

Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni

a cura di Emanuele Ranci Ortigosa

Indice

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

La normativa statale e regionale sui livelli essenziali

Franco Pesaresi

Dirigente Servizi sociali, Comune di Ancona, Presidente Anoss

1. IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esse sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TAVOLA 3 Criteri per la costruzione dei Leps

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

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

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

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

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

2. LIVELLI ESSENZIALI E REGIONI

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

2.1. Aspetti definitivi

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

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

TAVOLA 4 L'evoluzione della terminologia nelle Regioni italiane

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

Fonte: bibliografia.

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

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

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

2.2. I criteri per l'identificazione dei livelli

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

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

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

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

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

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

TAVOLA 5 Regioni italiane: criteri per la definizione dei Leps

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

Fonte: bibliografia.

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

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

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

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

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

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

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

2.3. L'individuazione dei livelli essenziali

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

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

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

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

Questa classificazione riprende ampiamente ma non totalmente quanto

TAVOLA 6 Tipologie di servizi e prestazioni

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

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

Fonte: bibliografia.

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

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

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

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

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

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

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

TAVOLA 7 Prestazioni sociali per i Leps individuate da più Regioni

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

continua

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

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

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

continua

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

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

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

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

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

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

continua

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

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

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

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

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

segue TAVOLA 10

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

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

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

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

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

continua

segue TAVOLA 11

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

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

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

2.4 Le priorità

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

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

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

TAVOLA 12 Leps da attivare prioritariamente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5 Indicatori per i Leps

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

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

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

Gli indicatori individuati dall'Abruzzo hanno due principali caratteristiche:

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

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

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

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

Fonte: Abruzzo, Piano sociale regionale 2007-2009.

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

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

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

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

2.6. Le garanzie

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

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

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

3. GLI AMBITI TERRITORIALI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. I BENEFICIARI

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

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

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

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

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

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

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

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

TAVOLA 18 I beneficiari stranieri dei Leps secondo le Regioni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. SINTESI CONCLUSIVA

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

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

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

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

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

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

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

1. il finanziamento disponibile;

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

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

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

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

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

Bibliografia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Regione Basilicata: D.G.R. 21 dicembre 2001, n. 2726: "Piani sociali di zona – Assegnazione fondi - approvazione".

Regione Basilicata: L.R. 14 febbraio 2007, n. 4: "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale".

Regione Calabria: L.R. 5 dicembre 2003, n. 23: "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della l. 328/00)".

Regione Campania: L.R. 23 ottobre 2007, n.11: "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della L. 8/11/2000, n. 328".

Regione Campania: D.G.R. 29/6/2001, n. 1824: "Legge 8 novembre 2000, n. 328 – Determinazione degli ambiti territoriali pa gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete".

Regione Campania: D.G.R. 4/5/2001, n. 1826: "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Regione Campania, Linee guida per la programmazione sociale 2003 e per il consolidamento del sistema di welfare della Regione Campania, gen-2003.

Regione Campania: D.G.R. 26/1/2006, n. 109: "D.D.L. "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale" – Emendamenti."

Regione Emilia-Romagna: L.R. 12/3/2003, n. 2: "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Regione Emilia-Romagna: Bozza di "Piano sociale e sanitario 2007-2009".

Regione Friuli-Venezia Giulia: D.G.R. 29/5/2002, n. 1891: "Legge regionale 18/1996, articolo 6. Programma per la prima attuazione della l. 328/00. Assegnazione fondi statali 2001 e anni precedenti".

Regione Friuli Venezia Giulia: D.G.R. 29 novembre 2004, n. 3236: "L.R. 23/2004, art.7, comma 2: Linee guida per la predisposizione del programma delle attività territoriali (PAT) e del piano di zona (PDZ)".

Regione Friuli Venezia Giulia: L.R. 31 marzo 2006, n. 6: "Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale".

Regione Lazio: D.C.R. 1/12/1999, n. 591: "Approvazione del primo Piano socio-assistenziale regionale 1998-2001".

Regione Lazio: D.G.R. 25/10/2002, n. 1408: "Art. 48 legge regionale n. 38/1996. Approvazione del primo Piano socio-assistenziale 2002-2004".

Regione Liguria: L.R. 9/9/1998, n. 30: "Riordino e programmazione dei servizi sociali della Regione e mod. alla L.R. 42/1994 in materia di organizzazione e funzionamento della USL".

Regione Liguria: D.G.R. 7/12/2006, n. 1376: "Approvazione, ai sensi art. 62 L.R. 12/2006 "Promozione sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari" dei confini e dell'organizzazione ambiti territoriali sociali della Liguria".

Regione Liguria: L.R. 24 maggio 2006, n. 12: "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari".

Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni

Regione Liguria: D.C.R. 1/8/2007, n. 35: “Piano sociale integrato regionale 2007/2010 – Legge regionale 24 maggio 2006, n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) art. 25 e 62”.

Regione Lombardia: L.R. 12/3/2008, n. 3: “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”.

Regione Marche: D.C.R. 1/3/2000, n. 306: “Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000-2002”.

Regione Marche: D.G.R. 12/11/2002, n. 1968: “Approvazione linee guida per la predisposizione e l’approvazione dei piani di zona 2003”.

Regione Molise: D.C.R. 12 novembre 2004, n. 251: “Piano regionale delle politiche sociali 2004-2006”.

Regione Piemonte, Disegno di legge regionale n. 407 presentato dalla Giunta regionale l’8/4/2002: “Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali”.

Regione Piemonte: L.R. 8 gennaio 2004, n. 1: “Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”.

Regione Puglia, legge regionale 12/7/2002, n. 13: “Individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio-assistenziali”.

Regione Puglia: L.R. 10 luglio 2006, n. 19: “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia”.

Regione Puglia: D.G.R. 4 agosto 2004, n. 1104: “L.R. 25 agosto 2003, n.17 – art. 8. Piano regionale delle politiche sociali – interventi e servizi in Puglia. Approvazione.”

Regione Sardegna: L.R. 23 dicembre 2005, n. 23: “Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n.4 del 1998 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali)”.

Regione Sicilia: “Verso il Piano socio-sanitario della Regione siciliana”, 2002.

Regione Sicilia, Decreto presidenziale 4/11/2002, Linee guida per l’attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana”.

Regione Toscana: D.G.R. 20/9/2001, n. 1038: “Programma di iniziativa regionale “livelli di assistenza e cittadinanza sociale”.

Regione Toscana: D.C.R. 24/7/2002, n. 122: “Piano integrato sociale regionale 2002-2004”.

Regione Toscana: D.G.R. 17/9/2002, n. 961: “Piano zonale di assistenza sociale, art. 11 L.R. 72/97 – Approvazione indirizzi operativi e strumenti per la redazione del Piano di zona 2002-2004”.

Regione Toscana: L.R. 24 febbraio 2005, n. 41: “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”.

Regione Toscana: D.C.R. 31 ottobre 2007, n. 113: “Piano integrato sociale regionale (P.I.S.R.) 2007-2010”.

Regione Umbria: D.C.R. 20/12/1999, n. 759: “Piano sociale regionale 2000-2002”.

Regione Valle d’Aosta: L.R. 20 giugno 2006, n. 13: “Approvazione del piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008”.

Regione Veneto: disegno di legge della Giunta regionale n. 14 dell’11 luglio 2006: “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi alla persona”.

Regione Veneto: D.G.R. 18/6/2004, n. 1764: “Linee guida per la predisposizione dei Piani di zona. L. n. 328/2000, LL.RR. n. 56/1994, n. 5/1996, n. 11/2001”.

Note

1 Recentemente sono apparsi anche i Leps settoriali. Si leggeva infatti nel programma di legislatura del Ministro delle Politiche per la famiglia del Governo Prodi che era sua intenzione individuare i LEF (livelli essenziali delle prestazioni per la famiglia) in grado di tutelare i diritti della famiglia. Analogo riferimento settoriale compare anche all’art. 1, comma 1264 della l. 296/06 che fa esplicito riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire alle persone non autosufficienti.

2 Il che ha permesso, per fare qualche esempio, ad alcune Regioni di applicare a ticket per l’assistenza farmaceutica e ad altre di decidere di non farlo (modalità di accesso) oppure di ritenere come rispettose dei Lea sia le Regioni che assistono con l’ADI 8 anziani su mille ai pari di chi ne assiste 80 su mille (dimensionamento dei servizi).

3 La presente ricognizione prende in esame esclusivamente le determinazioni delle Regioni successive alla l. 328/00.

4 In particolare, per ogni scheda dei 14 servizi/interventi individuati dalla Regione Lazio sono indicate le finalità, le prestazioni/interventi, le prestazioni e interventi integrati, l’organizzazione, i destinatari, il servizio, e gli obiettivi operativi.

5 In questa sede si sono valutate solo le categorie dei beneficiari senza alcuna valutazione delle procedure (valutazione del bisogno) e dei requisiti personali (reddito, ecc.) per accedere alle prestazioni.

6 Siccome questi accordi ancora non esistono le prestazioni agli italiani non residenti nella Regione in cui si chiede l’assistenza non dovrebbero essere erogate.

La spesa pubblica per le prestazioni sociali

Franco Pesaresi

Dirigente Servizi sociali, Comune di Ancona, Presidente Anoss

1. LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SOCIALE

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di quantificare la spesa pubblica per l'assistenza sociale in Italia.

L'assistenza sociale comprende tutti quegli interventi, previsti da una normativa strutturata, volti a rispondere in modo mirato a specifici bisogni individuali o a categorie circoscritte di bisognosi. Gli strumenti di intervento dell'assistenza sociale sono i servizi sociali e le prestazioni monetarie, che possono avere carattere nazionale o locale. La tavola 1 elenca le grandi categorie delle prestazioni sociali erogate dai soggetti pubblici nazionali e locali.

In genere, le prestazioni assistenziali sono subordinate all'accertamento degli uffici pubblici di due condizioni:

1. uno specifico bisogno individuale manifesto (per esempio, la condizione di non autosufficienza, o un problema fisico o psichico, o un particolare disagio familiare, ecc.);
2. l'assenza o l'inadeguatezza delle risorse atte a far fronte alla situazione di bisogno verificata attraverso la prova dei mezzi (Ferrera, 2006).

Quanto si spende in Italia per l'assistenza sociale? Rispondere non è facile. Occorre innanzitutto individuare il livello di spesa delle prestazioni nazionali di tipo assistenziale (che in genere sono "diritti soggettivi") e occorre ricostruire la spesa dei livelli sub-nazionali di governo dove, però, gli interventi sono disomogenei e frammentati. I problemi riscontrati sono di due ordini; il primo deriva dai finanziamenti che vengono trasferiti dal centro alle Regioni e poi ai Comuni, in cui ciascun livello è tuttavia libero di integrare le risorse trasferite con risorse proprie, con il rischio di doppia contabilizzazione (Ferrera, 2006). Inoltre, come secondo aspetto problematico, si rilevano differenti valutazioni sulle prestazioni che possono essere considerate assistenziali piuttosto che previdenziali.

Quello che si può fare, partendo dalle tipologie di prestazione presentate nella tavola 1, è presentare una stima della spesa complessiva per l'assistenza sociale avvalendoci delle diverse fonti.

TAVOLA 1 Le prestazioni di assistenza sociale in Italia

	Prestazione sociale	Gestione	Destinatari
Livello nazionale	Assegno sociale (o pensione sociale)	Inps	Cittadini con più di 65 anni, con prova dei mezzi
	Pensione d'invalidità civile	Inps e Regioni	Cittadini inabili, con prova dei mezzi
	Assegno per le famiglie con almeno tre figli minori	Inps e Comuni	Famiglie con almeno tre figli minori, con prova dei mezzi
	Assegno di maternità per le madri sprovviste di altra copertura assicurativa	Inps e Comuni	Donne in stato interessante, prive di altra copertura assicurativa, con prova dei mezzi
	Assegno per il nucleo familiare	Inps	Lavoratori dipendenti e pensionati ex lavoratori dipendenti, con prova dei mezzi
	Trattamento di integrazione al minimo delle pensioni (ad esaurimento, sostituite dall'assegno sociale)	Inps	Pensionati titolari di pensione da lavoro, con prova dei mezzi
	Sostegno per l'accesso alle abitazioni in locazione	Ministero Infrastrutture e trasporti, Regioni e Comuni	Titolari di contratto di locazione, con prova dei mezzi
Livello locale	Sussidi alle famiglie in situazioni di disagio	Comuni	Tutti i nuclei familiari residenti in situazione di indigenza, ma con forte discrezionalità e vincolati alle disponibilità di bilancio dell'ente
	Esoneri e/o riduzioni da tariffe	Comuni/Regioni	Tutti i cittadini, ma con forte discrezionalità e vincolati alle disponibilità di bilancio dell'ente.
	Servizi sociali	Comuni, Province, Asl	Tutti i cittadini con diverse modalità di accesso
Fonte: rielaborazione da Ferrera (2006).			

2. LA SPESA EUROPEA PER LA PROTEZIONE SOCIALE

La spesa sociale europea

La dimensione della spesa per la protezione sociale nei vari Paesi europei e soprattutto la sua articolazione nelle diverse funzioni dipendono dal modello di welfare adottato da ciascun Paese, dalla specificità del quadro istituzionale interno e da altri fattori socio-demografici, come il processo di invecchiamento della popolazione. Questo determina un panorama piuttosto variegato, che cercheremo di illustrare molto brevemente facendo riferimento ai 15 Paesi che costituivano l'Unione europea prima dell'allargamento.

I dati sulla spesa per la protezione sociale che seguono sono di fonte Eurostat, che li calcola secondo la metodologia del "Sistema europeo delle statistiche integrate sulla protezione sociale" (European system of integrated social protection statistics, Esspros).

Il sistema Esspros di Eurostat, di fronte alle differenze nazionali ha dovuto dare una definizione convenzionale di "protezione sociale" all'interno della quale rientrano "tutti gli interventi di organismi pubblici o privati destinati ad alleggerire, senza contropartita e indipendentemente dalle

disponibilità personali, il carico rappresentato dall'evenienza di rischi o bisogni per le famiglie e le persone". Gli interventi considerati avvengono dunque in assenza sia di una contropartita equivalente e simultanea da parte del beneficiario (che non sta quindi acquistando sul mercato un servizio specifico al materializzarsi del bisogno), sia di polizze assicurative stipulate (*ex ante* e a fronte del possibile incorrere del bisogno) per iniziativa privata dello stesso beneficiario. L'adozione di sistemi contabili fissati a livello europeo permette che le informazioni statistiche contabili disponibili vengano ricondotte a classificazioni omogenee e definizioni comuni, assicurando coerenza nei riferimenti temporali o spaziali, permettendo così una comparazione fra i vari Paesi europei. I conti rappresentano in tal senso una sintesi degli interventi pubblici e privati effettuati nel campo della protezione sociale sia dal lato della spesa sia del finanziamento.

Per convenzione, la lista di rischi o bisogni suscettibili d'essere coperti dalla Protezione sociale, con le prestazioni indicate nella tavola 2, è stata formulata come segue:

1. malattia/assistenza sanitaria;
2. invalidità;
3. vecchiaia;
4. vedovanza/superstiti;
5. famiglia/infanzia;
6. disoccupazione;
7. abitazione;
8. esclusione sociale e altro non diversamente classificato.

La spesa include i benefici sociali erogati, i costi amministrativi per la gestione del sistema e altre spese residuali (Eurostat, 1996).

Il sistema di classificazione della spesa sociale europea, come è facile immaginare, non riesce a tener conto di tutte le specificità nazionali. Permangono infatti alcune differenze fra il sistema di classificazione italiano dell'Istat e quello di Eurostat.¹

Nell'Europa dei 15, dopo il picco del 1993, quando la spesa per la protezione sociale raggiunse il livello massimo del 28,7% del Pil, la spesa è scesa fino al 26,9% del 2000, è cresciuta di nuovo nel 2003 fino al 27,7% e poi è scesa leggermente nel 2004 al 27,6%.²

Le prime stime relative al 2005 prevedono un'ulteriore leggera riduzione della spesa (tendenzialmente attorno al 27,5%).

Questa tendenza sconta anche gli effetti delle riforme intraprese, in particolar modo in campo pensionistico, dalla maggior parte dei Paesi europei nel corso degli anni Novanta.

Scorporando i costi amministrativi e le altre spese residuali, pari all'1% del Pil, si ottengono le prestazioni sociali effettivamente trasferite alla popolazione, la cui incidenza sul Pil scende al 26,6%.

I Paesi con i livelli più sostenuti di spesa sociale, superiori al valore medio dei "quindici", sono la Svezia, che arriva al 32,9% del Pil, la Francia e la Danimarca, con valori intorno al 31%, e la Germania, l'Austria e il Belgio, che si collocano al 29% circa.

TAVOLA 2 Classificazione Esspros/Eurostat delle prestazioni per la protezione sociale, per funzione

Settore	Prestazioni in denaro	Prestazioni in servizi
Sanità	Permessi di malattia pagati Altri benefici finanziari	Assistenza dei ricoverati: <ul style="list-style-type: none"> • in modo diretto • rimborsi Cura dei pazienti non ricoverati, di cui, prodotti farmaceutici: <ul style="list-style-type: none"> • in modo diretto • rimborsi Altri benefici
Disabilità	Pensioni di invalidità Pensionamento anticipato dovuto alla ridotta capacità lavorativa Permessi di cura Integrazione economica del disabile Altri benefici finanziari	Alloggio Assistenza nelle attività quotidiane Riabilitazione Altri benefici
Anzianità	Pensioni di anzianità Pensioni di anzianità anticipate Pensioni parziali Indennità di accompagnamento Altri benefici finanziari	Alloggio Assistenza nelle attività quotidiane Altri benefici
Superstiti	Pensioni per superstiti Sussidio in caso di morte Altri benefici finanziari	Spese per funerali Altri benefici
Famiglia e infanzia	Sussidio di mantenimento per il figlio Sussidio di nascita Permessi parentali Indennità di famiglia o infanzia Altri benefici finanziari	Cura giornaliera dei bambini Alloggio Aiuto alla famiglia Altri benefici
Disoccupazione	Sussidi di piena disoccupazione Sussidi di disoccupazione parziale Sussidi familiari Indennità per formazione professionale Risarcimento per licenziamento Altri benefici finanziari	Mobilità e liquidazione Formazione professionale Altri benefici
Abitazioni		Benefici per affitto, di cui: <ul style="list-style-type: none"> • social housing • benefici per il proprietario-occupante
Esclusione sociale e casi non classificati altrove	Reddito di sostegno Altri benefici finanziari	Alloggio Recupero di alcolisti e tossicodipendenti Altri benefici

Fonte: Eurostat (1996).

