.328		
Integrazione sociale di cui:	2.067.083	6,4	0,7
interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	1.746.916		
attività ricreative sociali e culturali	290.844		
Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo di cui:	3.456.491	10,8	1,3
interventi per persone con disagio mentale	316.434		
interventi per persone senza fissa dimora	263.764		
interventi per tutte le altre categorie del disagio adulti	2.876.293		
Assistenza domiciliare di cui:	1.228.108	3,8	0,4
assistenza domiciliare socio-assistenziale	881.863		
voucher, assegno di cura, buono sociosanitario	133.606		
Servizi di supporto di cui:	769.881	2,4	0,3
mensa	439.936		
<i>Trasferimenti in denaro</i>			
Contributi economici di cui:	11.134.263	34,6	4,1
buoni spesa o buoni pasto	451.901		
contributi economici per alloggio	2.740.116		
contributi economici a integrazione del reddito familiare	6.230.154		
contributi generici ad enti e associazioni sociali	790.318		
<i>Strutture</i>			
Strutture a ciclo diurno o semiresidenziale di cui:	1.819.664	5,7	0,7
Centri diurni per persone con disagio mentale	1.088.226		
Strutture comunitarie e residenziali di cui:	6.261.307	19,5	2,3
dormitori per persone senza fissa dimora	2.826.138		
strutture residenziali per le altre categorie del disagio adulti	1.502.540		
Pronto intervento sociale (unità di strada, ecc.)	141.727	0,4	0,1
Totale	32.141.993	100,0	11,8

Legenda Tabella 41

* Spesa in conto corrente di competenza impegnata nel 2009, al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio sanitario nazionale. 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 da cooperative sociali), la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente).

** Rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento (residenti di età compresa tra i 18 e i 64 anni).

Fonte: Regione Emilia-Romagna/ISTAT. *Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2009.*

Tabella 42. Spesa* dei Comuni singoli e associati dell'Emilia-Romagna nell'area Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora per Provincia. Anno 2009 (valori assoluti, percentuali e *pro capite***)

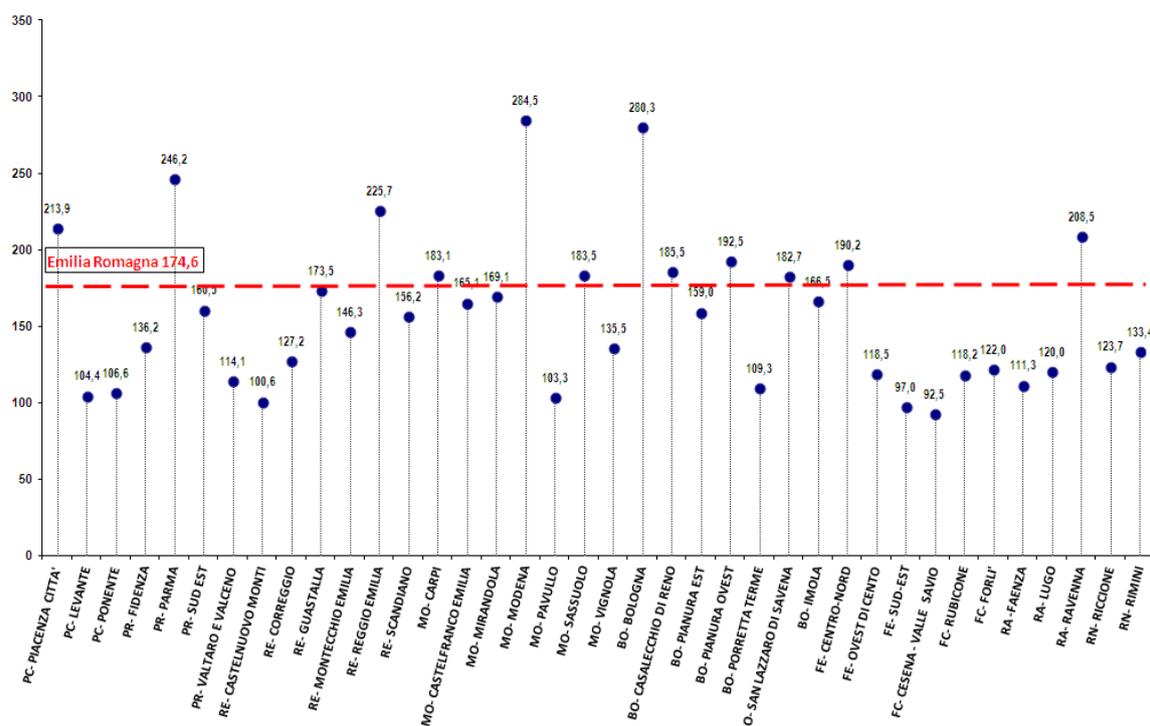
Provincia	Valori assoluti (€)	Valori percentuali	Pro capite (€)
Piacenza	1.817.362	5,6	10,4
Parma	2.699.703	8,4	10,0
Reggio Emilia	3.292.293	10,2	10,1
Modena	5.554.079	17,3	12,8
Bologna	8.230.258	25,6	13,6
Ferrara	2.184.281	6,8	9,9
Ravenna	3.025.144	9,4	12,7
Forlì Cesena	1.242.056	3,9	5,1
Rimini	4.096.817	12,8	21,2
Totale	32.141.993	100,0	11,9

* Spesa in conto corrente di competenza impegnata nel 2009, al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio sanitario nazionale. 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 es. da cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente).

** Rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento (residenti di età compresa tra i 18 e i 64 anni).

Fonte: Regione Emilia-Romagna/ISTAT. *Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2009.*

Figura 16. Spesa *pro capite** per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati dell'Emilia-Romagna per Distretto (tutte le aree di utenza). 2009



* Rapporto tra la spesa e la popolazione totale (valore medio dell'anno).

Fonte: Regione Emilia-Romagna/ISTAT. *Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2009.*

5.4.2. Verifica della condizione economica e politiche a sostegno del reddito: limiti e potenzialità

Come detto, l'Indagine ISTAT suddivide la spesa sociale complessiva in sette aree a seconda del tipo di intervento o della categoria di utenti dei servizi: Famiglia e minori; Disabili; Dipendenze; Anziani; Immigrati e nomadi; Povertà, disagio adulti e senza dimora; Multiutenza. Questa convenzione permette di associare le varie componenti della spesa complessiva alle diverse azioni di *policy*: le politiche regionali destinate a chi si trova in una condizione di grave disagio economico rientrano, appunto, nell'area Povertà, disagio adulti e senza dimora.

Per delimitare in modo più comprensivo il perimetro di azione delle politiche di sostegno del reddito può essere tuttavia utile provare a individuare i servizi o interventi formalmente imputati ad aree diverse da quella in esame ma che esercitano, al pari degli interventi riconducibili all'area della povertà, un impatto redistributivo sul reddito delle famiglie. Il criterio di scelta adottato nella presente ricerca è stato quello di enucleare le tipologie di prestazioni delle aree Famiglia e minori, Disabili, Dipendenze, Anziani, Immigrati, la cui erogazione o il grado di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti è subordinato alla verifica della condizione economica (tramite ISEE o altri criteri di selettività). In particolare, sono state considerate le

tipologie di prestazione per la cui fornitura il 25-30% almeno degli Enti locali ha dichiarato, nell'ambito dell'Indagine ISTAT, di ricorrere alla verifica della situazione economica del richiedente.

Tabella 43. Spesa* dei Comuni singoli e associati dell'Emilia-Romagna subordinata alla verifica della condizione economica, per area di utenza (esclusa Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora) e macro-tipologia di intervento. Anno 2009 (valori assoluti)

Macro-tipologia di intervento	Area di utenza				
	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati
<i>Interventi e servizi</i>					
Attività di servizio sociale professionale	1.076.151	-	-	467.601	172.963
Integrazione sociale	-	-	-	-	-
Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo	-	-	-	-	-
Assistenza domiciliare	634.476	6.536.587	54.107	45.443.546	6.853
Servizi di supporto	-	129.022	-	139.810	-
<i>Trasferimenti in denaro</i>					
Contributi economici	41.161.607	8.131.741	901.550	8.661.470	5.070.802
<i>Strutture</i>					
Strutture a ciclo diurno e semiresidenziale	206.984.463	14.079.734	261.438	14.660.482	-
Strutture comunitarie e residenziali	53.106.233	16.695.410	289.119	42.700.339	5.591.815
Pronto intervento sociale	-	-	-	-	-
Totale	302.962.930	45.572.494	1.506.214	112.073.248	10.842.433

* Spesa in conto corrente di competenza impegnata nel 2009, al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio sanitario nazionale. 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 da cooperative sociali), la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente).

Fonte: Regione Emilia-Romagna/ISTAT. *Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2009.*

Come risulta evidente dalla Tabella 43, la quota di spesa sociale complessiva erogata subordinatamente alla verifica della condizione economica degli utenti o a una loro compartecipazione al costo è di dimensioni notevolissime, anche non considerando quella che rientra nell'area Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora (che è esclusa dalla tabella). Sommando gli importi totali di spesa per ciascuna area di intervento si raggiunge la cifra ragguardevole di 473 milioni di Euro, pari al 62% della spesa complessiva per interventi e servizi sociali erogati in Emilia-Romagna. Se a questa cifra si sommano i 32,1 milioni di Euro devoluti all'area della povertà, si arriva a un importo di 505 milioni di Euro, equivalente al 66% della spesa totale.

Che tale importo sia così elevato non è sorprendente: è sufficiente notare che, al pari delle prestazioni monetarie di cui è titolare lo Stato (pensioni sociali, pensioni agli invalidi civili, integrazioni al minimo delle pensioni, ecc.), la fornitura locale di servizi sociali rientra a pieno titolo nelle politiche per l'assistenza - politiche che, avendo come obiettivo distintivo quello di esercitare una funzione di contrasto della povertà, cura della non autosufficienza e sostegno delle responsabilità familiari, in linea di massima non dovrebbero prescindere dalla verifica della situazione economica dei potenziali utenti (*means-testing*).

Una seconda ragione che spiega perché la spesa *means tested*, anche senza includere quella mirata al *target* dei poveri e del disagio adulto, è così elevata ha a che fare con il grande peso economico che rivestono singole voci. Una di queste rientra nella macro-tipologia "interventi e servizi per assistenza domiciliare": si tratta dei servizi rivolti a persone con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che necessitano di interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio; la spesa di queste prestazioni è stimabile in 29,6 milioni di Euro, una cifra di per sé molto vicina alla spesa complessiva destinata alla lotta alla povertà (32,1 milioni di Euro). Un peso rilevante è anche giocato dai contributi economici per l'alloggio da un lato, e a integrazione del reddito familiare (come ad esempio i contributi per madri sole) dall'altro, che assorbono rispettivamente 21,8 e 23,6 milioni di Euro. Per quanto riguarda la macro-tipologia "strutture", si devono ricordare in primo luogo le "strutture a ciclo diurno e semiresidenziale" gestite direttamente dai comuni o affidate in convenzione a soggetti esterni, in cui rientrano il servizio per la prima infanzia (0-3 anni), ossia gli asili nido pubblici, i micronidi, gli asilo nidi aziendali, le "sezioni primavera"¹⁹⁰ e i nidi integrati, la cui spesa è stimabile in 194,3 milioni di Euro; in secondo luogo, i centri diurni, ossia centri sociali di tipo aperto, che svolgono attività di sostegno, socializzazione e recupero per persone con disabilità, anziani, tossicodipendenti o altre persone con disagio sociale, che comportano una spesa di 32,7 milioni di Euro; nella voce "strutture comunitarie e residenziali" si segnalano le strutture di (pronta) accoglienza atte a fornire servizi di carattere assistenziale, prestazioni di tipo culturale-ricreativo e sanitario-riabilitative (case famiglia, case riposo per anziani, centri di accoglienza per immigrati, residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili, nuclei Alzheimer presso RSA per anziani, ecc.): per queste prestazioni il consuntivo 2009 indica una spesa di 118,3 milioni di Euro.

¹⁹⁰ Per "sezioni primavera" si intendono le sezioni per bambini di 24-36 mesi aggregate alle scuole dell'infanzia.

Non è tra gli obiettivi di questa ricerca individuare un criterio alternativo a quello convenzionale dell'ISTAT per classificare gli interventi e i servizi sociali destinati alla lotta alla povertà e al disagio socio-economico.¹⁹¹ È tuttavia utile richiamare l'attenzione sul fatto che, essendo la quota di spesa sociale *means-tested* pari ai due terzi della spesa complessiva, l'adozione di appropriati criteri di selettività economica diventa cruciale ai fini dell'efficacia redistributiva della spesa stessa. Ciò appare tanto più vero quando più diffuso è l'uso da parte delle Amministrazioni locali di criteri di selettività non uniformi tra loro a parità di intervento o servizio erogato, o l'applicazione da parte del singolo Ente locale di criteri di selettività eterogenei a seconda della prestazione fornita. Sotto questo profilo l'introduzione ormai da più di un decennio dell'indicatore della situazione economica equivalente ha molto innovato e migliorato i sistemi di selettività all'accesso e le modalità di calcolo del grado di compartecipazione al costo della fornitura della prestazione da parte dell'utenza, sia perché i criteri pre-esistenti erano fondati su un metro di misura largamente insoddisfacente e poco affidabile (il reddito imponibile IRPEF) a causa dei noti problemi di erosione ed evasione fiscale che affliggono la tassazione del reddito personale, sia per avere ricondotto la pleora di criteri di selettività impiegati localmente prima della riforma all'interno di una normativa quadro nazionale.

L'applicazione dell'ISEE ha peraltro fatto emergere, accanto alle potenzialità dello strumento, alcune criticità che ne hanno depotenziato la capacità selettiva e hanno indotto il legislatore a intraprendere un percorso di revisione del disegno originario. Per quanto riguarda le criticità, esse attengono sia alle modalità di calcolo dell'indicatore - la mancata inclusione nella componente reddituale dei redditi esenti IRPEF e l'eccessivo importo delle franchigie patrimoniali, che ha comportato una forte sottovalutazione della ricchezza e l'incapacità di cogliere correttamente l'effettiva condizione di bisogno di prestazioni sociali agevolate da parte degli utenti -, sia alla definizione adottata di nucleo familiare, che ha impedito una corretta differenziazione dell'indicatore per le diverse tipologie di prestazioni e ha favorito l'insorgere di comportamenti opportunistici, con particolare riferimento ai servizi di cura dei minori (asili nido) e degli anziani non autosufficienti (IRS, 2011a).