L'Italia, che nel 2004 impiegava il 26,1% del Pil per la protezione sociale, si caratterizza per valori di spesa costantemente inferiori alla media europea, ma con un *trend* di crescita costante in questo secolo, che ha portato alla riduzione del differenziale a -1,5% rispetto alla media europea.

TAVOLA 3 Spesa per la protezione sociale in % sul Pil, Europa dei 15					
Nazioni	2000	2001	2002	2003	2004
Svezia	30,7	31,3	32,3	33,3	32,9
Francia	29,5	29,6	30,4	30,9	31,2
Danimarca	28,9	29,2	29,7	30,7	30,7
Germania	29,2	29,3	29,9	30,2	29,5
Belgio	26,5	27,3	28,0	29,1	29,3
Austria	28,2	28,6	29,1	29,5	29,1
Olanda	26,4	26,5	27,6	28,3	28,5
EU 15	26,9	27,1	27,4	27,7	27,6
Finlandia	25,1	24,9	25,6	26,5	26,7
Regno Unito	27,1	27,5	26,4	26,4	26,3
Italia	24,7	24,9	25,3	25,8	26,1
Grecia	25,7	26,7	26,2	26,0	26,0
Portogallo	21,7	22,7	23,7	24,2	24,9
Lussemburgo	19,6	20,8	21,4	22,2	22,6
Spagna	19,7	19,5	19,8	19,9	20,0
Irlanda	14,1	15,0	16,0	16,5	17,0

Fonte: nostra elaborazione su dati Eurostat (2007b).

TAVOLA 4 Spesa pro capite per la protezione sociale (€)		
Nazioni	2000	2004
Lussemburgo	8.858	11.257
Danimarca	8.547	9.460
Svezia	8.627	9.194
Francia	6.705	7.477
Austria	6.898	7.338
Germania	7.047	7.150
Belgio	6.059	7.016
Olanda	6.154	6.872
Finlandia	5.758	6.633
Regno Unito	6.444	6.376
EU 15	5.730	6.083
Italia	4.529	4.902
Irlanda	3.266	4.416
Spagna	2.692	3.025
Grecia	2.259	2.730
Portogallo	2.276	2.636

Note: euro a prezzi costanti. **Fonte:** nostra elaborazione su dati Eurostat (2007a).

Anche in termini *pro capite*, emergono situazioni piuttosto differenziate. Dall'esame dei valori espressi in euro a prezzi costanti, emerge che i Paesi che presentano i valori di spesa aggregata più elevati in termini di Pil sono generalmente anche quelli che registrano le prestazioni *pro capite* più consistenti (con l'esclusione del Lussemburgo). Oltre al Lussemburgo, le prestazioni *pro capite* più elevate sono in Danimarca, Svezia, Francia e Austria (cfr. tavola 4).

L'Italia, anche in relazione ai valori *pro capite*, si colloca su livelli modesti: fatto 100 il valore medio UE 15, l'Italia registra valori pari a 81 (Pizzuti, 2007).

La composizione della spesa sociale per funzioni

L'esame della composizione per funzione della spesa per la protezione sociale fa emergere un quadro estremamente eterogeneo (cfr. tavola 5). In tutti i Paesi dell'Europa dei "quindici", le voci di spesa più elevate risultano, sempre nel 2004, quelle per vecchiaia e per sanità: in termini di Pil, in media, la vecchiaia si colloca all'11,0% e la sanità al 7,5% (in Italia al 6,5%); in termini di risorse complessivamente destinate alla protezione sociale, queste due funzioni rappresentano rispettivamente il 41,2% e il 28,3% (cfr. tavola 6).

Sia la spesa per l'invalidità sia le misure per il sostegno alla famiglia e i minori consumano mediamente il 2,1% del Pil. Le misure contro la disoccupazione rappresentano il 6,6% del totale e una quota del Pil pari all'1,8%, mentre la voce superstiti raccoglie il 4,5% delle risorse totali, rappresen-

TAVOLA 5 Suddivisione della spesa per la protezione sociale per funzione in % sul Pil, Europa dei 15, 2004

Nazioni	Vecchiaia	Sanitarie	Inabili e invalidi	Famiglie, maternità e figli	Ammortizzatori mercato del lavoro	Prestazioni ai superstiti	Casa	Esclusione sociale
Svezia	12,0	8,0	4,7	3,0	2,0	0,7	0,6	0,7
Francia	10,9	8,8	1,7	2,5	2,3	1,9	0,8	0,4
Danimarca	11,1	6,1	4,1	3,9	2,8	0,0	0,7	1,0
Germania	12,0	7,7	2,2	3,0	2,4	0,4	0,2	0,5
Belgio	9,6	7,7	1,9	2,0	3,5	2,7	0,1	0,4
Austria	13,3	7,1	2,3	3,0	1,7	0,4	0,1	0,4
Olanda	9,6	8,1	2,9	1,3	1,7	1,4	0,3	1,3
EU 15	11,0	7,5	2,1	2,1	1,8	1,2	0,5	0,4
Finlandia	8,6	6,6	3,4	3,0	2,5	1,0	0,3	0,5
Regno Unito	10,7	7,8	2,4	1,7	0,7	0,9	1,5	0,2
<i>Italia</i>	<i>12,9</i>	<i>6,5</i>	<i>1,5</i>	<i>1,1</i>	<i>0,5</i>	<i>2,5</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
Grecia	11,9	6,7	1,3	1,7	1,5	0,9	0,6	0,6
Portogallo	9,3	7,1	2,4	1,2	1,3	1,6	0,0	0,2
Lussemburgo	5,8	5,5	3,0	3,8	1,0	2,3	0,2	0,5
Spagna	7,9	6,0	1,5	0,7	2,5	0,6	0,2	0,2
Irlanda	3,0	6,9	0,9	2,5	1,3	0,8	0,5	0,4

Fonte: nostra elaborazione su dati Eurostat (2007a).

tando l'1,2% del Pil. Solo lo 0,5% e lo 0,4% del Pil sono invece impiegati rispettivamente per le politiche per l'abitazione e per gli interventi volti a prevenire e attenuare fenomeni di esclusione sociale (cfr. tavola 5).

La variabilità delle risorse destinate da ciascun Paese alle varie funzioni è molto ampia. Per quel che riguarda la funzione "vecchiaia", si passa infatti dal 3,0% di Pil destinato dall'Irlanda al 13,3% destinato dall'Austria e al 12,9% dell'Italia. Anche nella funzione "invalidità", i valori oscillano molto, passando dallo 0,9% di Pil dell'Irlanda al 4,7% della Svezia e al 4,1% della Danimarca.

Un'elevata variabilità si osserva anche nella funzione relativa alle misure a sostegno della famiglia e dei figli: i Paesi che presentano i valori più consistenti sono la Danimarca (3,9% del Pil) e il Lussemburgo (3,8%) mentre, al lato opposto, tra i Paesi che spendono di meno per questa funzione troviamo la Spagna con lo 0,7% del Pil e l'Italia con l'1,1% (cfr. tavola 5).

In questo contesto, l'Italia si caratterizza per avere i valori in assoluto più elevati per la somma delle funzioni relative alla "vecchiaia" e ai "superstiti", che rappresentano congiuntamente il 15,4% del Pil e il 61,3% di tutta la spesa per la protezione sociale. Nel contempo, l'Italia si caratterizza per avere

TAVOLA 6 Percentuale (%) di spesa per funzione rispetto al totale della spesa per la protezione sociale, Europa dei 15, 2004

Nazioni	Vecchiaia	Sanitarie	Inabili e invalidi	Famiglie, maternità e figli	Ammortizzatori mercato del lavoro	Prestazioni ai superstiti	Casa	Esclusione sociale
Svezia	37,9	25,4	14,8	9,6	6,2	2,2	1,8	2,2
Francia	37,1	30,0	5,8	8,5	7,8	6,5	2,9	1,5
Danimarca	37,2	20,6	13,9	13,0	9,5	0,0	2,4	3,5
Germania	42,1	27,2	7,7	10,5	8,6	1,4	0,8	1,7
Belgio	34,2	27,7	6,8	7,1	12,5	9,8	0,1	1,6
Austria	46,9	25,0	8,3	10,7	6,0	1,3	0,4	1,5
Olanda	36,2	30,4	10,9	4,8	6,3	5,4	1,3	4,7
<i>EU 15</i>	<i>41,2</i>	<i>28,3</i>	<i>8,0</i>	<i>7,8</i>	<i>6,6</i>	<i>4,5</i>	<i>2,0</i>	<i>1,5</i>
Finlandia	33,3	25,5	13,2	11,5	9,8	3,7	1,1	2,0
Regno Unito	41,3	30,4	9,2	6,7	2,6	3,3	5,6	0,8
<i>Italia</i>	<i>51,3</i>	<i>25,9</i>	<i>6,1</i>	<i>4,4</i>	<i>2,0</i>	<i>10,0</i>	<i>0,1</i>	<i>0,2</i>
Grecia	47,4	26,5	5,0	6,9	5,9	3,5	2,3	2,4
Portogallo	40,2	30,4	10,4	5,3	5,7	7,1	0,0	1,0
Lussemburgo	26,0	25,0	13,5	17,4	4,7	10,5	0,7	2,2
Spagna	40,7	30,8	7,5	3,5	12,9	3,0	0,8	0,9
Irlanda	18,2	42,1	5,3	15,5	8,3	5,1	3,3	2,3

Fonte: nostra elaborazione su dati Eurostat (2007a).

i valori più bassi in assoluto nella funzione relativa agli “ammortizzatori del mercato del lavoro”, con lo 0,5% di Pil impiegato, nella funzione relativa all’“esclusione sociale”, con una percentuale di spesa prossima allo zero e, infine, nella funzione relativa alle politiche per le famiglie, dove la percentuale di Pil impiegato (1,1%) è superiore solo alla Spagna (cfr. tavola 5).

Dal 2000 al 2004, la spesa italiana per la protezione sociale è cresciuta leggermente meno di quella degli altri Paesi europei (2,6% rispetto al 2,7% di media annua europea di crescita a prezzi costanti) anche se nei settori dell’esclusione sociale, degli ammortizzatori del mercato del lavoro e della famiglia la crescita è stata superiore a quella media europea (Eurostat, 2007b).

Estrapolare la spesa assistenziale, rispetto a quella previdenziale o sanitaria, partendo dalla classificazione Esspros/Eurostat non è un esercizio praticabile, tenendo conto che parti rilevanti della spesa assistenziale italiana sono contabilizzate, insieme ad altre di tipo previdenziale e indennitario, nelle funzioni “anzianità” e “invalidità”. Le funzioni di spesa interamente definibili come assistenziali sono solo quelle relative alla “famiglia, maternità e figli” e all’“esclusione sociale”. Proprio le due voci che vedono l’Italia al più basso livello di spesa europea con la sola esclusione della Spagna.

Caratteristiche delle prestazioni sociali

In Europa, nel 2004, i trasferimenti monetari rappresentano poco meno del 70% delle prestazioni totali. In termini di Pil, i benefici monetari rappresentano il 17,6%, contro l'8,7% costituito dalle prestazioni in natura. Una maggior diffusione delle prestazioni in natura si osserva in Irlanda, Regno Unito, Svezia e Danimarca, con un peso pari a oltre il 40% delle prestazioni totali. In Italia, la quota dei trasferimenti monetari, pari a circa il 75% dell'intera spesa, è una delle più alte in ambito europeo (Pizzuti, 2007).

Le prestazioni erogate sulla base della verifica di uno stato di effettivo bisogno legato ai livelli reddituali e/o patrimoniali (*means-tested*), hanno un peso relativamente elevato in Irlanda, dove raggiungono il 26% della spesa complessiva, e nel Regno Unito, dove raggiungono il 16%, rispetto al 10% della media europea. Anche in Francia, Germania, Olanda e Finlandia le risorse destinate a strumenti *means-tested* si collocano al di sopra del valore medio. In Italia, queste prestazioni, legate alla prova dei mezzi, rivestono un ruolo più modesto, con valori fra i più bassi nel confronto con gli altri Paesi. Da rilevare, tuttavia, che le integrazioni al minimo, che sono ascrivibili alla categoria delle prestazioni *means-tested*, sono classificate in sede europea come universalistiche (Pizzuti, 2007).

Le fonti di finanziamento

I modelli di *welfare state* si differenziano fra loro non solo sotto l'aspetto delle prestazioni, ma anche per le diverse caratteristiche delle fonti di finanziamento della spesa sociale. In ogni Paese si osserva una combinazione di versamenti contributivi e di ricorso alla fiscalità generale; quest'ultima viene utilizzata soprattutto per coprire le prestazioni di natura più propriamente assistenziale e/o per finanziare parte dei deficit.

Nell'Europa dei "quindici", le risorse raccolte mediante il versamento dei contributi sociali rappresentano la principale fonte di finanziamento, costituendo in media, nel 2004, una quota pari al 59,4% del totale delle risorse; l'apporto della fiscalità generale si colloca invece al 37,5%. Il resto, pari al 3,1% è garantito da altre risorse. In termini di Pil, gli oneri sociali e il contributo dello Stato rappresentano, rispettivamente, il 16,8% e il 10,5%.

Gli unici Paesi in cui prevale il finanziamento mediante il canale fiscale sono la Danimarca e l'Irlanda, con quote oltre il 60% del totale delle risorse; nel Regno Unito e Svezia, le due fonti, contributi e fisco, si equivalgono. Quanto alla composizione degli oneri sociali, in via generale, la componente principale è quella a carico del datore di lavoro, che rappresenta nella media dei Paesi europei il 65% dei contributi totali (Pizzuti, 2007).

Anche in Italia la composizione del finanziamento è sbilanciata a favore dei contributi, che costituiscono una quota, pari al 56%, in linea con il valore medio europeo. Infatti, il sistema di protezione sociale italiano è finanziato dal sistema fiscale per il 42,4%, per il 56% dai contributi sociali e per l'1,6% da altre fonti (cfr. tavola 7) (Eurostat, 2007b).

TAVOLA 7 Composizione percentuale delle risorse per il finanziamento della spesa sociale in Europa, 2004

Nazioni	Contributi sociali			Contributo dello Stato	Altro	Totale
	Datore di lavoro	Lavoratore	Totale			
Belgio	49,3	21,8	71,1	27,0	1,9	100
Olanda	34,0	34,7	68,7	19,2	21,1	100
Spagna	50,9	16,4	67,3	30,3	2,4	100
Francia	45,5	20,6	66,1	30,4	3,5	100
Austria	37,2	26,8	64,0	34,6	1,4	100
Germania	36,3	27,6	63,9	34,5	1,7	100
Grecia	37,3	23,5	60,8	30,5	8,7	100
EU 15	38,6	20,8	59,4	37,5	3,1	100
Italia	41,2	14,8	56,0	42,4	1,6	100
Lussemburgo	27,3	24,5	51,8	44,6	3,6	100
Finlandia	39,4	10,9	50,3	44,3	5,4	100
Svezia	40,8	8,6	49,4	48,7	1,9	100
Regno Unito	32,5	16,2	48,7	49,7	1,7	100
Portogallo	31,7	15,7	47,4	42,2	10,4	100
Irlanda	23,1	14,5	37,6	60,8	1,6	100
Danimarca	10,2	19,6	29,8	63,5	6,7	100

Fonte: nostra elaborazione su dati Pizzuti (2007).

Nell'ultimo decennio, in Italia, i contributi sociali in termini di Pil sono passati dal 17,2% del 1995 al 15% del 2004, con una riduzione di oltre 2 punti - quasi interamente a vantaggio del datore di lavoro - mentre il contributo dello Stato è salito dal 7,6% all'11,4%. Ciò è riconducibile all'abolizione dei contributi sanitari del 1998 e all'istituzione dell'Irap, nonché a un graduale processo di fiscalizzazione degli oneri sociali (Pizzuti, 2007). La stessa tendenza si è registrata anche in Europa, anche se in modo più debole.

In sintesi, si può dire che il welfare italiano si è sempre contraddistinto nel panorama europeo per una spesa complessiva inferiore alla media dei "quindici" e, soprattutto, per un'eccessiva concentrazione della spesa a favore delle pensioni. Per contro, gli interventi assistenziali per la famiglia e contro l'esclusione sociale sono tra i più bassi in Europa (superiori solo a quelli della Spagna) ed è assente anche una vera e propria assicurazione contro la disoccupazione. Anche la spesa sanitaria è inferiore alla media. Da rilevare inoltre che la spesa italiana per la protezione sociale è caratterizzata da una fortissima presenza dei trasferimenti monetari rispetto all'erogazione di servizi e da una bassa presenza di prestazioni legate alla prova dei mezzi. Una situazione che evidenzia squilibri significativi nel sistema di welfare da correggere con riforme che coinvolgano tutto il sistema di protezione sociale.

Occorre infine rilevare che i dati Eurostat sono molto utili per comprendere i livelli di spesa italiani per la protezione sociale anche in rapporto comparativo con gli altri Paesi europei, ma non aiutano a comprendere completamente, in virtù dei criteri di classificazione adottati, quanto di questa spesa è impiegato per l'assistenza.

3. LE PRESTAZIONI MONETARIE NAZIONALI

Le prestazioni monetarie di tipo assistenziale sono interventi erogati alla persona che, in genere, prescindono da requisiti di tipo contributivo, ma che richiedono l'accertamento di un bisogno individuale manifesto e della contemporanea impossibilità della persona bisognosa di farvi fronte con mezzi propri. Le prestazioni economiche nazionali si configurano come veri e propri diritti sociali, in quanto erogate attraverso procedure standardizzate a chiunque si trovi nelle condizioni previste.