La Legge n. 214/2011, di conversione del cosiddetto Decreto Salva Italia del dicembre 2011, ha fissato alcuni criteri generali di revisione degli aspetti più problematici dell'ISEE, che vanno nelle direzioni auspicate da tempo dagli studiosi in materia: inclusione dei redditi fiscalmente esenti nel calcolo della componente reddituale; miglioramento della capacità selettiva dell'ISEE tramite una maggiore valorizzazione del patrimonio; differenziazione dell'indicatore a seconda del tipo di

¹⁹¹ Un tentativo di ridefinire le politiche regionali di lotta alla povertà in modo più ampio di quanto faccia l'ISTAT è contenuto nel Rapporto 2011 della Caritas italiana - Fondazione E. Zancan (2011). Il Rapporto stima in 145,8 milioni di Euro la spesa sociale dei Comuni dell'Emilia-Romagna destinata nel 2008 a tale scopo, di cui 26,5 milioni corrispondono alla spesa stimata dall'ISTAT per l'area di utenza Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora, mentre i rimanenti 119,3 milioni sarebbero quelli destinati alle persone "con disagio economico". L'importo totale di 145,8 milioni di Euro è poi ripartito tra le diverse aree di utenza, recuperando la tassonomia originaria dell'ISTAT a sette aree. Il Rapporto non illustra tuttavia i criteri alla base di questa riclassificazione.

intervento per renderne più flessibile l'applicazione; potenziamento del sistema dei controlli; opportunità di arrestare la tendenziale proliferazione di ISEE regionali, in assenza di una riforma che stabilisca che l'applicazione dell'ISEE costituisce un livello essenziale delle prestazioni.

L'atteso DPCM che dovrebbe segnare l'avvio della riforma nel corso del 2013-2014, è destinato a recepire buona parte di quanto disposto dalla Legge n. 214/2011. Se il testo del decreto messo a punto dagli organi tecnici del Ministero del lavoro e delle politiche sociali nel 2012 verrà sostanzialmente confermato e quindi approvato dal Governo insediatosi nell'aprile 2013, il nuovo ISEE dovrebbe presentare le caratteristiche di seguito indicate.

Oltre a quanto anticipato sopra, terrà conto dell'eventuale presenza di disabili in famiglia, che darà diritto a godere di una franchigia che distinguerà tra disabilità media, grave e non autosufficienza. Ai fini del calcolo dell'ISEE degli anziani non autosufficienti che chiedono servizi residenziali di cura, si prenderà in considerazione la presenza dei figli non più appartenenti al nucleo familiare dell'assistito, mentre per le prestazioni non residenziali il nucleo sarà definito in senso strettamente individuale. Il calcolo della componente patrimoniale sarà aggiornato per tenere conto delle valorizzazioni introdotte ai fini IMU e saranno ridotte le franchigie patrimoniali, sia mobiliari sia immobiliari. Sono previste nuove maggiorazioni della scala di equivalenza per dare più peso alle famiglie numerose con figli minori, in particolare nel caso in cui questi abbiano meno di tre anni. Il calcolo dell'indicatore sarà inoltre differenziato a seconda della tipologia di prestazioni, anche se non è dato sapere che margini di autonomia avranno gli Enti locali per introdurre eventuali modifiche all'impianto generale. Sul piano dei controlli, verrà potenziata l'attività sia *ex ante* sia *ex post* e l'Agenzia delle entrate effettuerà controlli sostanziali della posizione reddituale e patrimoniale dei nuclei familiari dei soggetti beneficiari di prestazioni, secondo liste selettive.

Sebbene il travagliato iter del citato DPCM - previsto per l'estate 2012 ma non ancora emanato - non possa dirsi compiuto, l'imminente revisione dell'ISEE dovrebbe contribuire a migliorare l'ancora scarsa efficacia redistributiva del sistema di *welfare* italiano, mitigandone gli aspetti di categorialità esistenti e potenziando l'equità verticale e orizzontale della spesa (Baldini, Toso, 2013). La riforma non interesserà i criteri di selettività sottostanti la fornitura delle prestazioni assistenziali di cui è titolare il governo nazionale, che rimarranno subordinate a un *means-testing* basato sul reddito dichiarato a fini fiscali (IRPEF), ma coinvolgerà larga parte degli interventi e dei servizi sociali forniti in sede locale, già attualmente condizionati all'ISEE. Per queste ragioni sarebbe auspicabile che venissero approntati idonei sistemi di monitoraggio della riforma, sia per censire il complesso delle prestazioni a cui si applicherà l'indicatore modificato, sia per valutare l'impatto della riforma sui bilanci degli Enti locali e sull'equità del sistema. Questo potrebbe permettere anche di stimare gli effetti distributivi che il passaggio al nuovo indicatore produrrà sull'utenza in condizioni di maggiore disagio economico.

La revisione dell'ISEE e la sperimentazione nel 2013 di una nuova *social card* nelle città con più di 250.000 abitanti (che interesserà quindi anche il Comune di Bologna) possono stimolare un'attività progettuale di riordino dei servizi locali e/o di migliore coordinamento delle misure vigenti a livello comunale con istituti nazionali di prossima introduzione, qualora la sperimentazione della nuova *social card* desse esito positivo e si procedesse con la sua messa a regime.

5.5. Conclusioni

I principali risultati a cui si è giunti in questa parte della ricerca possono essere così riassunti.

- Nell'insieme delle Regioni italiane, l'Emilia-Romagna si conferma come una delle aree meno povere, sia che si considerino indicatori di povertà tradizionali, di tipo relativo e/o assoluto, sia che si faccia ricorso a misure multidimensionali, come gli indicatori di deprivazione materiale, sia infine che si adotti l'indicatore sintetico di povertà o di esclusione sociale della Strategia europea 2020. I dati relativi all'ultimo quinquennio mostrano una sostanziale stabilità dell'incidenza della povertà relativa e dell'indicatore che misura la bassa intensità di lavoro; nel corso del 2011 si registra invece un significativo incremento della deprivazione materiale grave. L'effetto combinato di questi fattori determina un aumento dell'indicatore sintetico di povertà o di esclusione sociale per l'Emilia-Romagna di circa 2 punti percentuali assoluti. L'incremento è in linea - ma inferiore - con quello che si verifica a livello nazionale e interrompe la serie stazionaria precedente. Che ci si trovi di fronte a un punto di svolta rispetto al passato, anche in relazione all'impatto che la crisi economica sta avendo sul tenore di vita delle famiglie, è tuttavia ancora impossibile da accertare. Solo le evidenze empiriche successive potranno confermare se l'andamento più recente di alcuni indicatori distributivi troverà ulteriore convalida.
- Le politiche pubbliche per l'assistenza, di cui quelle di contrasto della povertà sono una componente essenziale, si caratterizzano in Italia per alcuni limiti strutturali. Oltre alla carenza di risorse finanziarie, questi limiti riguardano la mancanza di un programma universale di contrasto alla povertà, l'elevata disparità territoriale nell'entità degli interventi e servizi socio-assistenziali dei Comuni, l'adozione di criteri di selettività insoddisfacenti e la conseguente, deludente *performance* redistributiva della spesa complessiva. Un giudizio negativo va dato in particolare alla Carta acquisti (*social card*), rivelatasi scarsamente efficace nel contrastare le situazioni di povertà più estrema. I limiti della *social card* appaiono difficilmente sanabili, a meno di una sua riforma strutturale. Il tema della riforma della Carta acquisti è stato ripreso dal Governo Monti, che ha disposto la sperimentazione nel 2013 di una nuova *social card* di durata annuale nei soli Comuni con almeno 250.000 abitanti. La sperimentazione si inserisce in una prospettiva di riforma complessiva del sistema di *welfare* che affida alle Regioni un ruolo centrale nell'organizzazione dei servizi e dei progetti.
- L'analisi retrospettiva delle esperienze regionali più significative in tema di reddito minimo mette in luce come tali esperienze, al di là di singole peculiarità, presentano un connotato comune, quello di non riuscire a consolidarsi, dopo un periodo più o meno lungo di sperimentazione, come un vero e proprio diritto di cittadinanza. Alla luce di tali esperienze, si ritiene che l'introduzione di un programma di reddito minimo non possa che basarsi su un'intesa strategica fra Stato, che definirà i livelli essenziali della misura, e Regioni ed Enti locali, a cui spetterà l'organizzazione e la gestione effettiva del programma. Esso non dovrà essere gestito da Comuni piccoli o medio-piccoli, privi delle competenze professionali e della rete territoriale necessaria. Essenziale è che l'introduzione di tale programma sia monitorata in modo adeguato, per poter procedere ad eventuali aggiustamenti e correzioni in corso d'opera, sempre tramite il sostegno degli Enti locali più grandi.

- La spesa sociale netta destinata nel 2009 all'area Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora in Emilia-Romagna ammonta a 32,1 milioni di Euro, pari al 4,2% del totale. Ancora più di quanto si verifichi a livello nazionale, gli interventi di contrasto della povertà in Emilia-Romagna sono minoritari rispetto a quelli rivolti a favore delle aree Famiglia e minori, Anziani e Disabili. Circa un terzo della spesa sociale in Regione destinata all'area della povertà riguarda trasferimenti in denaro a favore delle famiglie, in particolare contributi economici a integrazione del reddito familiare e a sostegno delle spese di alloggio. Una seconda componente di spesa, che sfiora il 40%, è costituita da interventi e servizi che includono principalmente attività di servizio sociale e professionale, interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo. Un quarto circa del totale è assorbito, infine, dalla terza macro-tipologia di prestazioni, che consiste nell'accoglienza in strutture residenziali.
- Per delimitare in modo più comprensivo il perimetro di azione delle politiche di sostegno del reddito, si è cercato di individuare quei servizi o interventi formalmente imputati ad aree diverse da quella della povertà ma che esercitano un impatto redistributivo al pari degli interventi riconducibili a quest'ultima. Il criterio di scelta adottato è stato di enucleare le prestazioni la cui erogazione o il grado di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti è subordinato alla verifica della condizione economica. La spesa sociale complessiva così ridefinita è di dimensioni notevoli: sommando gli importi per ciascuna area di intervento (esclusa l'area della povertà) si raggiungono circa 470 milioni di Euro, pari al 62% della spesa complessiva netta per interventi e servizi sociali erogati in Emilia-Romagna.
- Considerati gli ordini di grandezza degli interventi regionali *means-tested*, ai fini dell'efficacia redistributiva della spesa si rivela cruciale l'adozione di criteri di selettività economica appropriati. L'imminente revisione dell'ISEE dovrebbe contribuire a migliorare l'ancora scarsa efficacia redistributiva del *welfare* italiano. La riforma non interesserà i criteri di selettività sottostanti la fornitura delle prestazioni assistenziali di cui è titolare il governo nazionale, che rimarranno subordinate a un *means-testing* basato sul reddito dichiarato a fini fiscali (IRPEF), ma coinvolgerà larga parte degli interventi e dei servizi sociali forniti in sede locale, già attualmente condizionati all'ISEE. Per queste ragioni è auspicabile che la Regione si doti di idonei sistemi di monitoraggio della riforma, sia per censire eventuali margini di autonomia in sede di applicazione del nuovo indicatore, sia per valutare l'impatto che il nuovo ISEE potrà avere sui bilanci degli Enti locali e sull'equità del sistema.

Riferimenti bibliografici del Capitolo 5

- Antuofermo M, Di Meglio E. Population and Social Conditions. 23% of EU citizens were at risk of poverty or social exclusion in 2010. *Eurostat. Statistics in focus*, n. 9/2012.
<http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-statistics-in-focus/-/KS-SF-12-009>
(ultimo accesso giugno 2015)
- Baldini M. Fisco e famiglia alla prova dell'equità. Relazione al Convegno "Redditi, lavoro e famiglie. Disuguaglianze, politiche redistributive al tempo della crisi", Modena, Fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali, 23-24 novembre 2012.
http://www.fondazionegorrieri.it/UserFiles/File/Baldini_24nov2012.pdf
(ultimo accesso giugno 2015)
- Baldini M, Toso S. Sostegno del reddito e lotta alla povertà: le politiche pubbliche in tempo di crisi. In Zanardi A. (a cura di). *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2013*. Bologna, Il Mulino, 2013.
- Banca d'Italia. *L'economia dell'Emilia-Romagna*. Serie "Economie Regionali", Bologna, giugno 2012.
- Banca d'Italia. *Bollettino economico*, n. 72, aprile 2013.
- Caritas - Fondazione E. Zancan. *Rapporto 2011 su povertà ed esclusione sociale*. Bologna, Il Mulino, 2011.
- Commissione di indagine sull'esclusione sociale. *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale. Anno 2009*. Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2009.
<http://www.lavoro.gov.it/AreaSociale/Inclusione/Documents/RAPPORTODEFINITIVO2009.pdf>
(ultimo accesso giugno 2015)
- Commissione di indagine sull'esclusione sociale. *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale. Anni 2011-2012*. Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2012.
http://www.lavoro.gov.it/Documents/Resources/Lavoro/CIES/RAPPORTO_2011_2012_Fabbris.pdf
(ultimo accesso giugno 2015)
- Eurostat. At risk of poverty or social exclusion in the EU27. In 2011, 27% of children aged less than 18 were at risk of poverty or social exclusion. Risk of poverty decreases with increasing education level of parents. *Eurostat Newsrelease*, STAT/13/28, 26 February 2013.
http://europa.eu/rapid/press-release_STAT-13-28_en.pdf (ultimo accesso giugno 2015)
- Gori C, Baldini M, Ciani E, Pezzana P, Sacchi S, Spano P, Trivellato U. *Per un piano nazionale contro la povertà assoluta*. Roma, Carocci, 2010.
- Guerra MC. L'agenda del governo sull'assistenza sociale. *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 8, agosto 2012.
- Guerzoni L. (a cura di). *La riforma del welfare. Dieci anni dopo la "Commissione Onofri"*. Bologna, Il Mulino, 2008.
- IRS Istituto per la ricerca sociale. ISEE: selettività ed equità nell'accesso alle prestazioni sociali. *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 16-18 (numero speciale), 2011a.

- IRS Istituto per la ricerca sociale. Disegniamo il welfare di domani. Una proposta di riforma dell'assistenza attuale e fattibile. *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 20-22 (numero speciale), 2011b.
- ISTAT. *La misura della povertà assoluta*. Collana Metodi e norme, n. 39, 2009.
- ISTAT. Indagine sugli interventi e servizi sociali dei Comuni singoli o associati. Anno 2009. 2012a. <http://www.istat.it/it/archivio/59169> (ultimo accesso giugno 2015)
- ISTAT. *La povertà in Italia. Anno 2012*. Statistiche, Report, 2012b.
- ISTAT. *La soddisfazione dei cittadini per le condizioni di vita*. Statistiche, Report, 2012c.
- ISTAT. *Reddito e condizioni di vita. Anno 2011*. Statistiche, Report, 2012d.
- Ranci Ortigosa E. Il reddito minimo di inserimento. In Guerzoni L. (a cura di). *La riforma del welfare. Dieci anni dopo la "Commissione Onofri"*. Bologna, Il Mulino, 2008.
- Ranci Ortigosa E. Audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla riforma fiscale e assistenziale (A.C. 4566). Camera dei Deputati, Commissioni riunite Finanze e Affari sociali, Roma, 9 novembre 2011.
- Schizzerotto A. Famiglia e povertà: l'esperienza trentina del "reddito di garanzia" e della sua valutazione. Relazione al Convegno "Redditi, lavoro e famiglie. Disuguaglianze, politiche redistributive al tempo della crisi", Modena, Fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali, 23-24 novembre 2012.
http://www.fondazionegorrieri.it/UserFiles/File/Schizzerotto_24nov2012.pdf
(ultimo accesso giugno 2015)
- Spano P, Trivellato U, Zanini N. Le esperienze italiane di misure di contrasto della povertà: che cosa possiamo imparare? Mimeo, marzo 2013.
- Trivellato U. *Social card: vogliamo farla seriamente?* *www.lavoce.info*, 22 marzo 2011.
<http://www.lavoce.info/archives/26828/social-card-vogliamo-farla-seriamente/>
(ultimo accesso giugno 2015)
- Veneto Lavoro. Le principali esperienze italiane in materia di Reddito minimo d'inserimento (Rmi) e di Reddito di ultima istanza (Rui). Rapporto n. 3. Documentazione relativa a reddito di cittadinanza e salario minimo garantito. Studio di fattibilità per un intervento regionale in tema di reddito di cittadinanza e salario minimo garantito, Venezia, ottobre 2009.

6. Interventi a favore della famiglia e dell'infanzia¹⁹²

6.1. Introduzione

La Regione Emilia Romagna ha investito negli anni molte risorse nell'area famiglia e infanzia, considerandola una priorità per le politiche regionali. La Legge n. 14/2008 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni" rappresenta l'impegno che la Regione ha messo nella strutturazione di politiche inclusive che accompagnino la crescita delle giovani generazioni. Tra i principali obiettivi va sottolineato che la legge collega e integra le politiche per i bambini, i ragazzi e i giovani evitando cesure e interruzioni innaturali; è nei fatti una legge unica per minorenni e over18enni, fasce di età tradizionalmente separate nella produzione normativa e nell'organizzazione dei servizi; ciò vuole sottolineare l'esigenza di pensare politiche longitudinali, che non sezionino la vita sulla base di motivazioni di natura amministrativa, ma considerino il cammino di ogni persona (temporale, culturale, esistenziale) come un *continuum* che nessuna norma può e deve spezzare. La legge promuove inoltre la trasversalità e il raccordo delle competenze professionali che operano con i ragazzi (sociali, sociosanitarie, educative) e dei servizi pubblici con i soggetti del privato sociale (associazioni e volontariato).

La seconda parte della legge affronta i tanti temi che le politiche per le giovani generazioni comprendono: azioni a favore di bambini e adolescenti, servizi del territorio (tra cui i centri per la famiglia divenuti negli anni un punto di riferimento essenziale per ambiti e Comuni), prevenzione e tutela, diritto alla famiglia e all'accoglienza del bambino, strumenti per l'integrazione delle politiche.

Infine la terza parte contiene principi guida per le politiche giovanili e le azioni e le forme di sostegno per i giovani.¹⁹³

A partire da questa legge quadro, si è reso necessario un ulteriore investimento in termini di risorse proprie destinate alle politiche per l'infanzia e la famiglia. In questa fase la Deliberazione della Giunta regionale n. 378/2010 "Ripartizione, assegnazione e impegno delle risorse del Fondo sociale regionale straordinario ai sensi dell'art. 37 della LR 24/2009. Integrazione risorse del fondo sociale locale di cui alla propria delibera n. 2078/2009" dà respiro a una parte importante delle politiche regionali dedicate all'infanzia e alla famiglia, mettendo a disposizione ulteriori risorse dedicate (il Fondo straordinario).

Come recita la Deliberazione, le motivazioni di questa scelta sono diverse: in primo luogo la difficile congiuntura economica produce un significativo aumento della pressione sui servizi erogati dai Comuni a favore di famiglie e soggetti in situazione di difficoltà; inoltre emerge a

¹⁹² A cura di Diletta Cicoletti, IRS Istituto per la ricerca sociale.

¹⁹³ <http://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/monitor.php?urn=er:assemblealegislativa:legge:2008;14> (ultimo accesso giugno 2015)

livello locale una situazione di forte criticità rispetto ai temi del sostegno alla genitorialità, all'età dell'adolescenza e pre-adolescenza, della prevenzione dai rischi di abbandono o maltrattamento, del potenziamento dell'accoglienza, come evidenziato dagli Enti locali negli Atti di indirizzo e coordinamento triennale e nei Piani di zona per la salute e il benessere sociale nonché in occasione dei diversi momenti di confronto a livello regionale sui temi dell'infanzia e adolescenza; infine la progressiva contrazione dei fondi statali ha prodotto nel 2009 una sensibile riduzione dei trasferimenti agli Enti locali per il finanziamento del sistema integrato degli interventi e servizi sociali.

Attraverso la DGR n. 378 del 2010 la Regione Emilia Romagna indirizza 22 milioni di Euro sul territorio in azioni specificate, sempre seguendo la strada tracciata dalla Legge regionale n. 14/2008. È importante sottolineare che a fronte dell'ampio panorama di azioni portate avanti dalla Regione per costruire politiche giovanili, per l'infanzia e la famiglia, importanti e coerenti sul territorio e strettamente connesse con i problemi e i fenomeni sociali letti dagli operatori e dai programmatori locali, l'approfondimento seguente è dedicato specificamente a un'analisi del Fondo straordinario, cioè di quelle risorse ulteriori che sono state indirizzate a livello locale per rafforzare la programmazione delle azioni rivolte all'infanzia e alla famiglia: l'obiettivo principale dell'approfondimento è quindi comprendere meglio quale contributo il Fondo straordinario ha portato alla programmazione locale.

Il Fondo ha incentivato nuove progettazioni o dato spazio a bisogni o problemi fino ad ora non affrontati? Oppure è stato una risorsa per gestire l'attuale programmazione, per consolidare al meglio i percorsi? In che modo ha inciso sulle politiche locali e sulla programmazione? Quanto il Fondo straordinario è riuscito a sostenere le programmazioni senza produrre effetti di dipendenza dalle risorse stesse? Quale sostenibilità è pensabile per i progetti e i servizi che hanno potuto usufruire di queste risorse *ad hoc*?

A queste e altre domande il presente approfondimento cerca di dare una risposta e nel percorso rileva altre e ulteriori domande che aprono al futuro incerto dei servizi e della programmazione sociale di zona.

6.2. Metodologia di ricerca

L'intero percorso di ricerca si è sviluppato prevalentemente attraverso una analisi di interviste in profondità.¹⁹⁴ Nelle fasi precedenti di ricostruzione dello scenario è stata svolta un'analisi approfondita dei Piani sociali di zona e delle schede di programmazione relative all'area infanzia e responsabilità familiari per tutti gli ambiti scelti. Inoltre insieme al Servizio Politiche familiari infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna è stato rivisto il percorso che ha portato alla costruzione della DGR n. 378/2010 per rafforzare le politiche locali e la programmazione dell'area, dotando i territori di una traccia condivisa per la realizzazione delle azioni nelle aree prioritarie individuate.

¹⁹⁴ Le interviste sono state realizzate da Giselda Rusmini, ricercatrice di IRS Istituto per la ricerca sociale.

La successiva ricerca qualitativa sul campo è stata condotta realizzando le interviste in profondità con responsabili di Ufficio di Piano e direttori di Distretto di 9 territori, selezionando un ambito e un Distretto per ciascuna Provincia.¹⁹⁵ I criteri per la scelta dei territori che potevano essere coinvolti nell'analisi sono stati: la non partecipazione ad altre iniziative laboratoriali organizzate dalla Regione (sono ed erano attivi a livello centrale regionale molti percorsi di ricerca, laboratori di confronto su specifiche azioni), la minore conoscenza diretta rispetto ai processi programmatori territoriali, la rilevanza territoriale in termini di numero di abitanti del Distretto e di posizionamento geografico (sono rappresentati nella scelta Distretti di montagna, pianura e capoluoghi di Provincia). Le interviste sono state realizzate tra maggio e settembre 2012, utilizzando una traccia condivisa con il Servizio Politiche Familiari infanzia e adolescenza della Regione.

Tabella 41. Percorso di ricerca

Fasi	Azioni
Fase 1	Ricognizione del contesto regionale - progettazione del percorso di ricerca Scelta dei casi studio
Fase 2	Analisi desk dei documenti di programmazione Costruzione traccia di intervista per azione di ricerca sul campo
Fase 3	Interviste sul campo e approfondimenti specifici
Fase 4	Restituzione al gruppo regionale delle prime evidenze emerse dalla ricerca
Fase 5	Stesura report finale e predisposizione di una presentazione sintetica dei risultati emersi

6.2.1. Obiettivi e contenuto dell'intervista

L'obiettivo principale perseguito attraverso la realizzazione delle interviste e l'incontro con il territorio è stato approfondire le modalità di utilizzo del Fondo straordinario previsto dalla DGR n. 378/2010, in particolare focalizzandosi su ciò che il Fondo ha contribuito a sviluppare sul territorio in termini di servizi e progetti afferenti all'area infanzia e responsabilità familiari. In una parte dell'approfondimento, l'intenzione è stata valutare le ricadute del lavoro di programmazione e in specifico dell'utilizzo del Fondo straordinario.

La sola lettura dei programmi attuativi non avrebbe infatti consentito di comprendere a fondo le ragioni delle scelte adottate a livello locale né il lavoro compiuto dai territori soprattutto in relazione a tre dimensioni specifiche d'indagine:

- le ricadute prodotte dai progetti nel corso della loro implementazione (o in chiusura);
- la rilevanza che i progetti hanno avuto nel contribuire al rafforzamento del lavoro integrato AUSL - ambiti territoriali;

¹⁹⁵ Con uno dei 9 Distretti l'analisi documentale è stata la fonte principale e unica di approfondimento, non è stata effettuata un'intervista con i responsabili. L'elenco completo delle interviste e delle persone coinvolte è disponibile in Appendice 1.

- la sostenibilità di questi progetti per il futuro, viste le tendenze in atto dal punto di vista sia della lettura dei problemi sia delle risorse a disposizione della programmazione territoriale.¹⁹⁶

Per ciascuna delle 3 dimensioni di analisi sono stati successivamente individuati criteri e indicatori di risultato di natura qualitativa, indicatori di processo, ritenendo la dimensione strettamente economico-finanziaria non rappresentativa della totalità dell'investimento fatto dagli ambiti territoriali e dai Distretti sociosanitari e disponendo già a livello regionale degli impegni di spesa relativi (contenuti nello specifico nelle schede progetto di area allegate ai Piani di zona). L'approfondimento qualitativo ha consentito invece di mettere in relazione l'investimento sul territorio con la rilevanza del singolo progetto e la sua sostenibilità futura, ovvero la possibilità che i progetti continuino e si sviluppino anche senza il Fondo straordinario.

6.3. Quadro normativo: riferimenti e obiettivi

La DGR n. 378/2010 esplicita e chiarisce priorità e azioni che sono state la guida per l'utilizzo del Fondo straordinario. Trasversalmente o parallelamente alle tre aree prioritarie individuate (promozione, prevenzione, protezione), con relativa declinazione (esemplificativa e non esaustiva) delle aree progettuali specifiche, sono state individuate quattro azioni, in base alla lettura di un bisogno specifico rilevato a livello territoriale secondo cui sembrava necessario richiedere un investimento in tema di interventi di emergenza, domiciliarità, istituzione di un fondo comune sociosanitario per la gestione delle situazioni complesse di minori in casi di tutela e costruzione di una rete di interventi. Le quattro azioni prioritarie rientrano nella terza area "protezione, cura, riparazione".

L'area della tutela dunque è inclusa nella determinazione delle azioni in cui l'utilizzo del Fondo si può declinare, ma non è la sola (*Tabella 42*).

Nelle ipotesi di indirizzo e nella discussione riferita al percorso di ricerca emerge un punto importante: la costruzione delle priorità di azione in riferimento alle aree prioritarie puntava a considerare l'area "promozione del benessere e attivazione del contesto comunitario" come separata e con una sua specifica rilevanza rispetto all'area "prevenzione e sostegno a situazioni di rischio sociale". I percorsi precedenti e il monitoraggio dei progetti avvenuto nel corso del 2010 ha riscontrato invece una certa fatica nella distinzione di queste due aree progettuali, ma nello stesso tempo, coerentemente con quanto sviluppato nell'area della salute pubblica e della promozione del benessere comunitario, una sottolineatura importante per l'area "promozione del benessere e attivazione del contesto comunitario", punto considerato cruciale per il futuro delle politiche regionali per la famiglia e per le comunità locali.

¹⁹⁶ Il contenuto dettagliato della traccia di intervista è disponibile in Appendice 2.