Il presente paragrafo cerca di valutare la dimensione delle prestazioni monetarie nazionali con connotazione assistenziale o redistributiva. Il riferimento alle politiche con contenuto sociale e redistributivo rappresenta un confine labile che discende dal fatto che lo stesso intervento spesso ha componenti sia socio-assistenziali sia previdenziali. Stante questa labilità dei confini, il riferimento alle politiche nazionali con contenuto assistenziale e redistributivo verrà interpretato considerando la finalità sociale dell'intervento, laddove risulta rilevante la componente redistributiva e l'obiettivo di soddisfacimento dei diritti sociali, così come attualmente identificabili sulla base degli assetti normativi e istituzionali italiani.

La classificazione nazionale della spesa sociale

Non è facile definire la spesa nazionale per le erogazioni economiche di tipo assistenziale. Occorre selezionare gli elementi da considerare e, in qualche caso, le caratteristiche prevalenti di interventi misti assistenziali-previdenziali ai fini della loro computazione. Dubbi permangono sulla collocazione di alcune misure economiche.

L'Istat, nell'ambito dei conti nazionali, compila correntemente i Conti della protezione sociale secondo il Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale Esspros, coerentemente con le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti nazionali Sec95 (Regolamento comunitario 2223/96). L'adozione di sistemi contabili fissati a livello europeo permette che le informazioni statistiche contabili disponibili vengano ricondotte a classificazioni omogenee e definizioni comuni, assicurando coerenza nei riferimenti temporali o spaziali.

Purtroppo, non esiste una definizione univoca e condivisa di termini quali "protezione sociale", "welfare" o "benessere sociale". Tali termini e altri ancora sono suscettibili di diversa interpretazione definitoria a seconda del contesto di studio in cui sono inseriti. Per questo il sistema Esspros, seguito anche dall'Istat, ha adottato una definizione convenzionale che assicura comparabilità tra le statistiche compilate dai vari Paesi europei, come

abbiamo visto nel paragrafo precedente. Alla classificazione per funzione propria di Esspros (malattia, invalidità, famiglia, vecchiaia, superstiti, disoccupazione, abitazione, esclusione sociale), l'Istat affianca inoltre una suddivisione fra tre settori di intervento: sanità, previdenza, assistenza.

Nella previdenza sono inclusi tutti gli interventi di protezione sociale diversi da quelli collegati allo stato di salute che presuppongono la costituzione in tempi precedenti di una posizione contributiva.

Nella sanità sono inclusi tutti gli interventi legati allo stato di salute (con l'esclusione di indennità di malattia e indennità temporanea per infortunio o malattia professionale, che sono ricompresi nella previdenza).

Nell'assistenza, infine, sono inclusi tutti gli interventi di protezione sociale, diversi da quelli collegati allo stato di salute e che non presuppongono la costituzione in tempi precedenti di una posizione contributiva. Non deve qui sfuggire la difficoltà definitoria dell'Istat, che assegna al settore "assistenza" tutte le prestazioni non assegnate ai settori "sanità" e "previdenza" e quindi in qualche modo residuali.

La spesa per le prestazioni economiche assistenziali nazionali

La classificazione nazionale della spesa sociale, dunque, non ci aiuta del tutto a identificare le prestazioni economiche assistenziali nazionali e la relativa spesa effettiva.

Infatti, nei conti nazionali sulla protezione sociale elaborati dall'Istat, non tutte le prestazioni che riteniamo assistenziali vengono in realtà contabilizzate come tali dall'istituto. In particolare, il problema riguarda la suddivisione tra previdenza e assistenza. Infatti, tra gli istituti assistenziali esistenti in Italia collochiamo anche l'assegno per il nucleo familiare e l'integrazione al trattamento minimo delle pensioni, in quanto non sottostanno a una logica assicurativa e presentano, a nostro avviso, finalità di assistenza sociale. L'Istat, invece, considera queste misure nella voce previdenziale (Ferrera, 2006).

Alla luce di queste valutazioni, le prestazioni economiche assistenziali nazionali sono pertanto quelle indicate nella tavola 8.

Nel 2004, la spesa per le prestazioni monetarie assistenziali nazionali ammontavano a 37.635 milioni di euro, pari al 2,71% del Pil (cfr. tavola 9).

La prestazione che impiega maggiori risorse è l'integrazione al trattamento minimo delle pensioni (37,0% del totale), seguita dall'indennità di accompagnamento (circa il 21,7% del totale). Queste rappresentano anche le misure con il più elevato numero di prestazioni in essere, che nel 2004 erano rispettivamente 4.794.000 per l'integrazione al trattamento minimo e 1.629.290.000 per l'indennità di accompagnamento.

Dentro la voce più importante - e cioè l'integrazione al trattamento minimo delle pensioni - troviamo un'estrema varietà di trattamenti, che tende a scomparire al compimento dei 70 anni, ma resta elevata prima di tale soglia. Questa intensa differenziazione genera non soltanto un'innegabile complessità gestionale, ma è anche fonte di alcune disparità di trattamento

TAVOLA 8 Le prestazioni economiche assistenziali nazionali

Prestazione economica	Descrizione	Importo mensile 2004 in €
Assegno sociale (o pensione sociale)	L'assegno sociale, che ha sostituito nel 1995 la pensione sociale, è riservato alle persone con almeno 65 anni e con un reddito di modesto importo. Di fatto si configura come l'unica forma di reddito minimo riservata però solo agli anziani.	367,97 per 13 mesi
Trattamento di integrazione al minimo delle pensioni	Si tratta di un supplemento che si corrisponde al pensionato quando la sua pensione contributiva è di importo inferiore ad un minimo stabilito per legge per fargli raggiungere quel trattamento minimo pensionistico (che nel 2004 era di € 5.358,34 annui). Per ottenere l'integrazione non si devono superare determinati tetti di reddito personale e familiari. Chi ha cominciato a lavorare dopo il 1995 non potrà più avere l'integrazione al minimo ma potrà richiedere l'assegno sociale.	L'importo può variare molto
Maggiorazioni sociali	Si tratta di integrazioni in favore di persone anziane in situazione di povertà per garantire loro il raggiungimento di un importo minimo di pensione (€ 525,89 per 13 mensilità nel 2004). Il supplemento spetta a tutti i titolari di pensione contributiva o assistenziale con almeno 70 anni di età e con un reddito annuo inferiore alle soglie prestabilite.	L'importo può variare
Pensione d'invalidità civile	Possono accedere gli invalidi (totali o parziali) che non sono in possesso dei requisiti contributivi minimi per accedere alla pensione di invalidità di tipo assicurativo e che hanno un reddito inferiore ad un determinato importo. La finalità è quella di prevenire le situazioni di indigenza per tutti quei cittadini che per cause legate all'invalidità fisica o psichica non possono (del tutto o in parte) ottenere un reddito sufficiente da un lavoro. Ad essa si può aggiungere l'indennità di accompagnamento.	230 per 13 mesi
Indennità di accompagnamento	Possono accedere persone che, a prescindere dall'età e dalla condizione economica, presentino una totale disabilità e bisogni di cura continuativa ed inoltre che non siano ricoverate gratuitamente in istituto.	436,77
Assegno per le famiglie con almeno tre figli minori	Si tratta di una prestazione economica riservata alle famiglie con tre o più figli con meno di 18 anni e con un reddito Isee inferiore alle soglie stabilite.	116,06 per 13 mesi
Assegno di maternità per le madri sprovviste di altra copertura assicurativa	L'assegno è volto a garantire una forma di tutela alle madri (italiane e straniere con carta di soggiorno) che non lavorano al momento del parto e che quindi sono sprovviste di copertura previdenziale per la maternità. Viene concesso alle famiglie con un reddito Isee inferiore alle soglie stabilite.	278,55 per 5 mesi
Assegno per il nucleo familiare³	Si tratta di una prestazione di sostegno al reddito per carichi di famiglia diretta solo ad alcune categorie di lavoratori: i dipendenti e i pensionati ex lavoratori dipendenti.	L'importo può variare molto
Sostegno per l'accesso alle abitazioni in locazione	Il contributo è volto ad abbattere l'incidenza dell'affitto sul reddito disponibile delle famiglie a basso reddito. Obiettivo: ridurre al 14% l'incidenza dell'affitto sul reddito annuo familiare.	Max 3.500 annui

Fonte: nostra elaborazione su dati Ferrara, 2006.

TAVOLA 9 La spesa per le prestazioni di assistenza sociale, complessiva e per tipologia, 2004

Prestazioni	Valore assoluto (milioni €)	% Pil	% spesa totale assistenza sociale	Totale prestazioni in essere	Importo medio (€)
Assegno sociale (e pensione sociale)	3.346	0,24	8,9	760.087	339,19
Integrazione al trattamento minimo delle pensioni	13.945	1,00	37,0	4.794.000*	223,76
Pensione di invalidità civile	2.544	0,18	6,8	889.305	238,42
Indennità di accompagnamento	8.166	0,59	21,7	1.629.290	417,67
Maggiorazione sociale	1.620	0,12	4,3	1.400.000	133,20 [†] 237,39 ^{††}
Assegno per il nucleo familiare	5.495	0,40	14,6		
Fondo per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione	248	0,02	0,7		
Assegno per le famiglie con almeno tre figli	423	0,03	1,1	397.416	118,38
Assegno di maternità per le madri	290	0,02	0,8	169.454	283,92
Pensioni di guerra	1.558	0,11	4,1	421.686	307,83
Totale	37.635	2,71	100,0		

Note: * Di cui 3.859.733 totalmente integrate. † Assicurazione sociale. †† Invalidità civile.
Fonte: Nostra elaborazione su dati Ferrera (2006); Commissione di indagine sull'esclusione sociale (2006); Istat (2007c).

tra i soggetti più svantaggiati, che andrebbero appianate attraverso l'introduzione di un trattamento minimo comune. Occorrerebbe in sostanza utilizzare dei "parametri omogenei in tutti i casi in cui è necessario garantire un minimo vitale individuale (in assenza di altre fonti di reddito accertate mediante idonee prove dei mezzi) e rideterminando i rimanenti importi in funzione di questa soglia, in modo da tener conto - con opportune scale di equivalenza - delle maggiori necessità derivanti da specifiche cause invalidanti" (Cies, 2006).

L'altro grande gruppo di prestazioni sociali riguarda i disabili. La legge di riforma dei servizi sociali - la l. 328/00 - si proponeva di avviare un processo di razionalizzazione e riordino delle molteplici prestazioni esistenti a favore delle persone con disabilità e, fra queste, anche dell'indennità di accompagnamento, che rappresenta la prestazione più importante. Il riordino, purtroppo, non è avvenuto e quindi si è persa l'occasione per rivedere almeno alcuni dei punti critici della prestazione.

La percentuale di spesa indirizzata invece al sostegno alla famiglia tramite misure nazionali e costituenti diritti soggettivi rappresenta il 17% circa delle misure assistenziali nazionali. Tale spesa è riconducibile a quattro misure: l'assegno per le famiglie con almeno tre figli minori, l'assegno di maternità per le madri sprovviste di altra copertura, i sussidi per l'accesso

alle abitazioni in locazione e, infine, l'assegno per il nucleo familiare. Va tuttavia ricordato che per accedere a quest'ultimo istituto, che peraltro rappresenta la voce più cospicua per le politiche per la famiglia, in quanto da solo assorbe quasi il 15% della spesa per le misure economiche nazionali, è necessario essere lavoratori dipendenti, o pensionati ex lavoratori dipendenti. A livello nazionale, dunque, le misure a sostegno della famiglia che non hanno requisiti categoriali restano solamente l'assegno per le famiglie con almeno tre figli minori, l'assegno di maternità per le madri sprovviste di altra copertura e i sussidi per l'accesso alle abitazioni in locazione, che assorbono complessivamente circa il 2,5% della spesa per le misure economiche assistenzialistiche nazionali, ovvero lo 0,07% del Pil (Ferrera, 2006).

4. IL FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI

Il quadro normativo

Il Fondo per le politiche sociali è stato previsto, per la prima volta, dalla l. 449/97,⁴ con una dotazione iniziale di 28 miliardi di lire per l'anno 1998, di 115 miliardi di lire per l'anno 1999 e di 143 miliardi di lire per l'anno 2000, e a cui si aggiungevano le risorse relative agli interventi disciplinati da una serie di leggi (legge sul volontariato, sull'infanzia, sulla disabilità, sulla tossicodipendenza, ecc.) (cfr. tavola 10).

L'obiettivo prioritario della norma è stato quello di ricondurre in un unico Fondo gli stanziamenti previsti dalle varie leggi tematiche, operando in tal modo una prima razionalizzazione della normativa di settore. Un'ulteriore esigenza è stata quella di unificare, anche sotto l'aspetto della responsabilità politica, tutta una serie di interventi disciplinati in modo settoriale e di sottoporre gli stessi a una logica di tipo programmatico. In particolare poi, il comma 45 dell'art. 59 della l. 449/1997 ha individuato ambiti e finalità del Fondo, indicando i settori di intervento locale come di seguito:

- la promozione di interventi per la realizzazione di standard essenziali e uniformi di prestazioni sociali su tutto il territorio dello Stato concernenti i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, la condizione degli anziani, l'integrazione e l'autonomia dei portatori di handicap, il sostegno alle famiglie, la prevenzione e il trattamento delle tossicodipendenze, l'inserimento e l'integrazione dei cittadini stranieri;
- il sostegno a progetti sperimentali attivati dalle Regioni e dagli enti locali;
- la promozione di azioni concertate ai livelli nazionale, regionale e locale per la realizzazione di interventi finanziati dal Fondo sociale europeo;
- la sperimentazione di misure di contrasto delle povertà;
- la promozione di azioni per lo sviluppo delle politiche sociali da parte di enti, associazioni e organismi operanti nell'ambito del volontariato e del terzo settore.

Il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 1125, ha successivamente modificato la denominazione del fondo in "Fondo nazionale per le politiche sociali"

TAVOLA 10 Finanziamenti relativi a specifiche leggi confluiti nel Fnps

I. 449/97	Finanziamenti confluiti nel Fnps in base alla d.lgs. 112/98	I. 388/00	I. 448/01
<p>legge 19 novembre 1987, n. 476</p> <p>legge 19 luglio 1991, n. 216</p> <p>legge 11 agosto 1991, n. 266</p> <p>legge 5 febbraio 1992, n. 104</p> <p>legge 28 agosto 1997, n. 284</p> <p>legge 28 agosto 1997, n. 285</p> <p>d.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309</p>	<p>legge 19 luglio 1991, n. 216</p> <p>legge 11 agosto 1991, n. 266</p> <p>legge 5 febbraio 1992, n. 104</p> <p>legge 28 agosto 1997, n. 284</p> <p>legge 28 agosto 1997, n. 285</p> <p>d.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309</p> <p>d.l. 27 maggio 1994, n. 318, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 luglio 1994, n. 465</p> <p>legge 23 dicembre 1997, n. 451</p> <p>legge 27 dicembre 1997, n. 449, art. 59, comma 47</p> <p>legge 3 agosto 1998, n. 269;</p> <p>legge 15 dicembre 1998, n. 438</p> <p>legge 23 dicembre 1998, n. 448, artt. 65 e 66</p> <p>legge 31 dicembre 1998, n. 476</p> <p>legge 18 febbraio 1999, n. 45</p> <p>legge 21 maggio 1998, n. 162</p> <p>d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286, a esclusione delle somme stanziata dall'art. 18 (modificato dall'art. 12, legge 11 agosto 2003, n. 228)</p>	<p>legge 8 marzo 2000, n. 53, art. 28</p> <p>legge 7 dicembre 2000, n. 383, art. 13</p>	
<p>Legge 6 marzo 1998, n. 40</p>			

Fonte: I. 449/97, d.lgs. 112/98, I. 388/00, I. 448/01.

(Fnps), qualificandone in tal modo la portata e il carattere nazionale, provvedendo inoltre a far confluire nel fondo ulteriori risorse provenienti da leggi di settore (cfr. tavola 10). Da ultimo, la stessa legge ha previsto l'intesa con la Conferenza unificata, di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, prima di procedere all'effettivo trasferimento delle risorse secondo le varie finalizzazioni e priorità.

Successivamente, la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", e, soprattutto, la legge 23 dicembre 2000, n. 388 (legge finanziaria 2001), art. 80, comma 17, hanno riordinato l'assetto normativo, ridefinendo l'insieme delle leggi i cui stanziamenti confluiscono nel Fondo nazionale per le politiche sociali, così come indicato nella tavola 10.

Con la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (l. 328/00, art. 20), il Fondo assume maggior rilievo e viene definito come lo strumento mediante il quale lo Stato concorre al finanziamento della spesa sociale. Nel Fondo, così, affluiscono tutti i finanziamenti connessi alle leggi nazionali di settore vigenti nell'ambito delle politiche sociali, oltre alle risorse aggiuntive stanziare dalla stessa legge n. 328 del 2000.

L'art. 4, comma 1, della l. 328/00 stabilisce inoltre che il finanziamento delle politiche sociali è plurimo e ad esso concorrono i diversi livelli di governo (Stato, Regioni ed enti locali), mentre l'art. 4, comma 5, chiarisce le competenze dello Stato rispetto a quelle delle Regioni e degli enti locali.

Con queste norme si è così conclusa la fase di unificazione e accorpamento di tutti gli interventi legislativi preesistenti in campo sociale e la successiva legislazione ha, coerentemente, sempre fatto riferimento, in termini di stanziamento, alle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le politiche sociali.