Tabella 42. Aree prioritarie e azioni da sviluppare individuate dalla DGR n. 378/2010

Aree prioritarie	Azioni da sviluppare
1. Promozione del benessere e attivazione del contesto comunitario	<p>Valorizzazione del tempo extrascolastico per lo sviluppo dell'autonomia personale e della vita di gruppo</p> <p>Rafforzamento del sistema integrato dei servizi sociali educativi, scolastici e formativi, sanitari, sportivi, culturali, ricreativi</p> <p>Promozione dei diritti del bambino e dell'adolescente</p> <p>Promozione del benessere delle famiglie con figli</p>
2. Prevenzione e sostegno a situazioni di rischio sociale	<p>Interventi per rafforzare le competenze genitoriali e sostenere le relazioni intrafamiliari</p> <p>Interventi socio-educativi e/o assistenziali domiciliari a sostegno delle funzioni genitoriali e/o dei compiti di cura</p> <p>Servizi di prossimità e affidi a tempo parziale</p> <p>Potenziamento dei servizi semiresidenziali e sviluppo di attività diurne</p>
3. Protezione, cura, riparazione	<p>Attivazione e sostegno di <i>équipe</i> sia territoriali che specialistiche di II livello</p> <p>Sostegno agli affidamenti familiari a tempo pieno</p> <p>Messa in rete di modalità di accoglienza in emergenza</p> <p>Interventi di sostegno alla fragilità familiare del nucleo di origine</p>
<hr/>	
Azioni da sviluppare in ogni Distretto	
<ol style="list-style-type: none"> 1. L'attivazione e/o l'implementazione di forme di sostegno e di interventi a supporto della domiciliarità (vedi LR 14/2008 art. 23 comma 3) 2. La qualificazione della presa in carico multidisciplinare che preveda l'utilizzo di metodologie di lavoro di <i>équipe</i>, anche attraverso modalità operative condivise e occasioni formative congiunte (vedi LR 14/2008 artt. 17 e 18) 3. La costituzione, dove non esistente, di un fondo comune di livello distrettuale/provinciale (vedi LR 14/2008 art. 17 comma 4) per garantire una gestione unificata almeno degli oneri relativi all'accoglienza dei minori temporaneamente allontanati dai propri nuclei familiari, così come previsto dal PSS 2008-2010 4. La messa a punto di un sistema di accoglienza in situazioni di emergenza in raccordo dove possibile, con la dimensione di livello provinciale (vedi LR 14/2008 art. 5 comma 1 lettera b) 	

6.3.1. Le risorse

Nella complessa riflessione che la attuale fase storica obbliga a fare sulle risorse "determinate", un punto importante è legato alla sostenibilità dei progetti e dei percorsi attivati localmente.

Le risorse regionali destinate all'area infanzia e responsabilità familiari sono pari a circa 14 milioni di Euro, corrispondenti al Fondo sociale locale per l'area infanzia e adolescenza. Una linea di finanziamento fa riferimento ai servizi educativi e conta quasi 16 milioni di Euro; infine sono presenti due azioni specifiche, una relativa al consolidamento e allo sviluppo dei centri per le famiglie e una relativa ai programmi provinciali.

Il bando previsto dalla LR n. 14/2008 nel biennio 2009-2010 è stato attuato con l'impegno complessivo di 3.290.000 Euro: di questi, 2 milioni per contributi rivolti a ristrutturazioni, adeguamenti e attrezzature per gli spazi destinati ai ragazzi da parte degli Enti locali e 1.290.000 Euro destinati a sostenere i progetti e le attività educative e di aggregazione nel tempo libero organizzate da enti privati senza fini di lucro, associazioni, parrocchie, oratori e cooperative sociali.

Tabella 43. Programmazione del Fondo sociale regionale

Tipologia di Fondo	Totale €
Fondo sociale locale area infanzia e adolescenza	14.629.000,00
Fondo regionale servizi educativi	15.800.529,00
Consolidamento sviluppo, qualificazione dei centri per le famiglie e raccordo con i consultori	720.000,00
Programmi provinciali	400.400,00

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza.

Con queste risorse sono stati finanziati 98 progetti presentati da Enti locali (di cui 13 regionali) e 132 progetti presentati da soggetti privati.

Relativamente al Programma regionale per la promozione e tutela dei diritti, la protezione e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva e il sostegno alla genitorialità è stata data indicazione ai territori affinché raggruppessero in un quadro unitario le priorità e gli impegni territoriali, garantendo le opportune connessioni con l'ambito sanitario ed educativo-scolastico. In questo senso, coerentemente con quanto inscritto nella normativa regionale, si è suggerito di sviluppare e mettere a sistema l'insieme dei servizi e degli interventi che si realizzano nelle politiche di aiuto alle famiglie e di prevenzione/protezione dell'infanzia e dell'adolescenza, e di connettersi con la programmazione provinciale (area tutela, affidamento familiare e qualificazione dell'accoglienza, adozione su coordinamento, formazione, sensibilizzazione).

A queste risorse vanno inoltre aggiunti i 22 milioni di Euro per le aree di intervento e le priorità indicate nella DGR n. 378/2010 (vedi *Tabella 42*).

6.3.2. Dati del primo monitoraggio regionale

Al momento del presente approfondimento (maggio-settembre 2012) il Fondo straordinario era stato confermato e divenuto ordinario. Il Servizio Politiche familiari infanzia e adolescenza ha svolto un'azione di monitoraggio: in termini quantitativi è stato registrato un notevole incremento di progetti finanziati attraverso tale Fondo, passando dai 193 del 2009 ai 622 nel 2010; questo incremento è la prima risposta all'investimento fatto dalla Regione e al forte incentivo proposto sul territorio.

Nello specifico dei 622 progetti finanziati nel 2010, 475 sono stati finanziati attraverso il Fondo sociale locale, 147 con altre risorse; 401 sono progetti in continuità con azioni precedenti, 221 sono mappati come "innovativi". L'incidenza dei progetti cosiddetti innovativi o comunque nuovi è abbastanza rilevante in una fase storica di contrazione di risorse e spesso di energie propositive e creative, in cui si tende a mantenere ciò che i Servizi considerano come irrinunciabile.

Anche il dettaglio degli interventi progettati attraverso il finanziamento è interessante perché segnala un investimento consistente nell'area della genitorialità, che prevede azioni preventive e promozionali, non solo curative o di riparazione. L'area della genitorialità è infatti la terza per quantità di interventi finanziati dopo la tutela e l'extrascuola, un'altra area di intervento che per molte parti richiama all'azione preventiva e promozionale delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza.

Per i programmi attuativi 2011 non è stata effettuata un'analogha azione di monitoraggio, ma si possono ritenere i dati sul 2010 abbastanza in linea con quanto emerso da una lettura approfondita delle schede progetto relative agli abiti e ai Distretti coinvolti nell'indagine. Il Servizio Politiche familiari infanzia e adolescenza in particolare ha rilevato nel corso dei mesi una certa coerenza nell'azione territoriale e una programmazione in consolidamento sul 2011, sia a livello macro sia a livello di contenuto specifico dei progetti.

I primi tre destinatari delle azioni progettuali sono stati minori, preadolescenti/adolescenti, genitori; anche questo aspetto richiama il forte investimento fatto in termini progettuali coinvolgendo queste fasce di popolazione e in generale i nuclei familiari per lavorare in termini preventivi e promozionali.

Il monitoraggio 2010 dà alcune indicazioni per la continuità dell'azione programmatoria.

Una prima indicazione è connessa al dato della frammentarietà delle azioni e dei progetti, non sempre agilmente individuabili nelle categorie predisposte *ex post* dalla Regione per poter comprendere al meglio le azioni progettuali e i percorsi territoriali. Questa disomogeneità rappresenta da un lato la ricchezza e l'originalità, dall'altro è indice del fatto che la produzione di idee prende avvio da una lettura molto mirata e micro dei bisogni del Distretto, delle famiglie, del territorio. Si evidenzia in questo modo un segnale della fatica di ricomposizione delle azioni di una progettazione locale e specifica in un'ottica programmatoria più generale, con l'evidente rischio di perdere di vista gli obiettivi generali della programmazione.

Alcuni dati rendono possibili prime considerazioni indicative dei percorsi avviati, confermando in gran parte le priorità specificate nella DGR n. 378/2010. In primo luogo la forte integrazione tra l'area sanitaria e l'area educativa/scolastica e il raccordo con la programmazione provinciale; in secondo luogo la capacità di far rientrare le singole azioni nella visione complessiva delle

politiche familiari locali; infine l'attenzione alla valutazione dei progetti, segno che questo approccio è parte dell'attività progettuale stessa. I territori investono in azioni di coordinamento e accompagnamento (formazione, ricerca, consulenza) che hanno sullo sfondo la valutazione dei progetti, la supervisione professionale (in particolare nell'ambito della tutela le supervisioni alle *équipe* di tutela minori), la formazione in gruppo che coinvolge i diversi operatori impegnati sul campo: educatori, psicologici, neuropsichiatri infantili, assistenti sociali.

Tabella 44. Tipologie di interventi contenuti nei progetti finanziati

Tipologie di intervento	N. interventi	%
Area genitorialità		
Informazione alle famiglie	26	2,97
Consulenza e sostegno alle competenze genitoriali	96	10,98
Gruppi di mutuo aiuto familiare	21	2,40
Mediazione familiare	8	0,92
<i>Totale Area genitorialità</i>	<i>151</i>	<i>17,27</i>
Area tutela		
Sostegno socio-educativo per minori e famiglia con disagio	38	4,35
Promozione e sostegno affidamento familiare	68	7,78
Collocamento in comunità residenziale (sistema di emergenza)	49	5,61
Sostegno adozione	16	1,83
Interventi economici	20	2,29
<i>Totale Area tutela</i>	<i>191</i>	<i>21,86</i>
Area Prevenzione sanitaria		
Promozione di stili di vita sani	45	5,15
Area 0/3		
Servizi integrativi per la prima infanzia	22	2,52
Extrascuola		
Spazi di aggregazione	65	7,44
Centri socio-educativi	32	3,66
Centri estivi	19	2,17
Educativa di strada	9	1,03
Laboratori	50	5,72
<i>Totale Extrascuola</i>	<i>175</i>	<i>20,02</i>
Integrazione scolastica		
Sportelli d'ascolto	50	5,72
Sostegno e prevenzione abbandono scolastico	26	2,97
Orientamento e avvio al mondo del lavoro	14	1,60
Sostegno scolastico	50	5,72
<i>Totale Integrazione scolastica</i>	<i>140</i>	<i>16,01</i>
Partecipazione		
Urbanistica partecipata	4	0,46
Assemblee, consigli comunali dei ragazzi e altre forme di consultazione	18	2,06
Lavoro di comunità	13	1,49
<i>Totale Partecipazione</i>	<i>35</i>	<i>4,01</i>
Azioni trasversali		
Azioni di coordinamento e integrazione	79	9,04
Formazione	28	3,20
Ricerca	8	0,92
<i>Totale Azioni trasversali</i>	<i>115</i>	<i>13,16</i>
Totale	874	100,00

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Servizio Politiche familiari, infanzia e adolescenza.

Tabella 45. Destinatari dei progetti, tipologia e numero

Destinatari	N. destinatari	Percentuale
Minori	206	22,81
Pre-adolescenti/adolescenti	179	19,82
Genitori	136	15,06
Docenti	61	6,76
Disabili	51	5,65
Operatori	47	5,20
Minori pregiudizio	45	4,98
Minori stranieri	38	4,21
In carico al Servizio tutela	25	2,77
0-3	21	2,33
Donne	21	2,33
Famiglie affidatarie	18	1,99
Famiglie crisi economica	17	1,88
Coppie adottanti/adottive	11	1,22
Minori stranieri non accompagnati	7	0,78
Disturbi specifici dell'apprendimento	7	0,78
Famiglie numerose	5	0,55
Ospedalizzati	4	0,44
Coppie in difficoltà	4	0,44
Totale	903	100,00

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Servizio Politiche familiari, infanzia e adolescenza.

6.4. Ricerca sul campo: risultati e approfondimenti

Il gruppo di regia ha individuato tre realtà che segnalano un coinvolgimento a pieno regime nelle attività di accompagnamento proposte a livello regionale, e sei realtà che hanno seguito un lavoro differenziato e disomogeneo e non sono coinvolte in altre azioni di accompagnamento regionale nell'ambito della tutela. Sono stati pertanto selezionati i Distretti di Bologna, Ferrara, Piacenza, Ravenna, Rimini Sud, Valli Taro e Ceno (Azienda USL di Parma), Castelfranco Emilia, Scandiano (Azienda USL di Reggio Emilia). Le schede predisposte per avviare un'analisi delle differenziazioni e delle trasversalità distrettuali mettono in luce alcuni primi dati relativi al programma attuativo 2011, in particolare le aree di maggiore investimento o di consolidamento, la tipologia dei singoli progetti e dei destinatari individuati.

In generale la lettura delle schede riporta a quanto emerso dal monitoraggio 2010, con un'area "promozione del benessere e attivazione del contesto comunitario" ancora fragile e poco caratterizzata da azioni progettuali significative. In particolare si ritrova una sovrapposizione o una difficile differenziazione a livello progettuale tra le attività promozionali e quelle preventive, in particolare di prevenzione secondaria o terziaria. Allo stesso modo si agisce nell'area della tutela con azioni preventive (qui di prevenzione primaria), mentre si trovano con maggiore difficoltà progetti riferiti alla cura e al trattamento. Si registra inoltre una tendenza al

consolidamento di progetti valutati positivamente negli anni, che possono quindi avere nuovo slancio attraverso un finanziamento aggiuntivo e cercare soluzioni che li rendano sostenibili nel tempo, anche facendo riferimento ad altre fonti di finanziamento private o del privato sociale.

Sulla base di questi dati e di queste prime considerazioni è stato avviato l'approfondimento sul campo attraverso le interviste al responsabile dell'Ufficio di Piano e al direttore di Distretto. In un caso è stato possibile realizzare un focus con gli operatori coinvolti nel progetto specifico.

6.4.1. Scenario e strategie messe in campo

Gli incontri con i responsabili di Uffici di Piano e direttori di Distretto hanno riportato al centro alcuni dati di contesto che impattano fortemente con la progettazione e la programmazione locale. In particolare la crisi ha delle ricadute importanti sulle famiglie, incide modificando la natura dei cosiddetti bisogni sociali e le domande e i problemi che generano tali bisogni.

In alcuni casi l'ambito di intervento promozionale è ancora considerato alternativo e molto prossimo a quello della prevenzione, nonostante la normativa specifichi chiaramente e distingua l'uno e l'altro con il dettaglio di esemplificazioni di progetti possibili e auspicati (vedi *Tabella 42*).

Nell'area infanzia, adolescenza e responsabilità familiari, la promozione è considerata un ambito di progettazione e di programmazione prioritario, ma spesso le risorse economiche disponibili sono utilizzate per casi conclamati/emergenti o già emersi, non consentendo di calibrare in itinere una progettazione differenziata. A questo si unisce una domanda comune a tutti: minori risorse inducono a pensare solo alla cura o alla gestione delle emergenze? Come si possono destinare risorse ad altro, visto che la domanda è incrementale e anche in rapida ascesa, mentre le risorse sono sempre più razionate? Il futuro determina grandi preoccupazioni, il presente è già carico di incertezze.

Riguardando i percorsi di programmazione portati avanti nel corso degli anni emerge un elemento di condivisione e una coerenza diffusa tra quanto proposto dal livello regionale di programmazione verso i Distretti e gli ambiti e quanto già realizzato o in corso di realizzazione da parte dei Distretti e degli ambiti stessi. La percezione è di un "non spiazzamento" rispetto alle indicazioni regionali, ma piuttosto di un accompagnamento riprendendo la direzione già intrapresa a livello locale.

A fronte di questi primi dati di scenario le principali aree di utilizzo del Fondo sono state l'ambito della prevenzione, con particolare riferimento alla prevenzione primaria, che ha favorito lo sviluppo e il consolidamento dei progetti distrettuali, ad esempio centri educativi pomeridiani e attività domiciliari a sostegno delle funzioni genitoriali e/o dei compiti di cura (vedi *Tabella 42*), e l'ambito della protezione, cura e riparazione. Per quanto riguarda la prima area, il sostegno alle funzioni genitoriali è un percorso attivato nell'ambito delle attività dei centri per le famiglie, nei centri ricreativi estivi e attraverso l'azione di punti di ascolto specialistici.

L'area prioritaria "protezione, cura, riparazione" ha visto un investimento specifico sui progetti di affido (e di adozione) e sul potenziamento del servizio di accoglienza. Attraverso il Fondo sono state finanziate anche le quattro azioni prioritarie previste nella DGR n. 378/2010. In particolare la qualificazione della presa in carico multidisciplinare è stata perseguita sostenendo il lavoro delle *équipe* territoriali o specialistiche già preesistenti; in nessuno dei casi considerati le *équipe* sono state istituite *ex novo*.

Un'altra parte importante dell'utilizzo del Fondo è quella relativa agli inserimenti in strutture e comunità di accoglienza, soprattutto per le situazioni in emergenza, affrontata in coerenza con quanto stabilito con il Piano di zona oppure costituendo il fondo comune di livello distrettuale per una gestione unificata degli oneri relativi all'accoglienza residenziale dei minori (azione n. 3 da sviluppare in tutti i Distretti).

Per quanto riguarda l'area "promozione del benessere e attivazione del contesto comunitario", i percorsi sono stati potenziati, soprattutto nell'area extra-scuola. In un'esperienza in particolare il progetto può essere classificato come a cavallo tra l'area promozione e l'area prevenzione: i gruppi extra-scuola diventano infatti gruppi educativi territoriali ai quali partecipano ragazzi già considerati a rischio insieme ad altri non a rischio. Qui sono attivati progetti personalizzati che accompagnamento nella quotidianità i ragazzi e le loro famiglie.

Complessivamente i territori hanno espresso una tensione verso l'equilibrio programmatico delle 3 aree promozione, prevenzione, protezione, ma non sempre le 4 azioni da sviluppare in ogni Distretto (nell'area della protezione, cura, riparazione) hanno di fatto potuto essere garantite.

I territori hanno sentito come prioritaria la necessità di dare continuità ad esperienze progettuali già in corso, oppure di consolidare il lavoro degli operatori attraverso iniziative specifiche di formazione sull'integrazione tra servizi. In particolare su queste ultime azioni il Fondo straordinario ha rappresentato una reale opportunità colta come occasione di costruzione di percorsi integrati, che ponessero al centro il minore e la sua famiglia o solo la famiglia, provando ad aprire una riflessione sul tema della prevenzione.

L'area della promozione incontra maggiori difficoltà di sviluppo e rischia di essere considerata all'interno dell'area prevenzione, facendo riferimento a tutto ciò che non è protezione, cura e riparazione. Le motivazioni possono essere diverse. In primo luogo sembra che i servizi territoriali facciano ancora fatica ad utilizzare appieno i dati di contesto e le analisi presenti a livello regionale e locale, perdendo la possibilità di farle diventare le basi di un deciso investimento di natura promozionale.

In secondo luogo la crisi che avanza e che ha un impatto sempre maggiore sulle famiglie sottolinea la necessità di intervenire subito per rispondere ai bisogni emergenti e in emergenza, mettendo in secondo piano la programmazione e la progettazione. Gli operatori intervistati esprimono la sensazione che tutto quello che era possibile fare in termini promozionali è stato fatto in passato: oggi bisogna dare risposte alle famiglie che, da una situazione di rischio conclamato, portano alla luce problematiche differenziate, molteplici, complesse. È necessario riconsiderare le risorse per un uso efficiente ed efficace, utilizzando quanto già fatto sul territorio. Si mette così in campo un'ipotesi di parcellizzazione e frammentazione del lavoro sociale, sanitario ed educativo che fino ad ora la programmazione (e anche il Fondo straordinario) era riuscita a ricomporre.

Infine bisogna tenere presente il tema delle risorse a disposizione di Comuni e Distretti per la realizzazione degli interventi di base. Se le maglie si stringono attorno a "ciò che è possibile ed è urgente fare", i Comuni e i Servizi tendono a dare priorità a interventi garantiti, essenziali, storici. Ma il rischio di trasformare la programmazione in un esercizio ingegneristico per decidere ciò che può essere garantito e ciò che resta fuori è davvero elevato.

Per una migliore comprensione delle priorità che i territori si danno si può fare riferimento alle strategie esplicitate dagli intervistati:

si lavora sulla prevenzione, ma si cercano di consolidare progetti e attività che negli anni hanno avuto sviluppi positivi e ricadute positive anche in termini organizzativi

si cerca l'equilibrio di risorse tra cura e prevenzione

si favoriscono i progetti a carattere distrettuale e che coinvolgano Ausl e uffici di piano

... scegliere dove e su quali progetti investire e in che misura farlo significa spesso rivedere le ipotesi che sostengono il lavoro nei servizi di tutela e, più ampiamente, in tutta l'area infanzia adolescenza

... mettere al sicuro questi progetti da problemi di eventuali contrazioni di risorse

si investe sull'integrazione tra Ausl e Comuni, in una logica sempre più distrettuale

il Piano ha rappresentato l'opportunità di ricollocare i servizi esistenti nelle tre aree per capire dove eravamo più scoperti [...] coerentemente con quanto indicato dalla Regione

... nel tentativo di spostare sempre più (gli interventi) sulle prime aree promozione e prevenzione a fronte del fatto che le risorse sono quasi tutte allocate sulla terza (protezione)

le risorse sono state programmate a favore di progetti attuati nell'area prevenzione/promozione del benessere, in particolar modo per l'attivazione e il consolidamento dei centri d'aggregazione giovanili, progetto storico del piano di zona

In quest'ultimo anno stiamo parlando in particolare del lavoro di comunità, un sistema di servizi organizzato su una base di decentramento, di servizi sociali territoriali, nel tentativo di localizzare l'integrazione sociosanitaria in maniera più decentrata. Il lavoro di comunità vuole essere un tentativo di tradurre con un linguaggio utile oggi e comprensibile da tutti, che possa collocarsi nella prima area (promozione)

Le priorità che i territori si sono dati riprendono quelle esplicitate dal documento regionale, con l'obiettivo di sviluppare l'area della promozione del benessere e quella della prevenzione. Nell'area "prevenzione" rientrano le attività rivolte alle famiglie per avviare un sostegno rispetto alle sfide che già in molti stanno affrontando, cercando di dotare le famiglie (e in particolare quelle già considerate a rischio) di maggiori consapevolezze e strumenti per affrontare la crisi.

I territori hanno dato priorità ai progetti già esistenti, che hanno contribuito in questi anni a fornire una risposta alle famiglie e a minori e adolescenti e che sono diventati un'esperienza riconosciuta in quel territorio, rispondendo pienamente alle indicazioni regionali. In particolare vi è un investimento specifico su attività domiciliari e centri educativi pomeridiani nell'area della prevenzione, mentre per l'area della protezione, cura e riparazione il lavoro prevalente è stato quello sulle emergenze.

Complessivamente dunque i territori rispondono alle priorità indicate dalla Deliberazione della Giunta regionale attualizzandone l'impatto nelle proprie realtà di servizi e avviando un percorso di ridefinizione e ridisegno delle loro priorità. La DGR restituisce un quadro realistico di quanto i territori programmano nell'area infanzia e responsabilità familiari, ma la possibilità di dare risposte alle famiglie in difficoltà non si esaurisce con la distribuzione di un Fondo straordinario.

6.4.2. Innovazione nei progetti: significati e contributi specifici del fondo straordinario

Ma quanto effettivamente il Fondo ha dato impulso all'innovazione? E prima ancora, che cosa è innovazione per gli operatori impegnati nella programmazione?

Innanzitutto, l'innovazione si incontra quando il progetto non solo risponde a un bisogno, ma aiuta a riconfigurare il problema, le ipotesi di intervento e il ruolo dei servizi e delle istituzioni:

abbiamo lavorato per costruire ponti tra servizi

la cosa più innovativa è stata riuscire a portare i comuni a livello distrettuale

l'innovazione sta nell'aver costruito un'alleanza molto forte tra i comuni e con l'Ausl

In prevalenza l'innovazione non è legata a un particolare progetto, e anche laddove sia legata a questo, non si tratta di un progetto nuovo che da solo risulti essere in grado di portare innovazione nei servizi.

Direi che di azioni innovative nel tempo in cui si è elaborato il Piano infanzia ce ne sono state almeno un paio: un'implementazione significativa dell'assistenza educativa domiciliare, collocabile a metà tra la seconda e la terza area, e l'attivazione del Pronto Intervento sociale (PRIS).

Se l'innovazione non è rappresentata da un nuovo progetto, essa sembra sempre più rappresentata nella possibilità di potenziare un progetto di successo, dotando gli operatori di una visione più matura, anche grazie alla disponibilità dei dati e di pratiche più note e diffuse.

Innovazione è anche l'ampliamento di un progetto già in essere a fronte del modificarsi della domanda sociale o dell'evidenza di un problema diverso o più ampio da affrontare.

Ampliare ciò che già c'è è un sintomo di successo e di rafforzamento del lavoro di rete sul territorio.

L'innovazione è garantita da un sistema flessibile, che ad oggi incontra difficoltà perché la scarsità di risorse richiede irrigidimenti burocratici e porta a decisioni non sempre in grado di affrontare completamente la complessità dei problemi. Proprio per questa ragione l'innovazione è connessa sempre allo sviluppo dell'integrazione, che possa garantire anche un livello di copertura territoriale idonea dei servizi.

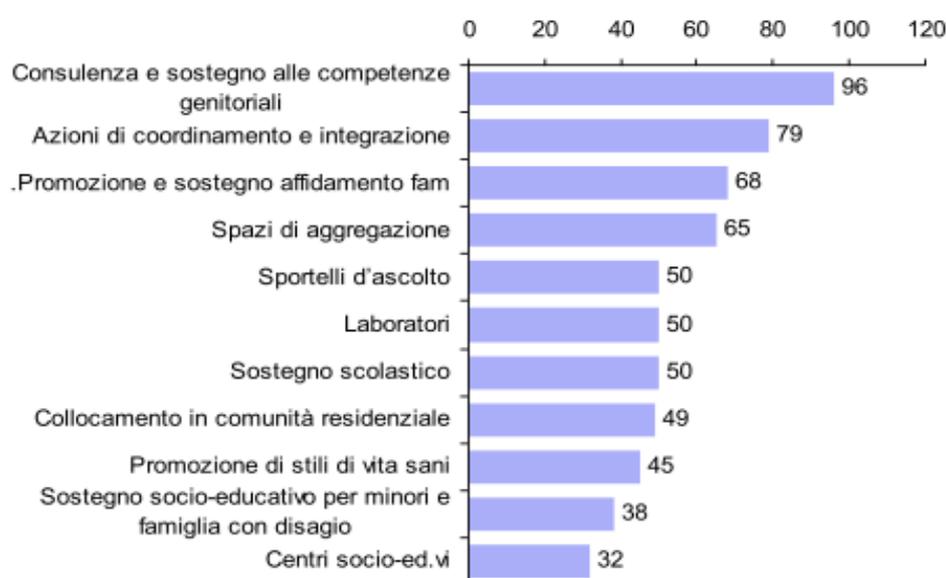
Infine, per essere alimentata e alimentarsi l'innovazione ha bisogno del coinvolgimento diretto delle famiglie e dei destinatari dei progetti, considerati a tutti gli effetti come soggetti sia nelle attività di promozione del benessere che in quelle relative all'area prevenzione ("... aiutare un genitore a conoscere un altro figlio, una persona che ha risorse sconosciute agli occhi di un genitore ..."). Non basta vedere le famiglie o incontrarle, è necessario costruire relazioni e luoghi in cui queste relazioni possano crescere, proprio a partire da progetti promozionali.

6.4.3. Alcuni esempi di progetti finanziati attraverso il Fondo straordinario ex DGR n. 378/2010

Il monitoraggio effettuato dal Servizio Politiche familiari, infanzia e adolescenza su dati del 2010 metteva in evidenza come i progetti fossero in prevalenza indirizzati all'area "prevenzione e sostegno a situazione di rischio sociale" attraverso consulenza e sostegno genitoriale, promozione e sostegno dell'affidamento familiare, sportelli d'ascolto, sostegno scolastico, centri socio-educativi (Figura 17).

Attraverso questo approfondimento sono stati individuati insieme agli interlocutori alcuni progetti particolarmente interessanti per priorità, risposte prodotte, struttura gestionale-organizzativa, ricadute e esiti visibili.