L'entrata in vigore della legge costituzionale n. 3 del 2001, nell'ambito della modifica del titolo V della Costituzione, ha determinato lo spostamento della materia dell'assistenza sociale dall'area della potestà legislativa concorrente Stato/Regioni a quella della potestà legislativa esclusiva delle Regioni. Il nuovo testo dell'art. 119 della Costituzione, nel delineare il nuovo sistema dell'autonomia finanziaria delle Regioni, ha posto dei limiti ben precisi al legislatore statale nella disciplina delle modalità di finanziamento delle funzioni spettanti in via esclusiva alle Regioni. In tal senso, non sono ritenuti più ammissibili dei finanziamenti a destinazione vincolata, in materie e funzioni la cui disciplina spetti alla legge regionale, così come ribadito dalla Corte Costituzionale in una serie di sentenze, fra cui, la n. 423/04, proprio in materia di Fondo nazionale per le politiche sociali. In tale direzione, l'art. 46 della legge n. 289 del 2002 (legge finanziaria anno 2003), stabiliva al comma 1 che gli stanziamenti previsti affluiscono al Fondo nazionale per le politiche sociali senza vincolo di destinazione. Inoltre, al comma 3 dello stesso articolo, si prevedeva una relazione diretta tra le risorse ripartibili con il Fondo, anche tenendo conto delle altre risorse

ordinarie destinate alla spesa sociale dalle Regioni e dagli enti locali, e la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale.

I criteri di riparto del Fnps

È il Ministro per la solidarietà sociale, d'intesa con la Conferenza unificata Stato-Regioni, che adotta il decreto annuale di riparto delle risorse sulla base delle linee guida e dei parametri contenuti nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, basati sulla struttura demografica, sui livelli di reddito e sulle condizioni occupazionali della popolazione (art. 20, l. 328/00).

Il riparto alle Regioni avviene tenendo conto di macro-aree di intervento e, all'interno di ciascuna area, facendo riferimento a quote capitarie "pesate", così come indicato nella tavola 11.

Il 2% delle risorse indistinte è destinato al fondo perequativo destinato al riequilibrio tra le Regioni ed è distribuito per il 30% alle Regioni Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna (in quanto Regioni più povere) e per il restante 70% a tutte le Regioni, comprese quelle sopra indicate, sulla base dei criteri di ripartizione della quota indistinta del Fondo nazionale per le politiche sociali.

Le stesse percentuali di riparto delle risorse indistinte alle Regioni applicate nel 2002 sono state poi utilizzate per tutti gli anni successivi fino al 2007.

Dunque, l'individuazione dei parametri di riparto è effettuata assegnando maggiore importanza alla struttura demografica della popolazione rispetto, per esempio, ad altri criteri come i livelli di reddito o le condizioni occupazionali. Questa scelta è stata probabilmente influenzata dalla maggiore disponibilità di dati demografici e perché le caratteristiche socio-demografiche della popolazione sono uno degli elementi predittivi

TAVOLA 11 Criteri di riparto delle risorse indistinte del Fnps alle Regioni

Aree di intervento	%	Indicatori per il riparto tra le Regioni
Responsabilità familiari	15	Popolazione residente
Diritti dei minori	10	Popolazione <18 anni Popolazione < 4 anni
Persone anziane	60	Popolazione >65 anni Popolazione >75 anni
Contrasto della povertà	7	Tasso disoccupazione % poveri
Disabili (in particolare disabili gravi)	7	Numero disabili gravi
Immigrati	-	Numero immigrati
Lotta alla droga	.	Popolazione obiettivo
Avvio della riforma	1	Popolazione residente

Fonte: Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003.

dei bisogni sociali di una popolazione. L'utilizzo dei dati demografici come criterio principale per il riparto alle Regioni produce pertanto una quota capitaria di finanziamento corretta, in quanto tiene conto non solo della popolazione complessiva, ma anche della popolazione-obiettivo (minori, anziani, disabili, ecc.).

Le risorse del Fnps

Con l'entrata in vigore della l. 328/00, si evidenzia un incremento notevole della consistenza del Fnps, che tra il 2000 e il 2001 aumenta del 200%, passando da poco più di 500 milioni di euro a quasi 1 miliardo e 600 milioni. Tale incremento è sostanzialmente dovuto all'assegnazione di risorse per interventi specifici quali l'erogazione degli assegni di maternità e degli assegni ai nuclei familiari con tre figli, definiti come diritti soggettivi.

Negli anni successivi, il Fnps aumenta ancora la sua consistenza in modo costante di anno in anno, fino al 2004, ma in maniera molto meno accentuata. Nel 2005, il Fnps subisce una forte riduzione (di 575 milioni di euro rispetto all'anno precedente), operata dal Governo di centro-destra, non completamente recuperata negli anni 2006-2007, anni in cui il fondo è tornato a crescere (cfr. tavola 12). Per il 2007, occorre rammentare che il riparto ha distribuito 1.565 milioni di euro, cui si dovrebbero successivamente aggiungere ulteriori 186 milioni di euro (accantonati), come dichiarato nel testo del decreto di riparto.

Per quanto riguarda i soggetti beneficiari delle risorse del Fondo, si deve evidenziare che tutti gli anni circa la metà (48%) delle risorse sono state destinate alle Regioni. Prenden-

TAVOLA 12 Fnps 1998-2007

Anno	Erogato alle Regioni	%	Erogato ai Comuni	%	Erogato all'Inps	%	A gestione statale	%	Totale
1998	127.476.721	33	188.867.977	49	9.554.453	3	55.555.914	15	381.445.065
1999	258.641.615	30	164.026.711	32	9.554.453	2	84.053.360	16	516.276.139
2000	249.000.000	50	167.000.000	33	11.620.280	2	78.333.600	15	508.116.120
2001	758.000.000	48	225.000.000	14	475.656.804	30	132.069.004	8	1.590.713.072
2002	771.000.000	48	266.076.467	16	487.535.313	30	97.349.221	6	1.622.889.199
2003	897.000.000	51	44.500.000	3	678.279.253	40	96.985.863	6	1.716.555.931
2004	1.000.000.000	48	44.466.939	3	808.630.000	47	31.250.001	2	1.884.346.940
2005	518.000.000	40	44.466.940	3	706.630.000	54	38.984.000	3	1.308.080.940
2006	775.000.000	48	44.466.940	3	755.429.000	46	50.027.000	3	1.624.922.940
2007*	745.000.000	48	44.466.940	3	732.000.000	47	43.450.208	3	1.564.917.148

Note: * Per il 2007 è atteso un ulteriore riparto di ulteriori disponibilità e delle somme accantonate (186 milioni di euro). **Fonte:** nostra elaborazione su dati del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2005), Decreto riparto Fnps 2005, Decreto Riparto Fnps 2006, Decreto interministeriale 16/6/2007 di riparto del Fnps 2007.

do in considerazione l'ammontare complessivo delle risorse destinate alle Regioni, si deve segnalare un andamento uguale a quello del Fondo complessivo; crescenti fino al 2004, poi un taglio radicale del 50% circa e una ripresa negli anni successivi, ma ancora lontana dai livelli del 2004 (745 milioni nel 2007, cui dovrebbero aggiungersi altri 90 milioni circa in corso d'anno).

Ai Comuni, dal 2001, oltre le già previste risorse relative alla sperimentazione del reddito minimo di inserimento erogate direttamente fino all'anno 2002, sono state trasferite unicamente risorse finanziarie relative al Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, di cui alla l. 285/97, che ammontano stabilmente al 3% del fondo.⁶

Anche le somme a gestione statale si sono costantemente ridotte, fino a raggiungere l'importo di 43 milioni di euro, pari a quasi il 3% del totale del Fnps.

Infine, un peso sempre più consistente l'hanno assunto i fondi destinati all'Inps per finanziare taluni interventi che costituiscono i diritti soggettivi. In particolare, si tratta del cosiddetto assegno per il terzo figlio, degli assegni di maternità (l. 448/98, artt. 65 e 66), delle agevolazioni concesse a favore dei genitori e familiari di persone con handicap grave (l. 104/92, art. 33) e delle indennità a favore dei lavoratori affetti da talassemia major e drepanocitosi (l. 448/01, art. 39). Questi finanziamenti, nel 2007, sono arrivati complessivamente a 732 milioni di euro, pari al 47% delle risorse stanziare (cfr. tavola 12).

Al di là della dimensione del Fnps, colpisce l'andamento non lineare del riparto alle Regioni, che crea difficoltà nella pianificazione regionale delle attività.

Il futuro istituzionale del Fnps

Un problema delicato posto dal nuovo testo costituzionale riguarda le modalità di finanziamento nazionale della spesa sociale e dei rapporti finanziari intergovernativi.

L'art. 119 della Costituzione stabilisce che le Regioni (e gli enti locali) hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa e che, di conseguenza, stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri e dispongono di partecipazione al gettito di tributi erariali riferibili al loro territorio. Sempre l'art. 119 prevede che la legge dello Stato disciplini un fondo perequativo senza vincolo di destinazione per i territori con minore capacità fiscale. Le risorse derivanti dai tributi propri, dalle partecipazioni al gettito dei tributi erariali e dal fondo perequativo consentono alle Regioni e agli enti locali di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite (art. 119 Cost., comma 4). Le norme costituzionali non solo non fanno alcun riferimento al finanziamento delle politiche sociali e dei Livelli essenziali, ma esplicitano chiaramente il concetto che le risorse identificate dalla Costituzione devono servire al finanziamento di tutte le attività d'istituto.

Il comma 5 prevede inoltre un'ulteriore possibilità di finanziamento statale. Si stabilisce infatti che "per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e

sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti alla persona o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, città metropolitane e Regioni". Questi ultimi finanziamenti hanno lo scopo di tutelare i principi fondamentali del nostro ordinamento costituzionale, debbono essere diretti a soggetti determinati per cui non possono interessare indistintamente tutte le Regioni o tutti i Comuni, oppure possono essere stanziati solo per scopi che eccedono il normale esercizio delle funzioni dell'ente al quale sono erogate.

A questo punto, spetta alla legge statale determinare i mezzi perequativi e gli interventi aggiuntivi, laddove necessari, tali da consentire la garanzia delle esigenze unitarie connesse con le prestazioni concernenti diritti civili e sociali.

Le norme costituzionali non permettono l'erogazione a tutte le Regioni di fondi, come il Fnps, a destinazione vincolata in materia e funzioni la cui disciplina spetti alla legge regionale, siano esse rientranti nella competenza esclusiva delle Regioni ovvero in quella concorrente. Su questo le sentenze della Corte costituzionale sono state categoriche. Di conseguenza, fondi statali con vincolo di destinazione sono legittimi solo in materia di competenza esclusiva statale.

Il Fondo nazionale per le politiche sociali (Fnps) non è riconducibile a nessuno degli strumenti di finanziamento previsti dall'art. 119 della Costituzione. A questo proposito, la Corte costituzionale in una recente sentenza (n. 423 del 16/12/2004) ha osservato che "la 'generalità' dei destinatari delle risorse (tutte le Regioni), nonché le finalità perseguite consistenti nel finanziamento, tra l'altro, delle funzioni pubbliche regionali, determinano una deviazione sia dal modello del fondo perequativo da istituire senza vincoli di destinazione - che deve essere indirizzato ai soli 'territori con minore capacità fiscale per abitante' (art. 119, terzo comma) - sia dalla sfera degli 'interventi speciali' e delle 'risorse aggiuntive', che lo Stato destina esclusivamente a 'determinate' Regioni [...] per finalità enunciate dalla norma costituzionale". Nel caso del Fnps, manca sia il requisito soggettivo, in quanto le relative risorse sono destinate alla generalità dei Comuni e delle Regioni, sia quello oggettivo, in quanto le quote del Fondo nazionale non sono dirette a finanziare scopi diversi dal normale esercizio delle funzioni regionali e locali.

Da ciò non consegue - prosegue la Corte costituzionale - la soppressione del Fondo nazionale per le politiche sociali, sia perché lo stesso è destinato a finanziare anche funzioni statali, sia perché la sua perdurante operatività per gli aspetti di incidenza sul sistema dell'autonomia finanziaria regionale si giustifica in via transitoria fino all'attuazione del nuovo modello delineato dall'art. 119 della Costituzione. Una volta attuato tale modello, dovranno essere riformati i vigenti meccanismi di finanziamento della spesa sociale attraverso la riconduzione degli interventi statali ai soli strumenti consentiti dal nuovo art. 119 della Costituzione.

Pertanto, la norma costituzionale, una volta approvata la legge ordinaria applicativa dell'art.119, non permetterà l'erogazione alla generalità delle Regioni e dei Comuni di finanziamenti a destinazione vincolata per le politiche sociali, che costituiscono, secondo la Corte costituzionale, uno strumento di ingerenza nell'esercizio delle funzioni degli enti locali.

In futuro, dunque, cambieranno le modalità di finanziamento che l'intervento statale potrà assumere nelle materie relative allo stato sociale non di competenza statale. Le funzioni sociali regionali e locali non saranno più finanziate dal Fnps, ma saranno finanziate senza vincolo di destinazione dalle risorse provenienti dalle compartecipazioni regionali ai tributi statali, dall'attivazione del fondo perequativo e da risorse delle Regioni attraverso i tributi propri.

In questa fase transitoria, si può (ed eventualmente come) utilizzare il Fnps per finanziare le politiche sociali, con particolare riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni sociali?

Occorre innanzitutto rammentare che diverse norme identificano indirettamente il Fnps come il fondo per finanziare i Livelli essenziali. Lo ha fatto, come abbiamo già visto, l'art. 22 comma 2 della l. 328/00 e, più recentemente, l'art. 46, comma 3 della l. 289/02.

In questa prima fase, dunque, il Fnps potrebbe essere utilizzato per finanziare i livelli essenziali delle prestazioni sociali. Si potrebbe in sostanza far approvare dalla Conferenza Stato-Regioni l'identificazione dei Livelli essenziali (o una parte di questi) e gli obiettivi ad essi relativi, per poi finanziarli con il Fnps, che a questo proposito va identificato proprio come lo strumento finanziatore dei Livelli essenziali.

Per la seconda fase, quella in cui non si potrà contare sul Fnps, si può prevedere l'utilizzo delle risorse aggiuntive e degli interventi speciali dello Stato (art. 119 Cost., comma 5) per finanziamenti vincolati finalizzati a garantire i livelli essenziali nelle Regioni più svantaggiate e arretrate. In sostanza, un fondo perequativo finalizzato. L'intervento è senz'altro compatibile con la norma costituzionale, dato che la stessa norma prevede finanziamenti statali aggiuntivi proprio "per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti alla persona, [...] in favore di determinate [...] Regioni".

In conclusione, nella fase attuale il finanziamento statale dei livelli essenziali delle prestazioni sociali può realizzarsi attraverso il Fondo nazionale per le politiche sociali.

Quando verrà approvata la legge attuativa dell'art. 119 della Costituzione, il finanziamento statale ordinario avverrà attraverso la compartecipazione al gettito di tributi erariali e il Fondo perequativo, che però non permettono di destinare le risorse ai livelli essenziali o ad altre finalità precedentemente individuate. In questo caso, un finanziamento perequativo finalizzato a sostenere lo sviluppo dei servizi nelle Regioni in cui gli stessi sono meno sviluppati può essere garantito dai finanziamenti aggiuntivi e dagli interventi speciali indicati al comma 5 dell'art. 119 della Costituzione.

Pertanto, pur con qualche cautela, possiamo dire che la proposta di finanziamento dei Livelli essenziali che abbiamo presentato è compatibile con l'attuale fase "transitoria" di mantenimento in vita del Fnps.

Le cose diventeranno più problematiche, a legislazione invariata, nel momento in cui si eliminerà il Fondo nazionale per le politiche sociali, venendo meno la possibilità di finanziare in modo vincolato la realizzazione dei livelli essenziali. Le modalità di finanziamento qui proposte potranno anche essere mantenute, ma il sistema sarà molto più incerto e inefficace, non potendo contare su una leva finanziaria incentivante. Tutte le attività regionali saranno infatti finanziate in modo indistinto dalle risorse statali (e dalle risorse proprie regionali). In questo scenario, le risorse aggiuntive e gli interventi speciali dello Stato (comma 5, art. 119 Cost.), per le caratteristiche che le sono proprie, potranno anche essere recuperati come fondi perequativi finalizzati, potendo essere utilizzati per rimuovere gli squilibri sociali presenti in determinati territori.

In futuro, pertanto, dovrebbe crescere la funzione ispettiva e di vigilanza dello Stato tesa a garantire i livelli essenziali in tutto il territorio, senza più gli strumenti finanziari finalizzati per superare i ritardi e incentivare le Regioni. Questo dovrebbe portare a un aumento della conflittualità fra Stato e Regioni, già oggi molto elevata. Meglio sarebbe modificare il quadro normativo per rendere certi percorsi più facili e lineari; ma il fatto che i vincoli principali provengano dalla Costituzione rendono questo percorso improbabile, a meno che non venga affrontato in un quadro di revisione più ampia del testo costituzionale (Pesaresi, 2006).

5. LA SPESA REGIONALE

Il sistema regionale di finanziamento delle politiche sociali

La l. 328/00 (art. 4) dispone che siano le Regioni a ripartire agli enti locali i finanziamenti assegnati dallo Stato (Fnps) per obiettivi e interventi di settore, nonché, in forma sussidiaria, a cofinanziare gli interventi e i servizi sociali degli enti locali.⁷ Le spese da sostenere da parte dei Comuni e delle Regioni sono a carico delle risorse loro assegnate dal Fnps, nonché degli autonomi stanziamenti a carico dei propri bilanci. Si tratta di un'affermazione rilevante, poiché evidenzia il fatto che gli stanziamenti del Fondo nazionale per le politiche sociali si affiancano agli autonomi stanziamenti dei livelli inferiori di governo, senza però entrare nel merito delle relazioni che devono sussistere fra queste due diverse fonti di finanziamento.

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 afferma che le Regioni devono garantire che le risorse ripartite non siano sostitutive di quelle già destinate dai singoli enti territoriali. La realizzazione di questo obiettivo non ha praticamente alcun supporto nella strumentazione nazionale. La normativa offre però qualche elemento per rendere cogente il processo programmatorio. In applicazione delle indicazioni contenute

nell'art. 20 della l. 328/00, il Piano prevede che i destinatari dei fondi predispongano una relazione sulle attività svolte, sulle risorse impegnate e sui risultati raggiunti. Tale relazione, per ora non attivata, deve essere adeguatamente pubblicizzata e inviata al Dipartimento degli affari sociali (Bosi, Caruso, 2002). Sempre sul fronte delle garanzie, l'art. 20 della l. 328/00 stabilisce infine che, qualora le Regioni e i Comuni non provvedano all'impegno contabile della quota erogata del Fnps, il Ministro per la Solidarietà sociale provvede alla rideterminazione e alla riassegnazione delle risorse e, in caso di mancato impegno dei fondi per un tempo prolungato, anche la revoca degli stanziamenti.