Figura 17. Tipologia di interventi contenuti nei progetti area infanzia e adolescenza



Fonte: Regione Emilia-Romagna, Servizio Politiche familiari, infanzia e adolescenza.

Per l'area prevenzione, il Distretto di Ferrara segnala il progetto "Dare una famiglia a una famiglia", che prevede che alcune famiglie affianchino altre famiglie in situazione di disagio. È considerato una punta di diamante: ispirandosi a un'analoga iniziativa realizzata dal Comune di Torino e dalla Fondazione Paideia, da gennaio 2009 il Centro per le famiglie¹⁹⁷ promuove l'affiancamento come importante strumento di aiuto per le famiglie in difficoltà, in collaborazione con il Servizio Sociale minori dell'ASP e grazie all'associazionismo cittadino.

Lo stesso Distretto di Ferrara segnala un lavoro consolidato negli anni sulla promozione del benessere e attivazione del contesto comunitario attraverso l'attività di Promeco. Si tratta di un Servizio di promozione della comunicazione istituito nel 1991 da Comune, Azienda USL e

¹⁹⁷ <http://servizi.comune.fe.it/index.phtml?id=5500> (ultimo accesso giugno 2015)

Provveditorato agli studi e Provincia di Ferrara e finalizzato alla prevenzione dell'uso e abuso di sostanze. Nel tempo ha modificato il proprio obiettivo rispetto alle nuove problematiche emergenti, e ora svolge un lavoro specifico sul contrasto al bullismo e sul supporto dell'autonomia dei giovani (con interventi a scuola). Promeco produce analisi sugli stili di vita diventando una fonte principale e irrinunciabile per la programmazione in quest'area. i.

Il Distretto di Rimini Nord segnala il progetto di promozione del benessere "Come cerchi nell'acqua", gestito dai dirigenti scolastici delle scuole elementari e medie che lo hanno rilanciato grazie al Fondo straordinario, ricevendo maggiori risorse. In particolare il progetto si è concentrato su 4 aree di attività: incontri formativi per genitori e insegnanti; sportello di aiuto, sostegno e consulenza; attività laboratoriali di supporto scolastico e aiuto compiti; laboratori per apprendimento della lingua italiana L2, mediazione linguistica e culturale, attività sportive, educazione emotiva.

Per l'area prevenzione sono invece stati sostenuti i sette GET - gruppi educativi territoriali - presenti sul territorio e gestiti da cooperative; mediamente sono frequentati da 25 bambini, con due educatori nel pomeriggio. Non si tratta di gruppo scuola o extra-scuola, poiché ogni bambino ha un progetto personalizzato, e sono rivolti a tutta la cittadinanza, non solo a minori a rischio con costi per le famiglie decisamente contenuti (15 € al mese a bambino); tuttavia, una quota importante di minori che frequentano i GET sono considerati a rischio da Neuropsichiatria e servizi di tutela.

L'ambito comunitario ha una funzione sia di cura, rispetto alle problematiche presentate dal bambino, ma anche di prevenzione rispetto all'evolvere delle situazioni perché negli anni abbiamo visto quanto sia difficile che un'assistenza domiciliare 'funzioni bene' al domicilio del minore. È un investimento molto grosso da parte dell'Ausl, insieme ai comuni (circa € 400.000 all'anno). Gli educatori dell'Ausl incontrano periodicamente gli educatori dei GET e con le assistenti sociali fanno il punto delle situazioni. C'è un monitoraggio continuo.

Il Distretto di Valli Taro e Ceno (Azienda USL di Parma) utilizza prevalentemente il Fondo per l'attivazione o il consolidamento dei Centri di Aggregazione Giovanile, progetto storico del Piano di zona, che prevede il lavoro di rete e l'integrazione con altri progetti.

Nello specifico si è voluto rafforzare la rete e migliorare la collaborazione tra i diversi soggetti impegnati, in particolare con l'Unità di Strada dell'Azienda Usl, Servizi sanitari e sociali del territorio, oratori e scuola.

Il Distretto di Piacenza Ponente sottolinea nel territorio le esperienze innovative e significative del servizio di educativa domiciliare (forma di intervento specifico per la prevenzione di situazioni di crisi e di rischio psico-sociale, individuale e familiare e del progetto di *home visiting*).

Sono progetti che qualificano il sistema di Tutela Minori e si stanno dimostrando efficaci nel prevenire situazioni di possibile allontanamento di minori da proprio nucleo familiare. Particolarmente interessante è il progetto di home visiting, che permette di intervenire in modo precoce, già dagli ultimi mesi di gravidanza della futura madre individuata come soggetto debole. Si rileva una proficua collaborazione di più figure professionali (educatore, psicologo, mediatore interculturale, assistente sociale, assistente sanitaria) e di più servizi (Ausl, Comuni, Centro per le famiglie, Associazioni di mediatori culturali).

Il Distretto ha perseguito gli obiettivi e le priorità indicate dalla Regione: rafforzamento delle competenze genitoriali (sviluppo Centro per le famiglie, *home visiting*); attenzione e cura dell'adolescenza (servizi di consulenza psicologica per adolescenti, insegnanti e famiglie, educativa di transito, potenziamento spazi di aggregazione giovanile, laboratorio giovani autistici); appropriatezza degli allontanamenti (*home visiting* ed educativa domiciliare).

Il Distretto di Ravenna segnala all'interno di un progetto di "prevenzione disagio e bullismo - scuola e sport" l'azione "A scuola di mediazioni". Il progetto è attivo da 3 anni in due scuole medie inferiori. È prevista una formazione in classe (alfabetizzazione emotiva o propedeutica al conflitto), poi i ragazzi vengono volontariamente coinvolti in un'ulteriore attività per diventare mediatori di conflitti. I ragazzi formati l'anno precedente diventano tutor dei ragazzi di scuola media. Lo Sportello è aperto un'ora alla settimana ed è gestito dagli operatori della cooperativa, da due ragazzi di seconda media e da uno di terza che fa il supervisore. È interessante rilevare come fino ad ora è sempre stata alta la richiesta di diventare mediatori, mentre l'emersione dei conflitti è bassa e presenta maggiori difficoltà (250 ragazzi coinvolti, 50 diventati mediatori, 65 richieste di mediazione); il coinvolgimento degli insegnanti è sempre difficile:

Spesso ci sono delle aspettative alte: arriva lo psicologo, arrivano i mediatori, ci risolvono i problemi della classe. E non è così. Stiamo cercando di capire come comunicare in modo che gli insegnanti abbassino le aspettative e allo stesso tempo trovino in questo sportello una risorsa. Però nel tempo [...] qualcuno si è aggregato, qualcuno vuole sapere. Ci è stato chiesto di fare formazione agli insegnanti, è un'ipotesi su cui si sta ragionando.

Il punto di forza è quello di attivare i ragazzi nel dare loro un ruolo. Un altro punto di forza è stato iniziare a coinvolgere le varie figure che fanno parte della scuola, non solo un pezzettino (insegnanti, alunni, genitori). Poi di lavorare per sviluppare la capacità di problem solving, l'assertività. Punto di debolezza: legato alla possibilità di trovare risorse e in parte al coinvolgimento degli insegnanti, su cui stiamo lavorando.

Il futuro di questo progetto è molto legato alla possibilità di avere fondi. [...] Ci dispiacerebbe molto se il progetto si interrompesse [...] ha dato risultati positivi, sarebbe bello espanderlo.

I progetti qui descritti sono stati segnalati come interessanti nelle attività programmate attraverso i Piani di zona e il Fondo straordinario ex DGR n. 378/2010. Sono legati per lo più all'area prevenzione; un lavoro è specificamente sull'area promozione, ma permane la difficoltà a volte a distinguere tra queste due aree, in verità molto ben definite e determinate. Nei documenti di rendicontazione, prevenzione e promozione sono ancora molto spesso insieme come un'unica voce ed è comunque vero che molti progetti di prevenzione possono avere ricadute anche in quella promozionale e viceversa. È un segnale di quanto si stia cercando di lavorare prima del conclamato disagio o dell'emergenza.

6.4.4. Prodotti e ricadute della programmazione del Fondo straordinario

I progetti e le iniziative avviate a livello locale hanno avuto diverse ricadute che danno conto delle specificità dei progetti e dei servizi coinvolti, nonché delle storie dei servizi a livello territoriale.

La prima ricaduta riguarda l'accresciuta capacità dei territori di consolidare o sviluppare iniziative e progetti, in particolare implementando attività di successo ma che fino a quel momento non avevano potuto godere di risorse idonee per il loro sviluppo. Queste iniziative sono principalmente riconducibili all'area "promozione del benessere e attivazione del contesto comunitario", alcune all'area "prevenzione e sostegno a situazione di rischio sociale".

Il consolidamento e la storia del servizio tutela consentono di individuare maggiori ricadute organizzative nell'ambito dei progetti afferenti all'area protezione, cura, riparazione. A questo proposito occorre sottolineare quanto gli operatori considerino fondamentale lo sviluppo di sinergie tra loro, tra servizi e organizzazioni diverse e tra istituzioni diverse.

sviluppo delle capacità degli operatori di lavorare in équipe e in rete e rafforzamento delle collaborazioni tra scuole, servizi sociali, centri educativi/aggregativi

forte lavoro integrato tra Comuni e Azienda ... è un'evoluzione importantissima, epocale la parte più importante è che qui c'è un livello d'integrazione vera, che garantisce un livello di copertura territoriale ...

un risultato è proprio quello del metodo. Il modo in cui i progetti sono portati avanti, valorizzano al massimo quello che è l'aspetto della messa in rete delle esperienze, dei risultati e degli apporti che i vari attori possono dare. Questo è un valore aggiunto

La ricaduta più frequente è la possibilità di costruire e rafforzare il livello di integrazione per favorire una crescita qualitativa dei servizi e sostenere il lavoro degli operatori, soprattutto in questa fase di aumentata complessità delle situazioni che si presentano ai servizi. Questo percorso è stato possibile, laddove si è realizzato, grazie alla costruzione di progetti e iniziative fin da subito di carattere distrettuale e, in alcuni casi, provinciale.

Ciò che è stato costruito e alimentato grazie ad alcuni progetti singoli è poi diventato patrimonio diffuso a livello territoriale, coinvolgendo le reti (operatori pubblici, Terzo settore, volontari, insegnanti, parrocchie) anche attraverso percorsi formativi specifici.

Le buone pratiche collaborative hanno avuto una ricaduta anche sul livello programmatico, in un circuito virtuoso per il quale sono nati, per esempio, un tavolo permanente di confronto di tutti gli operatori che lavorano a contatto con i ragazzi e un tavolo permanente con le famiglie affidatarie. L'esperienza ha ulteriormente contribuito a sottolineare l'importanza del lavoro integrato tra Azienda USL e Comuni.

L'integrazione o il miglioramento nelle collaborazioni - che sono stati un risultato apprezzato in molti territori (per qualcuno nella continuità, per altri differenziando notevolmente i percorsi rispetto ad altre aree di intervento) - hanno portato in alcuni casi alla consapevolezza che il lavoro integrato è una condizione irrinunciabile e anche una modalità di lavoro che deve diventare consuetudine tra tutti i servizi di tutte le aree di intervento.

La nascita di una identità distrettuale - favorita dall'utilizzo del Fondo - rappresenta un'altra ricaduta importante sul versante organizzativo insieme al rafforzamento della programmazione sociale di zona.

6.4.5. Programmare senza l'ansia della crisi: è possibile?

Complessivamente emerge ovunque un'attenzione rinnovata per i progetti afferenti all'area famiglia, minori e adolescenti. Il Fondo ha contribuito a riaccendere i riflettori, a dare nuova linfa, a rinnovare scelte e consolidare esperienze interessanti. Non solo nell'area della tutela - protezione, cura e riparazione, (Forni, 2012) ma soprattutto nell'area della prevenzione, i progetti hanno prodotto analisi accurate, sono stati l'occasione per rimettere in circolo ipotesi importanti di lettura dei fenomeni sociali (si pensi al tema del bullismo o al disagio scolastico).

Resta ancora difficile affrontare l'area della promozione del benessere, perché i fenomeni sono visibili nel momento in cui si determinano condizioni tali per cui è richiesto l'intervento, e perché la programmazione non riesce a considerare ancora pienamente l'area della promozione come autonoma rispetto all'area della prevenzione, mentre il collegamento tra prevenzione e protezione è più facilmente comprensibile dagli operatori ("se lavoro prima con i bambini e con le famiglie, riesco ad evitare l'accesso in emergenza ai servizi di tutela"). D'altra parte in un momento in cui si decide a cosa dare continuità a causa del calo di risorse, l'area promozionale è qualcosa che tutti ritengono possa essere sacrificata. Le altre due aree sono ormai fondanti il sistema delle politiche locali per la famiglia e i minori.

La presente ricerca fa riferimento ai programmi attuativi 2011, per comprendere quanto il Fondo straordinario abbia inciso nelle programmazioni e come i territori abbiano scelto le loro priorità. Si è visto che le priorità coincidono prevalentemente con i progetti e che spesso la decisione riguarda il possibile consolidamento di questi progetti, i quali tendono ad essere contenitori di diverse azioni, il più possibile diffuse a livello distrettuale.

In itinere si utilizzano alcuni indicatori che descrivono l'andamento del progetto e i fenomeni che rappresentano la motivazione, la spinta a proseguire con quel progetto specifico. Per esempio il numero di allontanamenti tende a diminuire se si interviene in modo integrato con la scuola o con la famiglia; il numero di bocciature di ragazzi a rischio è contenuto e quindi un buon segnale arriva dai progetti che si concentrano sulla riduzione o il contenimento del disagio scolastico.

Sono cresciute la capacità di lettura dei fenomeni che si presentano ai Servizi attraverso la programmazione, e la capacità di lettura della popolazione e delle problematiche che si presentano non solo ai Servizi: sempre più spesso le analisi partono dalla considerazione dell'ambiente nel suo complesso, guardando le interazioni presenti tra i diversi soggetti nel contesto produttivo, socio-economico, culturale.

Resta difficile misurare l'esito dei progetti in termini di "raggiungimento del benessere della comunità"; se è possibile darne una descrizione, lo si fa sulle singole situazioni specifiche, su progetti personalizzati o percorsi familiari riconducibili a progetti.

Gli operatori sentono la necessità di costruire un sistema di valutazione che sostenga la programmazione nelle diverse aree (promozione, prevenzione, protezione), che riesca pure a rimettere in circolo ciò che i progetti producono anche nell'ottica di una condivisione ampia dei

percorsi e delle attività dei territori che possono così diventare esperienze significative e più estese.

Il Fondo straordinario ha messo a disposizione risorse destinate alla formazione che ha svolto una funzione fondamentale aiutando a costruire metodi, a rafforzare relazioni, a comprendere che i servizi hanno bisogno di condividere processi di lavoro, metodi, letture dei problemi e non solo servizi, progetti, azioni, soluzioni precostituite.

La sostenibilità dei progetti dipende essenzialmente dalla disponibilità di risorse regionali quantitativamente adeguate, analoghe a quelle utilizzate nel 2011: se per il 2012 è stata assicurata continuità a tutti gli interventi, difficilmente essi saranno sostenibili laddove non si rendesse più disponibile il Fondo Straordinario. I Comuni non sono in grado di accollarsi ulteriori spese e, nell'attuale contesto di crisi, non pare credibile pensare ad altre fonti di finanziamento diverse da quelle regionali.

Le mie preoccupazione sono che da domani non abbiamo più risorse. [...] Tante volte il taglio di risorse costringe gli enti a fare insieme, ad evitare duplicazioni, a razionalizzare. [...] Quest'anno abbiamo fatto delle scelte drastiche e alla fine penalizziamo sempre i progetti delle associazioni fatti in sussidiarietà con i servizi comunali, che però sono propositivi e positivi.[...] Questa ricchezza che c'è (i progetti con buoni esiti) rischia di andare dispersa...come Comune non siamo capaci di dare risposta a quella tipologia di utenza in autonomia. Questo è un esempio di come il calo di risorse ci costringe a tagliare laddove bisognerebbe valorizzare.

Le preoccupazioni stanno su due versanti: un welfare che impoverisce rischia di buttare nel privato e di condannare in solitudine tantissime famiglie o una larga parte della popolazione. [...] le famiglie stesse si troveranno da sole. L'altra preoccupazione è il mantenimento delle risorse.

Le difficoltà economiche sono sempre più pesanti e mettono a rischio soprattutto gli interventi nell'ambito della prevenzione. In realtà l'obiettivo sarebbe quello di proseguire con questi interventi, potenziandoli.

Nonostante la crisi infici la possibilità di programmare, si sottolineano alcune attese che riguardano l'evoluzione del sistema di servizi, con particolare riferimento alla tutela minori. Le aspettative sono correlate al rafforzamento necessario dell'integrazione interistituzionale, una questione chiave riportata da tutti i territori:

irrinunciabile è l'integrazione

ormai deve essere la collaborazione di diversi enti

la parte della tutela resta irrinunciabile

la vera differenza è quella ultima di favorire il lavoro integrato, credo che questa sia la vera cosa irrinunciabile, perché il lavoro integrato porta comunque ad una migliore qualità dell'intervento e sicuramente ad una razionalizzazione dei costi

6.4.6. Il futuro, le preoccupazioni

I servizi di tutela sono particolarmente esposti alla crisi, sia perché si occupano di un'utenza che nella crisi vede aggravarsi le proprie condizioni, sia perché i tagli economici imposti vanno a incidere sull'organizzazione di questi servizi.

Gli operatori intervistati hanno riportato il tema della razionalizzazione delle risorse a un impianto di scelte tra ciò che può - o deve - essere garantito e ciò su cui invece può essere esercitato un taglio o una riduzione.

Le indicazioni richieste alla Regione sono legate alla crescita uniforme e diffusa di servizi di tutela qualitativamente garantiti:

dovrebbe essere fatto un lavoro accurato sugli standard e i costi dei servizi per garantire davvero un diritto di tutela uniformemente sul territorio regionale.

Una inchiesta condotta dal Servizio Politiche per l'infanzia e la famiglia della Regione, dedicata alla tutela minori e documentata sulla rivista *Animazione sociale* con una serie di inserti speciali, ripropone una questione che oggi sembra centrale, proprio perché si sta già fronteggiando un'emergenza:

a fronte di risorse in calo, sempre più si tratta di capire cosa tenere e cosa lasciare, ma anche di immaginare una prospettiva di sviluppo per non farsi chiudere nell'angolo. Questo esercizio appare oggi molto complicato per chi opera nei servizi (Forni, 2012).

Le parole che ricorrono in questa analisi sono "mantenimento", "consolidamento", e poi "taglio", "rinuncia", "razionalizzazione", "risorse economiche", e la fatica a immaginarsi il futuro dei servizi per l'infanzia e per il *welfare* più in generale. Emerge tra le righe la necessità di ripensare ai servizi e a ciò che essi producono, guardando proprio agli esiti e alle ricadute del lavoro come a dati fondanti il sistema stesso di servizi. Una ricaduta del Fondo straordinario ha riguardato le modalità collaborative diffuse che si sono venute a determinare in ordine a specifici progetti dell'area prevenzione. Forse è proprio a queste modalità che si può guardare per uscire dall'angolo della riduzione ad ogni costo. Anche per riacquisire una capacità progettuale inedita,

dobbiamo ragionare a partire dagli esiti, non dal fatto che non ci sono più soldi (Forni, 2012).

Questa riflessione appare quanto mai appropriata anche per riportare sinteticamente il pensiero degli operatori incontrati: l'utilizzo del Fondo straordinario ha consentito di fare un pezzo di strada importante, ma senza valutare gli esiti dei progetti e dei percorsi non si esce dalla dinamica restrittiva delle scarse risorse.

Ad oggi questo passaggio sembra essere la domanda dei territori: la valutazione delle politiche è divenuto un elemento fondante, imprescindibile, orientativo. Senza questo non si potrà fare altro se non restare a guardare l'inesorabile o affrontare l'emergenza con ciò che già c'è, rischiando di portare ai Servizi attuali ulteriore pressione e domande, fornendo risposte solo sotto forma di prestazioni, non in grado di andare incontro pienamente ai cambiamenti in atto. Sarebbe un passo indietro nella progettazione del *welfare* nazionale.

6.5. Alcune considerazioni conclusive

Se la riflessione sui livelli essenziali è vincolata ai fattori economici, essa rischia di essere tutta al ribasso, e i fattori di rischio legati alla condizione provocata dai tagli alla spesa pubblica risultano troppo determinanti.

È probabilmente necessario aprire una riflessione su livelli essenziali che, partendo dai dati della crisi e dalle condizioni economiche che si sono determinate nel corso dell'ultimo anno, restituisca valore al lavoro dei Servizi, dei Distretti, degli operatori e che riesca a dare valore anche alla dimensione comunitaria del lavoro sociale.

Da questo punto di vista tutte le esperienze raccontate richiamano un forte investimento nel rafforzamento delle reti, una priorità nel fronteggiare l'emergenza senza che questa determini uno schiacciamento e una frammentazione della risposta specialistica e parcellizzata, nel tentativo piuttosto di riappropriarsi di una capacità determinante di rilettura dei problemi.

Una crisi come quella attuale determina un cambiamento di ottica nella programmazione e la necessità di costruire un sistema di valutazione in grado di raccontare gli esiti delle azioni proposte sul territorio, affinando la capacità di programmare e accrescendo competenze specifiche in questo campo.

Al di là della crisi, è anche da sottolineare che la tenuta dei Servizi in questa fase è spesso dovuta in larga parte al lavoro che negli ultimi 10 anni è stato portato avanti nello sviluppo dei processi programmatori territoriali: i Piani di zona sono stati e sono ancora oggi uno strumento utile, perché hanno consentito di mantenere ferma la priorità delle progettazioni territoriali, hanno dotato le Regioni - e in particolare l'Emilia-Romagna - di dati sui contesti e sulle politiche sociali e socio-sanitarie locali che altrimenti sarebbero rimasti frammentati.

L'analisi dei casi studio ha portato ad alcune considerazioni interessanti, soprattutto se messe in relazione con l'investimento fatto a livello regionale attraverso il Fondo straordinario. Ha inoltre consentito di ampliare lo sguardo ai processi programmatori. Da questo punto di vista la mappa proposta in Figura 18 rappresenta una guida alla lettura di quanto raccolto.

La maggior parte dei territori incontrati si rappresentano o descrivono nel quadrante 3: prevale il vincolo di disponibilità economica, la razionalizzazione delle risorse e la necessità di operare scelte in relazione al mantenimento di alcuni progetti o addirittura Servizi.

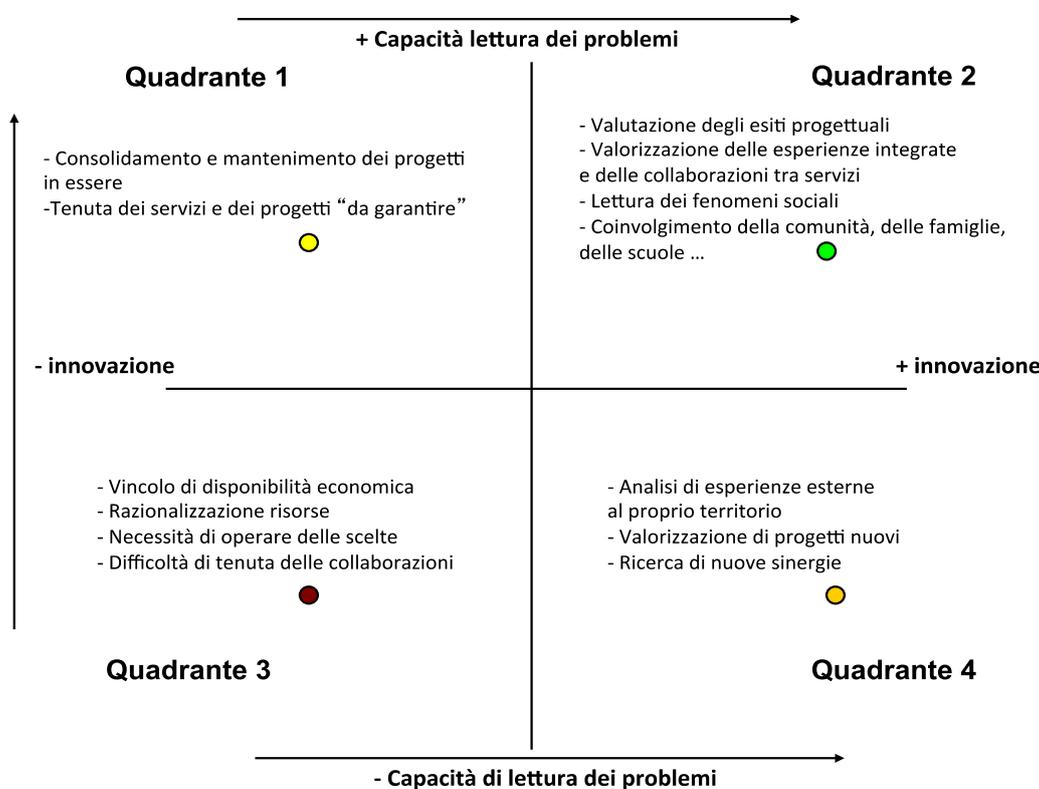
Questi aspetti incidono negativamente sulla tenuta delle collaborazioni e sulla possibilità di attivare ulteriori scambi. A fronte di questi dati, Uffici di Piano e Distretti socio-sanitari assumono due orientamenti prioritari: rinunciano alla cosiddetta innovazione (quadrante 1), nei tanti significati che ciascuno attribuisce a questo termine, puntando al consolidamento e al mantenimento dei progetti in essere, costruendo una piattaforma di progetti e di servizi che rappresentano livelli essenziali per quel territorio, all'interno della cornice proposta dalla Regione sia attraverso la LR n. 14/2008 sia attraverso la successiva DGR n. 378/2010, oggetto specifico di questa analisi. L'altra possibilità è invece quella di puntare sull'innovazione (quadrante 4), provando a sviluppare un sistema costruito anche sulla base di nuove e più solide sinergie, per esempio costruendo relazioni differenti con associazionismo e Terzo settore o valorizzando la progettualità spontanea che emerge spesso dai contesti sociali comunitari come la scuola o come i centri di formazione professionale e che rischia di perdersi in rivoli di

microprogettualità, molto promettenti ma poco diffuse. In questo caso il lavoro è orientato anche al confronto con altri territori ed esperienze e alla valorizzazione di nuovi progetti.

Se si considera in questa analisi il quadrante 2 come un approdo possibile, raggiungibile passando sia dal quadrante 3 sia dal quadrante 4, si vede come questo rappresenti una possibilità di rilancio della programmazione, che tiene insieme valutazione e valorizzazione degli esiti progettuali, aumentata capacità progettuale e di lettura dei fenomeni e quindi capacità di produrre anche innovazione.

In questo percorso la programmazione può ancora dare un contributo importante, sia in presenza di maggiori risorse (il Fondo straordinario è stato un fondo aggiuntivo), sia - ancora di più in tempi di risorse carenti - per concorrere a riconfigurare le priorità dei territori.

Figura 18. Una possibile rappresentazione per una prospettiva rivolta alla programmazione nei casi studio analizzati



Riferimenti bibliografici del Capitolo 6

- Forni M. Se arriva la zampa d'elefante, Come aprire i servizi a una idea di futuro. *Animazione sociale*, n. 266, Inchiesta, ottobre 2012.
- Mazzoli G. Insetto speciale. *Animazione sociale*, agosto/settembre 2010.
- Menichini I. Di cosa parliamo quando parliamo di sussidiarietà. *WelfareOggi*, n. 4/2012.
- Stanghellini A. Il punto non è la qualità ma gli obiettivi. *WelfareOggi*, n. 5/2012.