Quasi tutte le Regioni italiane gestiscono le risorse sociali attraverso un fondo sociale regionale. Al fondo, nella maggior parte delle Regioni, affluisce il Fnps e ulteriori risorse aggiuntive stabilite da ogni singola Regione. Questa previsione non garantisce che l'impiego di tali risorse avvenga in modo unitario e coordinato o che nel tempo non si siano accumulati finanziamenti *ad hoc* per specifiche politiche settoriali. Di fatto, nella maggioranza dei casi i fondi sociali regionali non contengono tutte le risorse per il sociale.

I fondi sociali regionali, in genere, vengono ripartiti con criteri riconducibili al sistema delle quote capitarie "pesate", facendo riferimento alla struttura demografica della popolazione, con eventuali correttivi legati all'estensione del territorio ed alla densità della popolazione. Le risorse del fondo sociale regionale trasferite agli enti locali, in genere, non presentano specifici vincoli di finalizzazione, anche se molte Regioni hanno previsto che almeno una quota del Fondo stesso fosse destinata alla realizzazione dei Piani sociali di zona; in questi casi la finalizzazione non è specifica, ma l'erogazione dei contributi è condizionata all'approvazione dei piani di zona. L'unico vincolo previsto da tutte le Regioni stabilisce che il finanziamento erogato deve rappresentare un cofinanziamento rispetto alle iniziative degli enti locali. Questo vuol dire che gli enti locali devono aggiungere ulteriori risorse per finanziare le politiche sociali e sono pertanto predisposti strumenti di rilevazione per la verifica del rispetto di tale condizione. In altri casi, meno frequenti, sono previste percentuali minime di cofinanziamento da parte degli enti locali (Formez, 2003).

La spesa regionale per le politiche sociali

La rilevazione della spesa per le politiche sociali presenta numerose difficoltà metodologiche e pratiche. I bilanci regionali non sempre permettono un'immediata comprensione dell'ammontare complessivo delle risorse disponibili per le politiche sociali, della destinazione dei fondi e delle fonti di finanziamento. Inoltre, i fondi sociali regionali generalmente non comprendono tutte le risorse disponibili, dato che si affiancano ad essi ulteriori stanziamenti per interventi settoriali. In sostanza, i fondi regionali non sempre rappresentano grandezze comparabili. Le delibere di spesa diretta e di riparto delle risorse agli enti locali sono in genere assunte separatamente

e non consentono un'agevole ricostruzione dei flussi di spesa e di finanziamento degli enti locali. Infine, negli atti di programmazione e nelle relazioni disponibili sul raggiungimento degli obiettivi di politica sociale, i dati relativi alla spesa regionale spesso non distinguono nettamente tra risorse di natura corrente (per la gestione dei servizi e degli interventi sociali) e risorse destinate agli investimenti; tra risorse di natura sociale e risorse di natura sanitaria, tra risorse provenienti da fondi statali e regionali. "Inoltre, sono raramente disponibili dati a consuntivo, mentre le pubblicazioni di diversa natura privilegiano le previsioni di spesa, spesso senza distinguere tra risorse stanziata ed effettivamente riferibili all'anno in corso, e risorse imputabili a esercizi precedenti. Tutto ciò comporta evidenti problemi in ordine alla ricostruzione della spesa sociale delle Regioni, al suo finanziamento e utilizzo, e rende impervia la comparazione tra Regioni in ordine sia all'entità per abitante, sia alle modalità di spesa e finanziamento" (Formez, 2003).

L'unica fonte disponibile che fornisce un dato sulla spesa sociale regionale finanziata con risorse proprie e quindi depurata dei finanziamenti statali (Fnps e altro) è il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (2005). In essa risulta che le Regioni, con i fondi propri, contribuiscono al finanziamento della spesa sociale dei Comuni nella misura del 6% circa.⁸ La spesa regionale per l'assistenza è tendenzialmente decrescente, dato che dal 2000 al 2003 essa è passata da 556 a 310 milioni di euro.⁹ Tale decremento si accompagna al costante aumento del Fnps di quegli stessi anni, per cui sembra evidente che le Regioni complessivamente intese hanno utilizzato la crescita del Fondo nazionale per le politiche sociali per ridurre i propri impegni sul fronte assistenziale (cfr. tavola 13).

Al notevole incremento delle risorse statali del 2001 non pare essersi determinata la crescita delle risorse proprie delle Regioni. In sostanza, l'accresciuta disponibilità di risorse a favore degli enti locali è il risultato immediato dell'incremento di risorse statali e non, invece, di un accresciuto impegno congiunto che ha visto protagoniste anche le Regioni.

È del tutto evidente che se tutti gli enti facessero in questo modo la spesa locale per l'assistenza alla persona non aumenterebbe mai in modo significativo, anche se il suo livello è straordinariamente più basso di quello dei Paesi europei con cui ci confrontiamo.

TAVOLA 13 La spesa regionale per l'assistenza 2000-2003

Anno	Spesa regionale per l'assistenza finanziata con risorse proprie	Quota Fnps erogata alle Regioni
2000	556.000.000	249.000.000
2001	249.000.000	758.000.000
2002	354.000.000	771.000.000
2003	310.500.000	897.000.000

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2005).

6. LA SPESA PROVINCIALE

La l. 328/00 (art. 7) ha assegnato alle Province principalmente il compito di attuare il sistema informativo dei servizi sociali, raccogliendo dunque informazioni sui bisogni, sulla domanda e l'offerta dei servizi.

La stessa legge richiama le competenze della Provincia in materia di formazione degli operatori e inoltre individua spazi, che ogni Regione dovrà definire, di partecipazione delle Province alla definizione e all'attuazione dei Piani sociali di zona.

Nonostante le competenze sociali assai delimitate delle Province, le spese provinciali in questo settore hanno continuato a crescere, passando da 331 milioni di euro del 2000, anno di approvazione della legge quadro, a 503 milioni di euro del 2003. Occorre però rilevare che la gran parte della spesa sociale delle Province fa capo alle sole Province di Trento e Bolzano (71,5% nel 2003), tanto che le altre Province utilizzano ai fini sociali solamente 143 milioni di euro. Le somme trasferite dalle Province ai Comuni (o ai loro enti gestori) per le attività assistenziali raggiungono i 270 milioni di euro (2003), ma se escludiamo le Province autonome di Trento e Bolzano, l'importo dei trasferimenti si riduce a 25 milioni di euro circa (cfr. tavola 14).

Tenendo conto del fatto che le Province autonome di Trento e Bolzano ricevono una quota del Fnps (14.362.895 euro nel 2003), possiamo affermare che il contributo proprio delle Province italiane alla spesa sociale nazionale ammonta a 488.339.941 euro.

Per contabilizzare correttamente la spesa provinciale per interventi e servizi sociali nell'ambito della spesa sociale nazionale e, soprattutto, per evitare doppie contabilizzazioni, occorre sapere che l'intera spesa della Provincia autonoma di Bolzano è stata contabilizzata anche all'interno dell'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. In questo caso, la Provincia autonoma di Bolzano è stata considerata dall'Istat come un'associazione di Comuni, dato che la stessa provincia concentra tutte le competenze in materia sociale. Nel caso dei Comuni della Provincia autonoma di Trento, occorrerà invece rammentare che la loro attività sociale è finanziata per 173.618.103 euro dalla Provincia.

TAVOLA 14 La spesa delle Province per gli interventi e servizi sociali 2000-2003

Anno	Spesa complessiva	Spesa complessiva escluse Bolzano e Trento	Somme trasferite ai Comuni e loro enti gestori	Somme trasferite ai Comuni e loro enti gestori escluse Bolzano e Trento
2000	331.010.706	119.710.629		
2001	381.413.688	125.375.524	177.038.466	18.823.964
2003	502.702.836	143.415.253	269.997.757	24.979.654

Fonte: Istat (2003, 2005b).

7. LA SPESA COMUNALE

Gli interventi pubblici relativi alla rete dei servizi sociali territoriali sono prevalentemente posti in essere a livello comunale o intercomunale. Anche le risorse appositamente stanziare dallo Stato e dalle Regioni sono quasi totalmente utilizzate direttamente dai Comuni o dai loro enti gestori.

Per conoscere il livello della spesa sociale comunale, le fonti disponibili sono sostanzialmente due:

1. i certificati di bilancio che gli enti locali sono tenuti a redigere a consuntivo delle proprie gestioni per la presentazione al Ministro dell'Interno;
2. l'indagine sulla spesa sociale comunale promossa dall'Istat per gli anni 2003 e 2004.

I certificati di bilancio dei Comuni si occupano di tutta l'attività comunale, offrendo tuttavia una disaggregazione funzionale dei dati limitata e non sempre esauriente. Per ricostruire la spesa sociale occorre tener conto che il "settore sociale" dell'amministrazione comunale, secondo i certificati di bilancio, ricomprende le seguenti voci:

- Asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori;
- Strutture residenziali e di ricovero per anziani;
- Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona;
- Servizio necroscopico e cimiteriale.

Una prima possibile stima della spesa sociale è perciò data dall'insieme delle prime tre voci (scorporando quindi la voce relativa ai servizi necroscopici e cimiteriali, che non hanno nulla a che vedere con il "sociale"), che nel 2003 assommava - sempre secondo i certificati di bilancio - a circa 5.900 milioni di euro.

Tale risultato si differenzia - ma non in modo straordinario - dall'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni relativa al 2003, che rilevava una spesa sociale di 5.261 milioni di euro.¹⁰

Per comprendere queste differenze occorre tenere conto del fatto che i dati dei certificati di bilancio derivano dalla rendicontazione riferita all'intera gestione finanziaria, mentre il dato relativo all'indagine censuaria "è reperito tramite un questionario specificamente focalizzato sugli interventi di tipo sociale, compilato a opera di 'addetti ai lavori' e includente tutta la spesa dedicata a tali finalità (secondo la logica della registrazione del 'costo pieno' del servizio prodotto). In linea di principio, derivando da un'osservazione mirata e con finalità implicite di 'contabilità industriale', il dato dell'indagine *ad hoc* dovrebbe quindi essere più preciso e circoscritto: in effetti, è plausibile che nei dati di bilancio siano ricomprese voci non propriamente sociali" (Ministero Solidarietà sociale, 2006).

Proprio per questo assumeremo come punto di riferimento l'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni realizzata dall'Istat per gli anni 2003 e 2004. L'indagine, frutto di una stretta collaborazione fra l'Istat e vari ministeri, ha utilizzato una griglia di acquisizione dei dati che ha fatto riferimento sia agli schemi classificatori internazionali (in particolare lo schema Esspros), sia alle indicazioni fornite dalla legge quadro sull'assistenza (l. 328/00).

La rilevazione ha distinto sette aree di utenza dei servizi: Famiglia e minori, Disabili, Dipendenze, Anziani, Immigrati, Disagio adulti, Multiutenza. Ciascuna area al suo interno ha adottato una nomenclatura degli interventi ricondotta a tre macro-tipologie: interventi e servizi, trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi, spese per strutture. “In particolare, si deve considerare che nella prima tipologia sono elencati i servizi alla persona, come ad esempio il Servizio sociale professionale, gli interventi di integrazione sociale, quelli educativo-assistenziali e per l’inserimento lavorativo, l’assistenza domiciliare, ecc.; per trasferimenti in denaro si intendono tutti quei contributi erogati a famiglie, a singoli e associazioni e che rispondono a bisogni di natura diversa (dal pagamento delle rette degli asili nido o dei centri diurni o di prestazioni residenziali, ai contributi economici per l’alloggio, per integrare il reddito familiare, per affido familiare, per i servizi scolastici, per i servizi di trasporto, ecc.); infine, le spese in strutture riguardano le strutture a ciclo diurno o semiresidenziale (asili nido, servizi integrativi per la prima infanzia, centri diurni, centri di aggregazione/sociali, ecc.), le strutture comunitarie e residenziali (strutture residenziali in senso stretto, centri estivi o invernali con pernottamento, aree attrezzate per nomadi) e il pronto intervento sociale (unità di strada, ecc.)” (Ministero solidarietà sociale, 2006).

La spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali nel 2004

Nel 2004, la spesa comunale per l’assistenza sociale ammontava a 5 miliardi e 377 milioni di euro, con un valore pari allo 0,4% del Pil (cfr. tavola 15). La spesa è aumentata del 2,2% rispetto all’anno precedente (5 miliardi e 261 milioni di euro), mentre è rimasto invariato il rapporto fra spesa e Prodotto interno lordo.

Grandi sono le differenze regionali di spesa *pro capite*. Il valore più elevato si è registrato nel Nord-est, dove i Comuni hanno speso mediamente in un anno 135 euro per abitante, contro una media nazionale di 92 euro. I Comuni del Sud, al contrario, hanno speso appena 38 euro *pro capite* per erogare servizi e interventi socio-assistenziali, evidenziando una netta distanza dal resto del Paese.

In Calabria, con appena 27 euro per abitante, si raggiunge il livello più basso, mentre la spesa *pro capite* più alta risulta quella della Valle d’Aosta, con 345 euro; seguono in graduatoria le Province autonome di Bolzano e Trento, con valori ben al di sopra di 200 euro per abitante (cfr. tavola 15).

I settori di intervento comunale riguardano principalmente:

- la famiglia e i minori di età, con il 38,9% della spesa;
- gli anziani, con il 24,2% della spesa;
- i disabili, con il 19,8% della spesa.

Su queste tre aree di utenza si concentra più dell’80% delle risorse impegnate, mentre i servizi destinati alle altre tipologie di beneficiari assorbono quote di spesa molto più contenute: il 7% per le politiche di contrasto alla povertà, il 2% per gli immigrati, l’1% per i tossicodipendenti (cfr. tavola 16).

TAVOLA 15 Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per Regione e ripartizione geografica, 2004

Regione e ripartizione geografica	Spesa ¹ valori assoluti	Spesa media pro capite
Piemonte	533.564.093	124,1
Valle d'Aosta ²	42.200.920	344,6
Lombardia	974.492.199	104,6
Trentino-Alto Adige	249.733.410	257,8
Bolzano/Bozen ³	136.600.810	288,0
Trento ⁴	113.132.600	228,9
Veneto	442.355.415	94,7
Friuli Venezia Giulia	178.874.516	148,9
Liguria	164.538.880	103,8
Emilia-Romagna	610.461.972	148,3
Toscana	415.758.895	116,1
Umbria	66.132.884	77,5
Marche	140.936.680	93,2
Lazio	536.397.543	102,4
Abruzzo	67.111.034	51,9
Molise	13.909.251	43,2
Campania	213.498.725	37,0
Puglia	159.710.139	39,4
Basilicata	26.580.770	44,5
Calabria	54.164.328	26,9
Sicilia	320.430.174	64,0
Sardegna	166.762.210	101,3
Nord-ovest	1.714.796.092	111,9
Nord-est	1.481.425.313	135,2
Centro	1.159.226.002	103,6
Sud	534.974.247	38,1
Isole	487.192.384	73,2
Italia	5.377.614.038	92,4

Note

¹ Per spesa si intendono gli impegni di spesa in conto corrente di competenza relativi al 2004, di Comuni e associazioni di Comuni per l'erogazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente).

² La Regione Valle d'Aosta mantiene il ruolo di ente che oltre a programmare gestisce le politiche sociali e non delega ai Comuni, singolarmente o associati nelle Comunità montane, l'esercizio di tali funzioni.

³ Nell'indagine la Provincia di Bolzano è stata considerata come una associazione di Comuni; la Provincia di Bolzano concentra infatti tutte le competenze in materia sociale e i Comuni non hanno alcuna competenza e spesa propria.

⁴ Nella Provincia di Trento la rilevazione ha interessato i Comuni e gli enti gestori delle funzioni delegate dalla Provincia autonoma ai Comuni stessi (11 comprensori e i Comuni di Trento e Rovereto). Tali funzioni sono finanziate dalla Provincia con apposito Fondo socio-assistenziale.

Fonte: Istat, 2007.

Nell'area "famiglia e minori", la spesa media *pro capite* del 2004 varia tra i 36 euro del Sud e i 135 euro del Nord-est (con un minimo di 24 euro in Calabria e con punte di 282 euro in Valle d'Aosta e 219 in Emilia-Romagna).¹¹ La spesa *pro capite* per anziano¹² varia fra circa 46 euro l'anno al Sud e 173 al Nord-est (anche in questo caso i valori più bassi si hanno in Calabria e i più alti in Valle d'Aosta). La spesa *pro capite* riferita ai disabili¹³ varia fra 448 euro al Sud e 4.182 al Nord-est (cfr. tavola 17).

Oltre che per area di intervento (anziani, disabili, ecc.), gli interventi assistenziali dei Comuni possono essere ricondotti a tre macro-tipologie di spesa (cfr. tavola 18):

- i servizi resi direttamente alla persona (ad esempio, l'assistenza domiciliare, il "segretariato sociale", ecc.), pari a circa il 38% della spesa complessiva;
- i contributi economici per i cittadini bisognosi (sostegno al reddito, assegni di cura, ecc.), pari a circa il 24% della spesa complessiva;
- la gestione di strutture stabili sul territorio (gli asili nido, i centri diurni, le strutture residenziali, ecc.), pari a circa il 38% della spesa complessiva.

La spesa per gli interventi e i servizi prevale nell'area dei disabili (47,6%), degli anziani (46,4%), delle dipendenze (52,3%) e delle multiutenze (100%) mentre la spesa per i trasferimenti in denaro prevale nell'area del disagio adulti (50,2%), dove vengono utilizzate soprattutto per l'integrazione del reddito familiare e per il pagamento delle spese per l'alloggio. La spesa per le strutture sociali prevale invece nell'area famiglia e minori (56,9%), dove "pesano" soprattutto gli asili nido (39% dell'area) e le Comunità residenziali per minori. (cfr. tavole 16, 17 e 18).

Le differenze territoriali si confermano notevoli. Passando da Nord verso Sud si evidenzia, oltre alla diminuzione generale della spesa assistenziale in tutte e tre le sue componenti, la netta riduzione della spesa per strutture rispetto ai servizi e ai trasferimenti in denaro (Istat, 2007).

TAVOLA 16 Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni per area di utenza e per Regione, 2004

Regione e ripartizione geografica	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Disagio adulti	Immigrati	Dipendenze	Multiutenze	Totale
Piemonte	198.504.445	120.523.898	117.939.993	37.507.235	12.987.555	1.021.168	45.079.799	533.564.093
Valle d'Aosta	12.322.130	26.591.048	2.421.804	537.632	276.034	0	52.272	42.200.920
Lombardia	385.633.210	265.595.186	191.823.459	45.465.106	17.573.629	9.607.173	58.794.436	974.492.199
Trentino-A. A.	62.321.075	79.686.452	77.466.433	17.852.373	2.942.049	2.211.123	7.253.905	249.733.410
Boziano/Bozen	26.311.000	50.763.000	45.001.810	10.215.000	2.120.000	2.190.000	0	136.600.810
Trento	36.010.075	28.923.452	32.464.623	7.637.373	822.049	21.123	7.253.905	113.132.600
Veneto	113.330.926	125.096.810	125.456.712	26.747.589	10.962.913	8.752.684	32.007.781	442.355.415
Friuli V. G.	53.800.819	51.046.868	46.644.891	12.837.435	3.917.399	744.075	9.883.029	178.874.516
Liguria	76.557.261	45.599.813	17.140.505	9.768.987	2.607.375	1.915.611	10.949.328	164.538.880
Emilia-Romagna	299.552.298	132.827.871	84.106.253	22.499.588	18.369.345	6.596.363	46.510.254	610.461.972
Toscana	154.958.849	110.664.537	66.569.112	29.785.159	9.783.913	2.369.931	41.627.394	415.758.895
Umbria	29.332.749	13.123.957	12.286.248	2.829.680	2.796.702	1.247.005	4.516.543	66.132.884
Marche	46.851.968	24.501.051	34.114.196	7.721.355	4.042.597	1.456.428	22.249.085	140.936.680
Lazio	216.180.583	88.950.072	111.791.145	65.501.803	26.684.175	6.618.393	20.671.372	536.397.543
Abruzzo	28.625.611	17.263.768	13.571.265	2.549.759	774.638	404.187	3.921.806	67.111.034
Molise	5.754.221	3.971.904	2.791.084	718.270	231.348	313.597	128.827	13.909.251
Campania	96.871.546	44.274.317	33.036.188	10.997.439	1.829.318	2.193.912	24.296.005	213.498.725
Puglia	80.458.160	30.668.363	20.334.723	11.496.580	3.253.078	1.906.717	11.592.518	159.710.139
Basilicata	12.895.190	5.354.175	3.748.920	1.492.509	501.835	232.504	2.355.637	26.580.770
Calabria	22.723.427	5.941.451	5.834.600	12.098.865	563.783	696.052	6.306.150	54.164.328
Sicilia	137.552.358	74.051.700	59.767.897	30.740.315	5.140.144	4.215.662	8.962.098	320.430.174
Sardegna	62.960.453	38.004.820	38.349.620	13.989.303	2.018.396	2.548.359	8.891.259	166.762.210
Nord-ovest	673.017.046	458.309.945	329.325.761	93.278.960	33.444.593	12.543.952	114.875.835	1.714.796.092
Nord-est	529.005.118	388.658.001	333.674.289	79.936.985	36.191.706	18.304.245	95.654.969	1.481.425.313
Centro	447.324.149	237.239.617	224.760.701	105.837.997	43.307.387	11.691.757	89.064.394	1.159.226.002
Sud	247.328.155	107.473.978	79.316.780	39.353.422	7.154.000	5.746.969	48.600.943	534.974.247
Isole	200.512.811	112.056.520	98.117.517	44.729.618	7.158.540	6.764.021	17.853.357	487.192.384
Italia	2.097.187.279	1.303.738.061	1.065.195.048	363.136.982	127.256.226	55.050.944	366.049.498	5.377.614.038

Fonte: Istat, 2007.

TAVOLA 17 Spesa media pro capite per interventi e servizi sociali dei Comuni per area di utenza, 2004

Regione e ripartizione geografica	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Disagio adulti	Immigrati	Dipendenze	Multiutenze	Totale
Piemonte	133,5	127,1	3.093,8	13,8	67,9	0,3	10,5	124,1
Valle d'Aosta	281,7	1.098,8	2.896,9	6,8	69,9	0,0	0,4	344,6
Lombardia	113,2	150,2	2.479,6	7,5	32,8	1,2	6,3	104,6
Trentino-A. A.	159,5	474,4	16.910,4	29,0	63,8	2,7	7,5	257,8
Bolzano/Bozen	133,2	659,7	21.097,9	33,9	102,6	5,6	0,0	288,0
Trento	186,4	317,8	13.261,7	24,3	32,3	0,1	14,7	228,9
Veneto	64,9	142,4	3.411,4	8,8	41,5	2,2	6,9	94,7
Friuli V. G.	134,5	192,6	4.170,7	16,7	70,7	0,7	8,2	148,9
Liguria	152,5	108,9	1.572,7	10,2	43,8	1,4	6,9	103,8
Emilia-Romagna	219,1	142,5	3.085,9	8,7	78,6	0,8	11,3	148,3
Toscana	126,0	134,4	2.079,2	13,3	54,6	1,8	11,6	116,1
Umbria	98,6	66,2	1.494,1	5,4	57,9	1,7	5,3	77,5
Marche	85,4	72,8	3.068,4	8,2	53,0	1,1	14,7	93,2
Lazio	107,5	90,9	2.139,4	19,4	117,9	1,5	3,9	102,4
Abruzzo	53,3	63,7	1.092,6	3,2	21,8	0,4	3,0	51,9
Molise	42,3	57,1	997,5	3,6	66,4	1,1	0,4	43,2
Campania	33,1	51,4	394,4	3,0	24,2	0,5	4,2	37,0
Puglia	41,1	45,1	427,8	4,5	71,6	0,6	2,9	39,4
Basilicata	47,7	46,1	546,2	4,0	90,6	0,5	3,9	44,5
Calabria	23,8	16,6	248,1	9,6	19,2	0,4	3,1	26,9
Sicilia	56,9	84,2	1.018,4	9,9	77,5	1,0	1,8	64,0
Sardegna	89,2	136,4	2.170,4	12,7	133,0	1,8	5,4	101,3
Nord-ovest	123,7	145,1	2.588,7	9,5	42,3	0,9	7,5	111,9
Nord-est	135,5	173,2	4.181,6	11,4	60,4	1,9	8,7	135,2
Centro	109,5	101,5	2.169,3	14,9	81,7	1,2	8,0	103,6
Sud	36,5	45,6	448,3	4,4	36,7	0,5	3,5	38,1
Isole	64,2	96,8	1.285,0	10,6	87,9	1,2	2,7	73,2
Italia	89,9	115,8	1.889,0	9,8	57,9	1,1	6,3	92,4

Note: I valori medi pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza. La popolazione di riferimento per l'area "famiglia e minori" è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati dai dati del Censimento della popolazione 2001. La popolazione di riferimento per l'area "disabili" è costituita dal numero di disabili che vivono in famiglia quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (2004-2008) e dal numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali quali risultano dalla "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali anno 2004". La popolazione di riferimento per l'area "dipendenze" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 15 anni (2004). La popolazione di riferimento per l'area "anziani" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 65 anni (2004). La popolazione di riferimento per l'area "immigrati e nomadi" è costituita dagli immigrati residenti (2004). La popolazione di riferimento per l'area "disagio adulti" è costituita dalla popolazione con età compresa tra i 18 e i 65 anni (2004). La popolazione di riferimento per l'area "multiutenza" è costituita dalla popolazione residente (2004).

Fonte: Istat, 2007.

TAVOLA 18 Spesa dei Comuni singoli e associati per area di utenza e per macro-area di interventi e servizi sociali, 2004

Macro-area di interventi e servizi sociali				
Area di utenza	Interventi e servizi	Trasferimenti in denaro	Strutture	Totale
Valori assoluti				
Famiglia e minori	378.599.969	524.972.912	1.193.614.398	2.097.187.279
Anziani	605.415.694	304.080.983	394.241.384	1.303.738.061
Disabili	507.501.482	218.587.713	339.105.853	1.065.195.048
Disagio adulti	119.978.659	182.220.194	60.938.129	363.136.982
Immigrati	48.569.011	33.649.297	45.037.918	127.256.226
Dipendenze	28.792.547	16.891.228	9.367.169	55.050.944
Multiutenze	366.049.498	0	0	366.049.498
Totale	2.054.906.860	1.280.402.327	2.042.304.851	5.377.614.038
Valori percentuali di riga				
Famiglia e minori	18,1	25,0	56,9	100,0
Anziani	46,4	23,3	30,2	100,0
Disabili	47,6	20,5	31,8	100,0
Disagio adulti	33,0	50,2	16,8	100,0
Immigrati	38,2	26,4	35,4	100,0
Dipendenze	52,3	30,7	0,0	100,0
Multiutenze	100,0	.	.	100,0
Totale	38,2	23,8	38,0	100,0
Valori percentuali di colonna				
Famiglia e minori	18,4	41,0	58,4	39,0
Anziani	29,5	23,7	19,3	24,2
Disabili	24,7	17,1	16,6	19,8
Disagio adulti	5,8	14,2	3,0	6,8
Immigrati	2,4	2,6	2,2	2,4
Dipendenze	1,4	1,3	0,5	1,0
Multiutenze	17,8	.	.	6,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Istat, 2007.

Chi finanzia la spesa sociale dei Comuni?

Le fonti di finanziamento delle spese sociali dei Comuni sono diverse.

Lo Stato, attraverso il Fondo nazionale delle politiche sociali, ha fatto arrivare ai Comuni direttamente o indirettamente (attraverso le Regioni) il 17,8% nel 2003 e il 19,4% nel 2004 della spesa per i servizi sociali dei Comuni. Tale quota, come è noto, si è ridotta negli anni successivi.

Le Regioni, nel 2003, hanno contribuito alla spesa locale erogando ai Comuni, oltre al Fnps, un contributo aggiuntivo di 310 milioni di euro, che è pari al 5,9% della spesa comunale complessiva. Le Province hanno contribui-

to alla spesa con trasferimenti agli enti locali di quasi 256 milioni di euro, pari al 4,9% della spesa comunale (2003); si tratta soprattutto di risorse delle Province autonome di Trento e Bolzano depurate della quota di Fnps.

Anche gli utenti dei servizi sociali e socio-educativi hanno contribuito, con le rette di frequenza/degenza o con le quote di partecipazione alla spesa, al finanziamento delle politiche sociali, con un importo di circa 1.200 milioni di euro,¹⁴ pari al 23% della spesa (cfr. tavole 19 e 20).

La quota maggioritaria della spesa sociale è invece a carico delle risorse proprie dei Comuni, per un importo che nel 2003 era di 2.555 milioni di euro, pari al 48,6% della spesa complessiva. Risulta evidente che nel 2004, in corrispondenza dell'aumento del Fnps, i Comuni e le Regioni hanno complessivamente ridotto l'utilizzo di risorse proprie per finanziare le politiche sociali. Il loro intervento diretto, che assommava nel 2003 a 3.121 milioni di euro circa si è ridotto nel 2004 (nonostante l'inflazione) a circa 3.098 milioni di euro.

8. LA SPESA PER I SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA

Una delle principali voci di spesa per l'assistenza sociale locale è costituita dalla gestione degli asili nido. Infatti, gli asili nido assorbono circa il 16% della spesa sociale complessiva dei Comuni e dei loro enti gestori e circa il 40% delle risorse destinate alla tutela dei minori e al supporto della famiglia nella crescita dei figli. La ricerca censuaria dell'Istat rileva a questo proposito tre tipologie di servizi: a) la spesa per gli asili nido, b) la spesa per i trasferimenti in denaro alle famiglie

TAVOLA 19 Flussi di finanziamento del sistema dei servizi sociali territoriali 2003-2004

Anno	Fnps statale erogato alle Regioni	Fnps statale erogato ai Comuni	Regioni (erogazioni aggiuntive ai Comuni)	Province (trasferimenti ai Comuni)	Proventi dagli utenti dei servizi di assistenza	Quota a carico dei Comuni	Spesa dei Comuni per assistenza
2003	897.000.000	44.500.000	310.500.000	255.634.862	1.198.000.000	2.554.982.904	5.260.617.766
2004	1.000.000.000	44.466.939			1.236.000.000 *		5.377.614.038

Note: * stima. Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2005), Istat (2005a, 2005b, 2007).

TAVOLA 20 Flussi di finanziamento del sistema dei servizi sociali territoriali 2003-2004, %

Anno	Fnps statale erogato alle Regioni	Fnps statale erogato ai Comuni	Regioni (erogazioni aggiuntive ai Comuni)	Province (trasferimenti ai Comuni)	Proventi dagli utenti dei servizi di assistenza	Quota a carico dei Comuni	Spesa dei Comuni per assistenza
2003	17,0	0,8	5,9	4,9	22,8	48,6	100,0
2004	18,6	0,8			23,0		100,0

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2005), Istat (2005a, 2005b, 2007).

TAVOLA 21 Asili nido e servizi per la prima infanzia: utenti e spesa. Italia, 2004

Voci di spesa	Spesa	Utenti	Pro capite
Trasferimenti in denaro per il pagamento di retta per asili nido	28.695.798	19.681	1.458,0
Asili nido (gestione strutture)	821.934.684	126.471	6.499,0
Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia (gestione strutture)	32.740.652	42.172	776,4
Totale asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia	883.371.134	188.324	4.690

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2007.

per il pagamento di rette degli asili nido, c) la spesa per i servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia.¹⁵ Complessivamente, nel 2004, per queste tre voci i Comuni spendevano 883.371.134 euro (cfr. tavola 21).

Ovviamente, la spesa principale è relativa alla gestione degli asili nido che, nel 2004, assorbivano 851 milioni di euro, riuscendo ad accogliere 146.152 piccoli utenti (tavola 22).

Se si considerano gli utenti degli asili nido (bambini da zero a due anni residenti in Italia) nel 2004, si evidenzia una capacità ricettiva ancora molto limitata: in media hanno beneficiato del servizio pubblico 897 bambini su 10.000.

Le differenze territoriali sono molto ampie, sia in termini di spesa, sia in termini di offerta e di utilizzo dei servizi, evidenziando ancora una volta la carenza di strutture che caratterizza le Regioni del Sud. Infatti, i bambini tra zero e due anni iscritti agli asili nido comunali sono 232 su 10.000 al Sud, mentre al Nord sono più di 1.200. A livello regionale, i livelli più bassi di accesso agli asili nido si hanno per i bambini della Campania (105 su 10.000), mentre i livelli massimi si hanno in Emilia-Romagna (2.220 su 10.000) (tavola 23).

Tutti i Comuni della Valle d'Aosta e della Provincia di Bolzano hanno almeno un asilo nido nel loro territorio. A un livello elevato si colloca anche l'Emilia-Romagna, dove il 72% dei Comuni ha almeno un asilo nido. Al livello più basso troviamo il Molise, dove solo il 2% dei Comuni offre il servizio rispetto a una media italiana del 34% (cfr. tavola 24).

Mediamente i Comuni italiani spendono per gli asili nido 5.820 euro l'anno per ogni bambino iscritto (tavola 21); la variabilità a livello territoriale in questo caso è piuttosto contenuta, ma vi sono Regioni dove la spesa è mediamente più alta, come il Lazio (10.620 euro) e la Liguria (8.644 euro) e Regioni dove è sensibilmente più bassa, come la Lombardia, il Molise e la Provincia di Bolzano (circa 4.300 euro).

La spesa per gli asili nido comprende anche le rette pagate dai Comuni per i bambini che frequentano gli asili nido convenzionati (Istat, 2007).

I cittadini concorrono al funzionamento del servizio, sostenendo parte del costo degli asili nido. Il contributo delle famiglie in media è di 1.236 euro

TAVOLA 22 Asili nido: utenti, spesa e compartecipazione degli utenti per Regione, 2004

Regione e ripartizione geografica	Utenti	Spesa	Compartecipazione degli utenti	% compartecipazione sulla spesa	Spesa	Valori medi per utente	Compartecipaz.
Piemonte	11.191	75.392.885	17.730.455	23,5	6.737	1.584	1.584
Valle d'Aosta	594	4.623.708	793.795	17,2	7.784	1.336	1.336
Lombardia	35.746	153.448.365	48.917.143	31,9	4.293	1.368	1.368
Trentino-A. A.	2.502	16.121.607	7.186.207	44,6	6.443	2.872	2.872
Bolzano/Bozen	512	2.150.000	1.000.000	46,5	4.199	1.953	1.953
Trento	1.990	13.971.607	6.186.207	44,3	7.021	3.109	3.109
Veneto	9.952	46.426.908	12.251.808	26,4	4.665	1.231	1.231
Friuli V. G.	2.256	14.125.677	2.693.008	19,1	6.261	1.194	1.194
Liguria	3.870	33.451.179	3.770.982	11,3	8.644	974	974
Emilia-Romagna	24.085	139.980.420	37.096.417	26,5	5.812	1.540	1.540
Toscana	14.776	79.882.319	16.477.244	20,6	5.406	1.115	1.115
Umbria	2.513	15.476.441	2.925.805	18,9	6.159	1.164	1.164
Marche	4.835	22.409.125	6.728.741	30,0	4.635	1.392	1.392
Lazio	12.551	132.558.295	12.988.951	9,8	10.562	1.035	1.035
Abruzzo	2.040	11.211.716	1.719.454	15,3	5.496	843	843
Molise	246	1.066.156	175.956	16,5	4.334	715	715
Campania	2.028	12.813.724	869.072	6,8	6.318	429	429
Puglia	3.988	21.937.587	1.954.124	8,9	5.501	490	490
Basilicata	795	2.938.714	641.971	21,8	3.696	808	808
Calabria	772	2.747.846	315.744	11,5	3.559	409	409
Sicilia	8.519	53.424.848	3.333.206	6,2	6.271	391	391
Sardegna	2.893	10.592.962	2.135.766	20,2	3.662	738	738
Nord-ovest	51.401	266.916.137	71.212.375	26,7	5.193	1.385	1.385
Nord-est	38.795	216.654.612	59.227.440	27,3	5.585	1.527	1.527
Centro	34.675	250.326.180	39.120.741	15,6	7.219	1.128	1.128
Sud	9.869	52.715.743	5.676.321	10,8	5.342	575	575
Isole	11.412	64.017.810	5.468.972	8,5	5.610	479	479
Italia	146.152	850.630.482	180.705.849	21,2	5.820	1.236	1.236

Note: Questa voce comprende sia le strutture che le rette per gli asilo nido.