Appendici del Capitolo 6

Appendice 1. Interviste effettuate

Distretto di Bologna (Azienda USL di Bologna)

Gabriele Cavazza - Direttore Distretto di Bologna
Annalisa Faccini - Responsabile Minori, Famiglie, tutele e protezioni, Settore Servizi sociali,
Comune di Bologna

Distretto di Castelfranco Emilia (Azienda USL di Modena)

Elena Zini - Responsabile Ufficio di Piano

Distretto di Ferrara (Azienda USL di Ferrara)

Alberto Tinarelli - Direttore Distretto di Ferrara
Paola Castagnotto - Responsabile Ufficio per l'integrazione, Azienda USL di Ferrara
Lucia Bergamini - Responsabile Ufficio di Piano

Distretto di Ravenna (Azienda USL di Ravenna)

Roberta Serri - Responsabile Ufficio di Piano
Annalisa Allodoli - Cooperativa Psicke, responsabile del progetto "A scuola di mediazioni"

Distretto di Rimini Nord (Azienda USL di Rimini)

Maurizio Bigi - Direttore dell'Unità operativa Tutela salute famiglia, donna ed età evolutiva,
Azienda USL di Rimini
Micaela Donnini - Responsabile Coordinamento affidi, Azienda USL di Rimini
Laura Pulvirenti - Responsabile Tutela minori, Azienda USL di Rimini
Fabio Mazzotti - Responsabile Ufficio di Piano

Distretto del Rubicone (Azienda USL di Cesena)

Antonella Brunelli - Direttore Distretto Cesena
Giovanni Esposito - Responsabile Ufficio di Piano

Distretto Piacenza Ponente (Azienda USL di Piacenza)

Piera Reboli - Direttore Distretto di Ponente
Rossella Barbattini - Responsabile Ufficio di Piano

Distretto Valli Taro e Ceno (Azienda USL di Parma)

Serena Rolandi - Responsabile Ufficio di Piano
Giuseppina Frattini - Direttore Distretto Valli Taro e Ceno

Appendice 2. Traccia interviste casi studio

- Quali aree sono state prevalentemente considerate prioritarie nel vostro Distretto (promozione, prevenzione, cura - eventualmente portare evidenze di analisi o dati, oppure racconto storico territoriale, ...)?
- Cosa di quello che è stato progettato vi sembra sia particolarmente innovativo per il vostro territorio?
- Rispetto alle indicazioni regionali a cosa vi sembra di avere risposto adeguatamente e a cosa vorreste ancora rispondere (vedi obiettivi, attenzioni, aree di lavoro)?
- Cosa hanno prodotto / stanno producendo questi progetti o queste attività?
- Sono prodotti che incidono anche sulla futura programmazione dei Servizi? Cioè che rispondono a bisogni o a una domanda sociale che la programmazione può sostenere e orientare? Se sì, in che modo?
- Possono essere individuate delle ricadute di questi progetti? (ricadute sul sistema dei Servizi, sulla programmazione infanzia, sui destinatari, su altre aree di programmazione - salute, scuola, ... -, su altri enti, sugli operatori, sulla rete o la comunità)
- Sono progetti che considerate "consolidati"?
- Quali ricadute organizzative hanno avuto questi progetti/queste attività in termini di sviluppo dell'integrazione tra Servizi (nate nuove collaborazioni, emersi nuovi soggetti, sviluppo lavoro d'*équipe*, unità di valutazione, ...)?
- In termini di sviluppo o consolidamento delle reti?
- Ad oggi quali di questi progetti sono sostenibili in futuro? Perché?
- Sono state pensate priorità rispetto ad alcuni progetti?
- Quali obiettivi futuri?
- In base alla Sua esperienza, a quanto proposto dalla Regione, a quanto realizzato fin qui dal Distretto/soggetto gestore, quali apprendimenti può mettere in rilievo rispetto alla realizzazione dei singoli progetti?
- Cosa riproporrebbe, cosa no? Perché?
- Sono state intraprese azioni formative specifiche? Se sì, con quali risultati? (*raccogliere qualche elemento specifico sulla formazione con azione trasversale proposta dal Distretto, in caso sia presente*)
- Rispetto all'azione regionale di accompagnamento cosa pensa? Ha partecipato a qualche iniziativa regionale? Ci sono stati apprendimenti specifici o elementi emersi che Le sono risultati utili per la programmazione? Ha ulteriori attese?
- Cosa si aspetterebbe per il futuro? Si ritiene soddisfatto? Ha delle preoccupazioni?
- Cosa secondo Lei ad oggi rappresenta qualcosa di irrinunciabile, nato in questi anni (dal 2008 e il 2010)? (*approfondire le motivazioni*)

- La DGR n. 378/2010 proponeva di sviluppare quattro azioni in tutti i Distretti (supporto alla domiciliarità, presa in carico multidisciplinare con lavoro *d'équipe* attraverso formazione congiunta e modalità operative condivise, fondo comune distrettuale/provinciale, accoglienza in emergenza). Cosa avete costruito sul vostro territorio? (ragioni, approfondimento, esiti, attese, prodotti, ecc.).

COLLANA DOSSIER

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

1990

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPEL. Bologna. (*)

1991

6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna. (*)

1992

9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna.

1993

14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna. (*)

1994

18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna. (*)

(*) volumi disponibili in formato cartaceo presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale.
Tutti i volumi sono anche scaricabili dal sito <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier>

22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna. (*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna.

1995

24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna. (*)

1996

26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna. (*)

1997

29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna. (*)

1998

35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna. (*)

1999

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna. (*)

2000

41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2001

47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2002

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna. (*)
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna. (*)
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
72. Linee guida per la chemioprolifassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

2003

76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (*)
82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (*)

- 83.** Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna. (*)
- 84.** I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
- 85.** Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (*)
- 86.** Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna. (*)
- 87.** I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 88.** Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (*)

2004

- 89.** Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna. (*)
- 90.** La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna. (*)
- 91.** Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna. (*)
- 92.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna. (*)
- 93.** Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna. (*)
- 94.** Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna. (*)
- 95.** Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 96.** Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 97.** Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
- 98.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna. (*)
- 99.** La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna. (*)
- 100.** Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna. (*)
- 101.** Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 102.** Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna. (*)
- 103.** Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna.
- 104.** Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2005

- 105.** SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna. (*)
- 106.** La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (*)
- 107.** Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 108.** Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna. (*)
- 109.** Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.
- 110.** Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 111.** Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna. (*)
- 112.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna. (*)
- 113.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 114.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna. (*)

- 115.** Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna. (*)
- 116.** Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2006

- 117.** Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna. (*)
- 118.** Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna. (*)
- 119.** Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna. (*)
- 120.** Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna. (*)
- 121.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna. (*)
- 122.** Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna. (*)
- 123.** Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna.
- 124.** Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna. (*)
- 125.** Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 126.** Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna. (*)
- 127.** La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna. (*)
- 128.** La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna. (*)
- 129.** Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna. (*)
- 130.** La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna.
- 131.** La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 132.** Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 133.** Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna. (*)
- 134.** Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna. (*)
- 135.** Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna. (*)
- 136.** Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna. (*)
- 137.** Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna. (*)
- 138.** Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 139.** La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna.
- 140.** Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna. (*)

2007

- 141.** Accreditamento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna.
- 142.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna. (*)
- 143.** Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 144.** La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna. (*)
- 145.** Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna. (*)
- 146.** Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna. (*)
- 147.** Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna. (*)
- 148.** I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 149.** E-learning in sanità. Bologna. (*)

- 150.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna. (*)
- 151.** "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna. (*)
- 152.** L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna. (*)
- 153.** Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 154.** Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 155.** La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna. (*)
- 156.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna. (*)
- 157.** FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna. (*)
- 158.** Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna. (*)
- 159.** L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 160.** Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna. (*)

2008

- 161.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna. (*)
- 162.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna. (*)
- 163.** Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna. (*)
- 164.** La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 165.** L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna. (*)
- 166.** Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 167.** La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna. (*)
- 168.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 169.** Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna. (*)
- 170.** Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna. (*)
- 171.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna. (*)

2009

- 172.** La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna. (*)
- 173.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 174.** I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna. (*)
- 175.** Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna. (*)
- 176.** Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 177.** Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna. (*)
- 178.** Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 179.** Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna. (*)
- 180.** La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna. (*)
- 181.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna. (*)

- 182.** La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 183.** I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 184.** Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna. (*)
- 185.** Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna. (*)
- 186.** Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna. (*)
- 187.** Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna. (*)

2010

- 188.** Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 189.** "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna. (*)
- 190.** Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 191.** I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza. Bologna. (*)
- 192.** La governance delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento. Bologna. (*)
- 193.** Il mobbing tra istanze individuali e di gruppo. Analisi di un'organizzazione aziendale attraverso la tecnica del focus group. Bologna. (*)
- 194.** Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Bologna. (*)
- 195.** Indagine sul dolore negli ospedali e negli hospice dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 196.** Evoluzione delle Unità di terapia intensiva coronarica in Emilia-Romagna. Analisi empirica dopo implementazione della rete cardiologica per l'infarto miocardico acuto. Bologna. (*)
- 197.** TB FLAG BAG. La borsa degli strumenti per l'assistenza di base ai pazienti con tubercolosi. Percorso formativo per MMG e PLS. Bologna.
- 198.** La ricerca sociale e socio-sanitaria a livello locale in Emilia-Romagna. Primo censimento. Bologna. (*)
- 199.** Innovative radiation treatment in cancer: IGRT/IMRT. Health Technology Assessment. ORientamenti 2. Bologna. (*)
- 200.** Tredici anni di SIRS - Servizio informativo per i rappresentanti per la sicurezza. Bologna. (*)
- 201.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2008. Bologna. (*)
- 202.** Master in Politiche e gestione nella sanità, Europa - America latina. Tracce del percorso didattico in Emilia-Romagna, 2009-2010. Bologna. (*)

2011

- 203.** Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di terapia intensiva. Bologna.
- 204.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2009. Bologna. (*)
- 205.** L'informazione nella diagnostica pre-natale. Il punto di vista delle utenti e degli operatori. Bologna. (*)
- 206.** Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale. Bologna. (*)
- 207.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in breast cancer. ORientamenti 3. Bologna. (*)
- 208.** Il ruolo dei professionisti nell'acquisizione delle tecnologie: il caso della protesi d'anca. Bologna. (*)
- 209.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in esophageal cancer. ORientamenti 4. Bologna. (*)
- 210.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2009. Bologna. (*)
- 211.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in colorectal cancer. ORientamenti 5. Bologna. (*)
- 212.** Mortalità e morbosità materna in Emilia-Romagna. Rapporto 2001-2007. Bologna. (*)

- 213.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2003-2007. Bologna.
- 214.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2008-2009. Bologna.
- 215.** "Fidatevi dei pazienti". La qualità percepita nei Centri di salute mentale e nei Servizi per le dipendenze patologiche. Bologna. (*)
- 216.** Piano programma 2011-2013. Agenzia sanitaria e sociale regionale. Bologna. (*)
- 217.** La salute della popolazione immigrata in Emilia-Romagna. Contributo per un rapporto regionale. Bologna.

2012

- 218.** La valutazione multidimensionale del paziente anziano. Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale. Bologna. (*)
- 219.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in lung cancer. ORientamenti 6. Bologna. (*)
- 220.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2010. Bologna. (*)
- 221.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in head and neck cancer. ORientamenti 7. Bologna. (*)
- 222.** Linee guida per la predisposizione di un Bilancio sociale di ambito distrettuale. Bologna.
- 223.** Analisi e misurazione dei rischi nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 224.** Il percorso assistenziale integrato nei pazienti con grave cerebrolesione acquisita. Fase acuta e post-acuta. Analisi comparativa dei modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 225.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2010. Bologna. (*)
- 226.** La ricerca e le politiche sociali e socio-sanitarie in Emilia-Romagna. Applicazione e approcci per la valutazione. Bologna.
- 227.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in malignant lymphoma. ORientamenti 8. Bologna. (*)
- 228.** Linee guida per la stesura e l'utilizzo della Carta dei servizi delle ASP. Bologna.
- 229.** Indagine sul dolore negli ospedali, negli hospice e in assistenza domiciliare in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 230.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2011. Bologna. (*)
- 231.** Incident reporting in Emilia-Romagna: stato dell'arte e sviluppi futuri. Bologna. (*)

2013

- 232.** La nascita pretermine in Emilia-Romagna. Anni 2004-2009. Bologna. (*)
- 233.** La qualità del servizio sociale territoriale in Emilia-Romagna. Bologna.
- 234.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2011. Bologna. (*)
- 235.** La ricerca sociale e sociosanitaria: gli attori pubblici coinvolti. Indagine online in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 236.** Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale. Gestione sul territorio secondo il chronic care model. Bologna. (*)

2014

- 237.** Misurazione della qualità dei servizi alla persona. Risultati di un progetto regionale. Bologna. (*)
- 238.** Esiti riferiti dal paziente. Concetti, metodi, strumenti. Bologna. (*)
- 239.** Risorse umane in sanità: per una previsione dei fabbisogni in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 240.** Programma regionale per i disturbi del comportamento alimentare. Contributi 2009-2012. Bologna. (*)
- 241.** Tante reti, tanti paradigmi. Network analysis in sanità. Bologna.
- 242.** Progetto regionale SOS.net - Rete sale operatorie sicure. 2011-2012. Bologna. (*)
- 243.** Il Programma di ricerca Regione-Università dell'Emilia-Romagna. L'esperienza dal 2007 al 2013. Bologna. (*)
- 244.** Qualità percepita nei Centri per i disturbi cognitivi. Materiali e proposte. Bologna. (*)
- 245.** Chi ascolta, cambia! Segnalazioni dei cittadini e qualità percepita nelle Aziende sanitarie. Bologna. (*)
- 246.** I tutor per la formazione nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna - Area vasta Emilia Nord. Bologna. (*)

- 247.** Automonitoraggio della glicemia e terapia insulinica iniettiva nel diabete mellito. Sintesi comparativa delle linee guida internazionali. Bologna. (*)
- 248.** Dispositivi per il monitoraggio continuo del glucosio e l'infusione continua di insulina nel diabete mellito Sintesi comparativa delle linee guida internazionali. Bologna. (*)

2015

- 249.** Teatralmente. Una valutazione d'esito applicata al Progetto regionale "Teatro e salute mentale". Bologna. (*)
- 250.** Qualcosa non ha funzionato: possiamo imparare? Il sistema dell'incident reporting in Emilia-Romagna. 2012-2013. Bologna. (*)
- 251.** Famiglie e famiglie "multiproblematiche". Orientamenti metodologici e linee operative per affrontare la complessità. Bologna. (*)
- 252.** Disturbi dello spettro autistico. Il Progetto regionale per i bambini 0-6 anni. Bologna. (*)
- 253.** Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 254.** Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 255.** Evoluzione del *welfare* regionale nel contesto del federalismo. Bologna. (*)