Fonte: Istat, 2007.

TAVOLA 23 Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia: utenti e spesa, 2004

Regione e ripartizione geografica	Utenti	Spesa	Compartecipazione degli utenti	% compartecipazione sulla spesa	Spesa	Valori medi per utente
						Compartecipaz.
Piemonte	3.540	1.113.901	232.677	20,9	315	66
Valle d'Aosta	1.342	418.772	107.270	25,6	312	80
Lombardia	5.362	2.756.381	271.177	9,8	514	51
Trentino-A. A.	1.358	7.248.433	844.036	11,6	5.338	622
Bolzano/Bozen	1.329	7.240.000	820.000	11,3	5.448	617
Trento	29	8.433	24.036	285,0	291	829
Veneto	4.464	2.832.063	726.627	25,7	634	163
Friuli V. G.	519	210.229	20.023	9,5	405	39
Liguria	1.688	3.317.823	147.430	4,4	1.966	87
Emilia-Romagna	5.771	4.866.517	1.055.832	21,7	843	183
Toscana	6.674	3.317.676	680.836	20,5	497	102
Umbria	435	664.100	130.721	19,7	1.527	301
Marche	4.199	1.367.147	272.413	19,9	326	65
Lazio	1.242	433.798	62.564	14,4	349	50
Abruzzo	158	285.924	14.533	5,1	1.810	92
Molise	0	0	0	-	-	-
Campania	1.321	1.655.780	9.720	0,6	1.253	7
Puglia	1.949	591.025	1.500	0,3	303	1
Basilicata	20	6.000	0	0,0	300	0
Calabria	384	331.010	0	0,0	862	0
Sicilia	677	398.258	6.375	1,6	588	9
Sardegna	1.069	925.815	142.830	15,4	866	134
Nord-ovest	11.932	7.606.877	758.554	10,0	638	64
Nord-est	12.112	15.157.242	2.646.518	17,5	1.251	219
Centro	12.550	5.782.721	1.146.534	19,8	461	91
Sud	3.832	2.869.739	25.753	0,9	749	7
Isole	1.746	1.324.073	149.205	11,3	758	85
Italia	42.172	32.740.652	4.726.564	14,4	776	112

Note: In questa categoria rientrano i micronidi, i nidi famiglia e i servizi integrativi per la prima infanzia.

Fonte: Istat, 2007.

TAVOLA 24 Asili nido e Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia: indicatori territoriali, 2004

Regione e ripartizione geografica	Asili nido		Servizi integrativi	
	Percentuale di Comuni coperti dal servizio	Indicatore presa in carico utenti (per 10.000 persone)	Percentuale di Comuni coperti dal servizio	Indicatore presa in carico utenti (per 10.000 persone)
Piemonte	27	1.029	6	325
Valle d'Aosta	100	1.744	22	3.941
Lombardia	54	1.346	8	202
Trentino-A. A.	41	802	35	435
Bolzano/Bozen	100	322	100	836
Trento	10	1.302	0	19
Veneto	35	748	14	336
Friuli V. G.	43	766	11	176
Liguria	37	1.106	49	482
Emilia-Romagna	72	2.220	34	532
Toscana	55	1.653	29	747
Umbria	29	1.162	20	201
Marche	40	1.245	25	1.081
Lazio	18	847	12	84
Abruzzo	17	624	9	48
Molise	2	321	0	0
Campania	8	105	25	68
Puglia	24	334	2	163
Basilicata	16	498	1	13
Calabria	6	139	1	69
Sicilia	33	560	1	44
Sardegna	11	728	5	269
<i>Nord-ovest</i>	43	1.246	11	289
<i>Nord-est</i>	46	1.284	23	401
<i>Centro</i>	35	1.164	21	421
<i>Sud</i>	12	232	10	90
<i>Isole</i>	22	594	3	91
<i>Italia</i>	34	897	13	259

Note: La voce degli asili nido comprende sia le strutture che le rette per gli asilo nido, mentre nei servizi integrativi o innovativi rientrano i micronidi, i nidi famiglia e i servizi integrativi per la prima infanzia. Popolazione di riferimento: popolazione di età compresa tra 0 e 2 anni, utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione o della ripartizione. **Fonte:** nostra elaborazione su dati Istat, 2007.

l'anno per ogni bambino, ma in questo caso si assiste a una variabilità molto consistente da Regione a Regione (tavola 22). In particolare, la spesa delle famiglie assume i valori più alti nel Nord-est, oltre 1.500 euro, decresce a poco più di 1.100 al Centro e scende sotto i 500 euro nelle Isole (in particolare in Sicilia).

Man mano che si scende dal Nord al Sud, seppur con alcune eccezioni, diminuiscono drasticamente le risorse impegnate, il numero di utenti, la presenza delle strutture sul territorio e le quote di spesa pagate dalle famiglie.

In Italia, oltre ai tradizionali asili nido, sono presenti anche i “servizi innovativi e integrativi per la prima infanzia” (come i micronidi e i nidi famiglia). I servizi di questo tipo hanno costi molto ridotti rispetto agli asili nido e possono rappresentare una valida alternativa in alcune realtà locali, come i piccoli Comuni montani, dove il numero di bambini non è sufficiente a giustificare un investimento consistente per le strutture. La spesa pubblica rilevata per queste strutture è in media 776 euro per utente in un anno e il contributo delle famiglie è poco superiore a 100 euro l'anno per bambino (tavola 23). I servizi innovativi e integrativi non sono diffusi su tutto il territorio, ma rappresentano una realtà significativa in alcune Regioni italiane, come la Valle d'Aosta, le Marche e la Provincia di Bolzano (cfr. tavola 24) (Istat, 2007).

9. LA SPESA SOCIALE PUBBLICA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

L'Italia è in grave ritardo nelle politiche pubbliche per i non autosufficienti rispetto agli altri Paesi europei. I motivi sono diversi. Il nostro sistema di protezione sociale non ha mai avuto carattere di universalità e i provvedimenti, non sempre organici, hanno privilegiato la creazione di un welfare come derivazione del mondo del lavoro, in cui le problematiche dell'assistenza sono affrontabili in quel contesto o sono essenzialmente caricate sulle famiglie. In questo quadro si colloca il limitato sviluppo dei servizi domiciliari e residenziali sociali e sociosanitari per i non autosufficienti e la maggiore attenzione invece verso i trasferimenti monetari (l'indennità di accompagnamento) senza neanche il bisogno di rendicontarne la spesa.

L'intervento pubblico sociale e sanitario nei confronti della non autosufficienza è crescente, ma copre solo la metà circa della spesa complessiva; il resto è garantito dalla spesa diretta delle famiglie. Se poi si considera anche il valore dell'assistenza fornita direttamente (e gratuitamente) dai familiari, l'intervento pubblico diventa largamente minoritario nella spesa per la non autosufficienza. All'interno di questo quadro, la spesa assistenziale per la non autosufficienza copre una percentuale ancora più bassa, che nel caso degli anziani non autosufficienti è pari solamente a un terzo della spesa complessiva (Pesaresi, 2007, non pubblicato). Quest'ultima viene garantita essenzialmente dalle indennità di accompagnamento e dai servizi sociali comunali.

L'indennità di accompagnamento e la pensione di invalidità civile

L'indennità di accompagnamento è la misura di politica sociale più importante per le persone non autosufficienti, sia per numero di beneficiari sia per l'importo complessivo della spesa. Essa assorbe più di un quinto di tutte le risorse assistenziali nazionali e i tre quarti della spesa per la non autosufficienza.

L'intervento ha una diffusione (7,7% di anziani) simile a quella di analoghe misure adottate in altri Paesi europei in termini di beneficiari, ma la cui copertura risulta però inferiore se si considera il livello delle prestazioni offerte e l'inesistenza di una graduazione dei benefici per livelli diversificati di bisogno (Ranci, 2005).

L'indennità di accompagnamento è stata originariamente istituita per tutelare le persone disabili adulte;¹⁶ solo successivamente è stata estesa anche alle persone anziane che oggi rappresentano la grande maggioranza dei beneficiari (70%). I requisiti di accesso dei beneficiari fanno riferimento a persone che, a prescindere dall'età e dalla condizione economica, presentino una totale disabilità e bisogni di cura continuativa, e inoltre che non siano ricoverate gratuitamente in istituto. L'indennità di 455,42 euro (2007) viene finanziata dalla fiscalità generale e viene attribuita direttamente ai beneficiari che possono disporne liberamente.

Il numero dei beneficiari dell'indennità di accompagnamento è aumentato quasi costantemente in questi anni. Erano 869.541 nel 1996, ma dopo 8 anni, nel 2004, erano quasi raddoppiati (1.629.290) e assorbivano 8.166 milioni di euro (Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2006).

La sua natura di diritto esigibile da parte di tutti i cittadini in possesso di determinati requisiti, l'assenza di tetti di spesa pubblici e la sua libertà d'uso, che non ha bisogno di rendicontazione hanno favorito la crescita costante della diffusione dell'indennità in relazione alle crescenti necessità dei non autosufficienti, soprattutto anziani.

Come viene usata l'indennità di accompagnamento dai beneficiari? Non esistono studi nazionali su questo aspetto, ma intanto si può dire che nel caso di anziani ospitati in strutture residenziali l'indennità viene utilizzata per pagare la retta a carico degli utenti. Per gli anziani assistiti a domicilio è probabile che l'indennità di accompagnamento venga utilizzata per remunerare indirettamente i membri della famiglia (l'indennità ricevuta tende a confluire nel *budget* familiare) che si prendono cura dei congiunti anziani o per contribuire a remunerare l'assistente familiare, laddove presente. Pertanto, l'indennità di accompagnamento si è nel tempo trasformata in una misura di integrazione del reddito che permette di ridurre il costo dei servizi residenziali o di acquistare prestazioni a domicilio a basso costo nel mercato, soprattutto irregolare (Da Roit, 2006).

Da diversi anni si discute del possibile riordino degli emolumenti derivanti dall'indennità di accompagnamento e dalle altre pensioni di invalidità civile. Era la stessa l. 328/00 a prevedere una delega al Governo a questo fine. La legge di riforma prevedeva infatti di intervenire con decreto legislativo per l'armonizzazione delle diverse prestazioni orientate al sostegno economico delle persone con disabilità e, nel contempo, proponeva anche un'indennità a sostegno dei bisogni di cura commisurata alla gravità della disabilità (anche per consentire l'assistenza e la sorveglianza continuativa ai soggetti con gravi limitazioni dell'autonomia). Quella delega, però, non è mai stata esercitata dal Governo, che ha fatto esaurire il tempo per l'esercizio della

TAVOLA 25 Indennità di accompagnamento e relativo importo annuo, complessivo e medio, per Regione, 2003

Regione	Numero	Importo complessivo (migliaia di €)	Importo medio (€)
Piemonte	100.177	492.980	4.920
Valle d'Aosta	2.706	14.044	5.190
Lombardia	203.250	1.004.303	4.941
Bolzano	7.106	34.526	4.859
Trento	7.697	37.803	4.911
Veneto	101.531	502.438	4.949
Friuli V. G.	33.675	167.144	4.963
Liguria	48.126	241.067	5.009
Emilia-Romagna	111.607	556.578	4.987
Toscana	98.999	492.122	4.971
Umbria	36.118	180.968	5.010
Marche	45.710	224.058	4.902
Lazio	125.886	620.318	4.928
Abruzzo	44.204	217.306	4.916
Molise	7.751	36.634	4.726
Campania	163.710	806.085	4.924
Puglia	104.215	507.417	4.869
Basilicata	16.788	81.596	4.860
Calabria	70.307	347.135	4.937
Sicilia	137.455	660.994	4.809
Sardegna	52.770	257.458	4.879
estero	1.545	7.723	4.998
Italia	1.521.332	7.490.605	4.924

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2006).

stessa senza presentare una proposta, anche se permane la necessità di un riordino della misura. Infatti, l'indennità di accompagnamento continua a essere un contributo fisso mensile destinato solo a disabili gravissimi indipendentemente dalle loro condizioni economiche. Ne restano esclusi tutti coloro che presentano bisogni di cura rilevanti pur non necessitando di un'assistenza continua. Inoltre, l'importo erogato non è sufficiente a coprire i costi di un ricovero in struttura residenziale o a garantire assistenza domiciliare privata in un mercato regolare. Per adempiere con maggiore efficacia al suo compito, la misura economica dovrebbe essere modulata in relazione ai bisogni dei beneficiari e dovrebbe essere collegata anche all'erogazione di servizi territoriali alla persona (Da Roit, 2004).

Oltre all'indennità di accompagnamento ci sono anche le altre pensioni di invalidità civile che sono erogate a invalidi, una parte dei quali non autosufficienti, per le loro necessità assistenziali. Infatti, per avere diritto alle prestazioni economiche il grado di invalidità riconosciuto deve essere

almeno del 74%. Si è invalidi parziali con un grado di invalidità che va dal 74% al 99%, mentre con un'invalidità del 100% si è invalidi civili totali. Quanti di questi, che nel 2004 erano 889.305, sono definibili come non autosufficienti? Nessuno ce lo può dire con precisione. Conosciamo però il numero di coloro che lo sono sicuramente estrapolando il dato degli invalidi civili totali che percepiscono anche l'indennità di accompagnamento. Costoro sono innegabilmente non autosufficienti e, nel 2004, erano 422.420 (pari al 47,5% degli invalidi civili),¹⁷ con una spesa assistenziale di almeno 1.193 milioni di euro.¹⁸

I servizi comunali per la non autosufficienza

La rete dei servizi territoriali è sensibilmente più ridotta rispetto a quella di altri Paesi; questi servizi sono inoltre sottoposti a forte selettività, in base non solo al livello di non autosufficienza, ma spesso anche al reddito e alla presenza di sostegni familiari.

Per quel che riguarda l'assistenza agli anziani, l'assistenza domiciliare sociale e sanitaria si attesta su valori quantitativi che costituiscono la metà della media europea. Infatti, mentre in Europa vengono assistiti a domicilio mediamente l'8,5% degli anziani, questa percentuale in Italia è del 4,1%. I servizi domiciliari mancano di integrazione fra sociale e sanitario, spesso sono limitati nel tempo e molto disomogenei fra una Regione e l'altra. Fra le note positive va rilevato che la spesa per questi servizi e, in alcuni casi anche il numero di utenti, sta costantemente aumentando, insieme a una maggiore attenzione verso i bisogni degli anziani con livelli più elevati di non autosufficienza. A fianco di questi servizi più tradizionali, negli ultimi anni, sono state introdotte dai Comuni e dalle Regioni, altre due prestazioni: gli assegni di cura e i *voucher*. Nel primo caso si tratta, come è noto, di prestazioni in denaro, mentre nel secondo caso di titoli che danno il diritto a ricevere servizi (soprattutto domiciliari). La loro diffusione è però modesta (lo 0,8% degli anziani) e la loro disciplina è ancora "giovane" e disomogenea, per cui è probabile che si evolverà ulteriormente per aderire in modo più efficace alla rete integrata dei servizi a disposizione della non autosufficienza.

L'assistenza semiresidenziale realizzata dai centri diurni per anziani non autosufficienti non è al centro delle attenzioni delle politiche sociali per anziani. È poco presente nelle Regioni, è poco codificata e non ha neanche un sistema informativo che rilevi la sua attività in tutte le Regioni italiane. È forse l'attività più arretrata nel panorama dei servizi italiani per anziani non autosufficienti. I dati ci segnalano che solo l'1% di anziani frequenta i centri diurni.

L'assistenza residenziale accoglie circa il 2% degli anziani, un numero molto basso rispetto a ciò che accade negli altri Paesi europei. Probabilmente questo è dovuto al fenomeno delle badanti, unitamente a una tenuta "familiare" ancora superiore a quella degli altri Paesi europei. Si tratta ovviamente di un dato positivo ma che, probabilmente, è destinato cambiare in futuro, tenuto conto del bassissimo livello di sviluppo del settore nel

Sud d'Italia. I costi per l'assistenza residenziale sono in gran parte coperti dalle famiglie, fatta eccezione per le prestazioni sanitarie e per i cittadini parzialmente o totalmente sostenuti dalle amministrazioni locali, perché indigenti e senza sostegni familiari.

Nell'area di intervento degli adulti disabili, il servizio sociale più diffuso è l'assistenza domiciliare socio-assistenziale (Sad) che, nel 2004, raggiungeva 28.089 utenti. A questi poi si aggiungono altri 4.632 disabili assistiti con Adi integrata dai servizi sociali. Altri 11.529 disabili hanno ricevuto un *voucher* o un assegno di cura che, in grandissima parte, hanno utilizzato per un sostegno domiciliare, per cui possiamo dire che oltre 44.000 disabili adulti hanno beneficiato di una qualche forma di assistenza domiciliare sociale. Il secondo servizio per diffusione, ma il primo per costo, è costituito dal centro diurno, che ha accolto quasi 33.000 disabili in strutture comunali o convenzionate (cfr. tavola 27). Nei presidi residenziali sono infine ospitati 29.457 disabili, di cui 1.619 minori (Istat, 2007b).

La spesa assistenziale per la non autosufficienza

In Italia, la spesa assistenziale per i non autosufficienti è stimata, per il 2004, in 10.921 milioni di euro, pari allo 0,79% del Pil. La spesa è quasi interamente dedicata alle prestazioni in denaro erogate dall'Inps che assommano a 9.359 milioni di euro, pari all'85,7% della spesa complessiva (0,67% del Pil). La spesa per i servizi assistenziali dei Comuni è di 1.562 milioni di euro (14,3% della spesa complessiva, pari allo 0,11% del Pil) utilizzata in grandissima parte per servizi alla persona (cfr. tavola 26).

Per gli anziani non autosufficienti si stima una spesa pubblica di 6.747 milioni di euro, pari al 61,8% della spesa complessiva, mentre per gli adulti disabili la spesa è stata di 4.174 milioni di euro (38,2% del totale).

Per valutare correttamente i dati presentati occorre rilevare che la spesa comunale per i non autosufficienti è stata stimata sulla base dei dati a disposizione. Infatti, sono noti i costi dei vari servizi rivolti agli anziani, ma non si conosce la quota di anziani non autosufficienti che beneficiano dei servizi. Così abbiamo convenzionalmente stabilito che i servizi che sono prevalentemente rivolti ai non autosufficienti vengono totalmente considerati come spesa per gli anziani e i disabili non autosufficienti, mentre altri servizi che prevedono interventi non prevalenti (o con informazioni insufficienti sui contenuti dei servizi e sui beneficiari) nei confronti dei non autosufficienti non sono stati considerati. Così non sono ricomprese nelle spese la voce relativa ai contributi per i servizi alla persona (di cui non sono noti i contenuti e i beneficiari), che pure assomma 34 milioni di euro per gli anziani e 17 milioni di euro per i disabili, ma non viene neanche ridotta discrezionalmente la spesa per l'assistenza domiciliare, che certo non è erogata solamente ai non autosufficienti. Il risultato è probabilmente leggermente sovradimensionato rispetto alla spesa effettiva, ma forse è anche il metodo più oggettivo stante la disponibilità dei dati.

TAVOLA 26 Stima della spesa sociale per i non autosufficienti. Italia, 2004

Prestazioni	Disabili		Anziani		Anziani + disabili		Totale
	Stato	Comuni	Stato	Comuni	Stato	Comuni	
Indennità di accompagnamento ¹	2.449.800.444		5.716.201.036		8.166.001.480		8.166.001.480
Pensione di invalidità civile	1.193.336.500*				1.193.336.500*		1.193.336.500*
Adi		9.938.175		42.445.037		52.383.212	52.383.212
Sad		99.924.822		314.540.039		414.464.861	414.464.861
Telesoccorso e teleassistenza		446.939		11.455.585		11.902.524	11.902.524
Altri servizi domiciliari comunali ²		3.223.830		28.410.593		31.634.423	31.634.423
Contributi economici per cure sanitarie		5.028.478		20.973.638		26.002.116	26.002.116
Assegni di cura e voucher		14.790.131		79.502.677		94.292.808	94.292.808
Assistenza residenziale ³		211.089.757		53.857.618		264.947.375	264.947.375
Assistenza residenziale ³		186.686.950		479.722.459		666.409.409	666.409.409
Totale	3.643.136.944	531.129.082	5.716.201.036	1.030.907.646	9.359.337.980	1.562.036.728	10.921.374.708
%	33,3	4,9	52,3	9,4			100
% Pil					0,67	0,11	0,79

Note: * stima. 1 La percentuale di anziani che beneficiano dell'indennità di accompagnamento è crescente, nel 2003 era del 70%, e in base a questa percentuale è stata ripartita la spesa fra anziani e disabili. 2 Negli "Altri servizi domiciliari comunali" sono compresi i pasti a domicilio, la lavanderia a domicilio e i contributi per l'affido di anziani e disabili. 3 Nell'assistenza residenziale e semiresidenziale sono compresi anche i contributi per le rette.

Fonte: nostre elaborazioni su dati forniti da Istat (2007, 2007c), Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2006).

TAVOLA 27 Componenti della spesa pubblica assistenziale per le cure di lungo termine (Ltc) in rapporto al Pil. Italia, 2004-2005

Componenti	2004		2005	
	Totale	+65 anni	Totale	+ 65 anni
Componente sanitaria per Ltc	0,77	0,45	0,80	0,46
Indennità di accompagnamento	0,65	0,48	0,65	0,49
Altre prestazioni (comunali) per Ltc	0,14	0,11	0,14	0,11
Totale	1,56	1,05	1,59	1,07

Fonte: nostra elaborazione su dati della Ragioneria generale dello Stato (2005, 2006).

Le risultanze finali della nostra ricerca che hanno portato a quantificare nello 0,79% del Pil la spesa assistenziale per la non autosufficienza del 2004 sono confortate dalle valutazioni della Ragioneria generale dello Stato (2005, 2006), che ha stimato tale spesa giungendo allo stesso risultato (cfr. tavola 27). Occorre però rilevare che la Ragioneria generale dello Stato stima le “Altre prestazioni Ltc” (e cioè le prestazioni erogate a livello locale per finalità socio-assistenziali riconducibili alla funzione delle cure/assistenza di lungo termine) in 1,9 miliardi di euro, rispetto alle nostre stime pari a 1.562 milioni di euro.¹⁹

All'interno della spesa comunale per la non autosufficienza, la quota più importante, pari al 42,3% (646 milioni di euro), è assorbita dalle strutture e, in particolare, dall'assistenza residenziale. Colpisce la grande differenza della spesa comunale *pro capite* degli assistiti, che è di 11.205 euro per i disabili e di 5.866 euro per gli anziani, che deriva da una diversa regolamentazione delle due aree di intervento (standard organizzativi, partecipazione alla spesa, ecc.). Il 37,7% della spesa comunale (589 milioni di euro) è invece dedicata a interventi e servizi per i non autosufficienti, quasi tutti utilizzati per varie forme di assistenza domiciliare. Anche in questo caso viene confermato il più alto costo *pro capite* dell'assistenza ai disabili rispetto all'assistenza agli anziani; per fare un esempio, l'assistenza domiciliare socio-assistenziale mediamente costa ai Comuni 3.557 euro annui per ogni disabile, mentre costa 1.710 per ogni anziano. Infine, anche i Comuni utilizzano una parte delle proprie risorse per i trasferimenti monetari e precisamente il 20,2% (316 milioni di euro), quasi tutti dedicati ai contributi per il pagamento delle rette delle strutture residenziali (cfr. tavola 28).

L'altro dato che emerge con grande forza è lo straordinario differenziale di offerta di servizi fra una Regione e l'altra, che renderà difficile e non breve il necessario intervento per la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni sociali in tutto il territorio nazionale. In particolare, grande è il ritardo delle Regioni del Sud rispetto a quelle del Nord e del Centro.

In sintesi, si può pertanto affermare che anche nel caso dell'assistenza ai non autosufficienti la caratteristica del welfare italiano viene confermata: moderata spesa pubblica con ampia prevalenza dei trasferimenti monetari rispetto ai servizi e ampia spesa privata. Ad aggravare il quadro c'è da registrare una grande differenziazione regionale sia in termini di offerta di servizi sia di spesa pubblica.

TAVOLA 28 Spesa sociale comunale per alcuni servizi per i non autosufficienti. Italia, 2004

Servizio	Anziani		Disabili	
	Spesa	Utenti	Spesa	Utenti
Interventi e servizi				
Assistenza domiciliare socio- assistenziale	314.540.039	183.987	99.924.822	28.089
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	42.445.037	60.409	9.938.175	4.632
Telesoccorso e teleassistenza	11.455.585	63.670	446.939	1.691
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	79.502.677	55.481	14.790.131	11.529
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	24.756.325	90.153	1.104.724	1.281
Trasferimenti in denaro				
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	20.973.638	13.752	5.028.478	4.121
Retta per centri diurni	4.484.064	3.386	27.814.580	5.988
Retta per prestazioni residenziali	175.889.380	36.153	76.822.444	8.541
Contributi economici per affido familiare	3.654.268	1.687	2.119.106	725
Strutture				
Centri diurni	49.373.554	109.242	183.275.177	26.916
Strutture residenziali	303.833.079	51.793	109.864.506	9.805
Totale	1.030.907.646		531.129.082	

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2007.

10. VALUTAZIONI CONCLUSIVE

Nel 2004, l'Italia utilizzava il 26,1% del proprio Pil per i programmi di protezione sociale contro una media dell'Unione europea dei 15 del 27,6%. Si tratta di una percentuale inferiore a quella di molti Paesi, ma non è solo questo che differenzia l'Italia dal resto dell'Europa. La particolarità italiana sta nella composizione della spesa. La gran parte della spesa per la protezione sociale del nostro Paese è assorbita dal sistema pensionistico e, in particolare, dalle funzioni "vecchiaia e superstiti". Tali funzioni assorbono il 15,4% del Pil rispetto a una media europea dell'11,3%. In termini percentuali si tratta del 61,3% della spesa complessiva. Si tratta del dato più elevato nell'Europa dei 15. La quota assistenziale italiana della protezione sociale è al contrario straordinariamente bassa rispetto al resto d'Europa. Secondo Eurostat, la spesa per prestazioni agli invalidi e inabili assorbe l'1,5% del Pil, contro il 2,1% dell'Europa, la spesa per prestazioni in favore delle famiglie, della maternità e dei figli a carico è la metà della media europea (1,1% del Pil contro il 2,1% europeo), la spesa per promuovere l'inclusione e la partecipazione sociale è vicina allo zero, mentre in Europa assorbe lo 0,4% del Pil. Stesso discorso per la spesa di sostegno all'accesso o alla conduzione della casa di abitazione. Il dato complessivo vede l'Italia con una spesa assistenziale pari al 2,6% del Pil, contro una media europea del 5,1% (Eurostat 2007). Quello italiano è il dato più basso. Nessun altro Paese europeo registra una simile distorsione funzionale in seno al proprio *welfare state*. In realtà, se alle voci di spesa considerate da Eurostat e dall'Istat aggiungiamo l'assegno per il nucleo familiare e l'integrazione al trattamento minimo delle pensioni, che a nostro avviso sono interventi assistenziali,²⁰ la quota di Pil dedicata alla spesa per l'assistenza sociale sale al 3,1%, più elevata ma ancora lontana dalla media dell'Unione europea dei 15. Considerando anche queste voci di spesa, tenuto conto delle argomentazioni e delle valutazioni che abbiamo sviluppato in questo lavoro, possiamo stimare la spesa pubblica italiana per l'assistenza sociale nel 2004 in 43.173 milioni di euro (cfr. tavola 29).²¹

Come abbiamo visto, la spesa per l'assistenza sociale prevede una pluralità di interventi forniti da vari enti e livelli di governo. La distinzione principale è tra le prestazioni monetarie, di cui è responsabile il governo centrale, e i servizi alla persona, forniti soprattutto dagli enti locali. I trasferimenti monetari centrali assorbono più dell'87% della spesa complessiva, mentre la spesa sociale erogata dagli enti locali impiega non più del 12,8% delle risorse complessive (solo per un terzo utilizzate per prestazioni monetarie). Il welfare pubblico del nostro Paese è dunque caratterizzato da un netto sbilanciamento per l'elevatissima erogazione di prestazioni monetarie e la scarsa fornitura di servizi alla persona; una ridotta spesa pubblica destinata ai servizi sociali alla persona e un'elevata spesa privata nel settore costituiscono tratti di fondo della realtà italiana.

La quota di spesa sociale locale, già di per sé marginale rispetto alla

TAVOLA 29 Spesa pubblica per prestazioni di assistenza sociale, complessiva e per tipologia, 2004

Prestazioni	Valore assoluto (milioni di euro)	% su Pil	% su spesa totale per assistenza
Assegno sociale (e pensione sociale)	3.346	0,24	7,7
Integrazione al trattamento minimo delle pensioni	13.945	1,00	32,3
Pensione di invalidità civile	2.544	0,18	5,9
Indennità di accompagnamento	8.166	0,59	18,9
Maggiorazione sociale	1.620	0,12	3,7
Assegno per il nucleo familiare	5.495	0,40	12,7
Fondo per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione	248	0,02	0,6
Assegno per le famiglie con almeno tre figli	423	0,03	1,0
Assegno di maternità per le madri	290	0,02	0,7
Pensioni di guerra	1.558	0,11	3,6
Ministero solidarietà sociale	31	0,00	0,1
Totale prestazioni nazionali	37.666	2,71	87,2
Servizi sociali comunali	5.378	0,39	12,5
Province *	129	0,01	0,3
Totale prestazioni locali	5.507	0,40	12,8
Totale spesa per assistenza	43.173	3,11	100,0

Note: * Il dato si riferisce al 2003. **Fonte:** nostra elaborazione su dati Ferrera (2006), Commissione di indagine sull'esclusione sociale (2006), Istat (2005, 2007, 2007c).

spesa assistenziale complessiva, dopo l'approvazione della l. 328/00 ha continuato a crescere, ma con ritmi assimilabili o addirittura più bassi del periodo precedente. In sostanza, non si è verificato il grande incremento di spesa locale socio-assistenziale necessario a far decollare il settore (Cogno, 2004). Tutto questo per varie ragioni.

.Le risorse statali del Fondo nazionale per le politiche sociali che alimentano, seppur indirettamente (passando attraverso le Regioni), la spesa comunale, sono relativamente ridotte e paiono inadeguate a sviluppare in modo significativo i servizi territoriali e a modificare i differenziali territoriali di offerta, oggi molto elevati (Cogno, 2004).

Nelle Regioni, per contro, si è riscontrato come il finanziamento regionale con mezzi propri di bilancio sia rimasto sostanzialmente invariato a seguito dell'entrata in vigore della riforma nazionale e in molti casi si sia addirittura registrata una riduzione degli stanziamenti propri regionali in corrispondenza dell'aumento del Fnps. Pertanto, l'immissione di nuove risorse nazionali nel sistema non ha determinato un "effetto moltiplicatore" della spesa sociale sostenuto anche dalle Regioni. In questo quadro si colloca anche la spesa sociale dei Comuni, che è poco vincolata sia da standard nazionali sia

regionali e riguarda prestazioni generalmente non universali (con condizioni di accesso molto diverse tra i Comuni) che i Comuni gestiscono con un elevato contenuto di discrezionalità, lasciandosi condizionare dalla maggiore o minore ricchezza dei bilanci comunali annuali (Cogno, 2004).

Un altro aspetto cruciale consiste nelle grandi differenze tra le aree del Paese nell'offerta di servizi e nelle condizioni per accedervi.

Per cercare di arricchire i dati a disposizione anche in funzione della costruzione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali, abbiamo cercato di riclassificare la spesa sociale secondo le indicazioni generali sulla metodologia per la costruzione dei Leps fornite dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 (Dpr 3/5/2001). Il Piano invita a costruirli con l'ausilio di una griglia articolata su due dimensioni che consenta una classificazione di tutte le prestazioni sociali e una ripartizione della spesa sociale per *target* e per *setting* assistenziale.

Questo esercizio di riclassificazione della spesa, pur nella sua sperimentaltà e scontando probabili imprecisioni, evidenzia alcuni aspetti, fra i quali si segnalano i seguenti:

1. La griglia proposta dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 per la costruzione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali ha bisogno di significative modifiche per rappresentare in modo efficace le prestazioni sociali dei livelli essenziali. Infatti, tra le tipologie di servizi e prestazioni risulta fuorviante e inefficace la proposta di classificare insieme strutture residenziali e semiresidenziali distinte a loro volta in due diverse tipologie (per soggetti con fragilità sociale e relative a strutture a carattere comunitario). Molto più semplice e chiaro prevedere una tipologia per tutte le strutture residenziali e una tipologia per tutte le strutture semiresidenziali. Colpisce che manchi nella griglia delle tipologie di servizi e prestazioni la voce relativa alle prestazioni monetarie, che rappresenta la grande maggioranza delle prestazioni italiane. Anche sul fronte delle aree di intervento della griglia, sono opportuni degli interventi di aggiustamento, alcuni dei quali necessari; per esempio, l'area "Avvio della riforma" appare non appropriata ai fini classificatori delle prestazioni e potrebbe essere sostituita dall'area generica "Utenza indifferenziata", per tutti quegli interventi rivolti all'intera popolazione (per distinguerla da tutte le altre aree, che puntano a un singolo target: anziani, minori, disabili, ecc.); inoltre, tenuto conto dell'utilità dell'informazione, forse vale la pena di aggiungere anche una voce relativa alla spesa per le politiche per gli immigrati. Per la riclassificazione abbiamo pertanto apportato le modifiche che ritenevamo necessarie alla griglia ministeriale, così come indicato nella tavola 30.²²
2. La spesa per le prestazioni monetarie, tenuto anche conto della spesa comunale, sale al 90,1% della spesa sociale complessiva, una dimensione di evidente e forte squilibrio che sottrae risorse e marginalizza i servizi alla persona e non permette la costruzione di una rete completa e organica di servizi sociali.
3. Colpisce positivamente che fra le tipologie di servizi e interventi, dopo le prestazioni monetarie²³ si collochi la spesa per le strutture semiresidenziali

TAVOLA 30 Griglia corretta per la definizione e classificazione dei Leps (importi in milioni di euro)

Tipologie di servizi e prestazioni	Prestazioni monetarie	Promozione sociale e Servizio sociale professionale	Servizio di pronto intervento sociale per situazioni di emergenza personali e familiari	Assistenza domiciliare	Strutture semi-residenziali	Strutture residenziali e Centri di accoglienza residenziali	Totale
Area di intervento							
Responsabilità familiari	6.693	231					6.924
Dritti dei minori	40	151		40	1.020	173	1.424
Persone anziane	1.862	133		477	68	326	2.866
Contrasto della povertà	19.341	106	8	19	6	47	19.527
Disabili	10.929	417		131	222	117	11.816
Droghe	17	27	2	1	5	3	55
immigrati	34	62	2	2	5	38	143
Utenza indifferenziata		418					418
Totale	38.916	1.545	12	670	1.326	704	43.173

Note: La griglia utilizzata è quella proposta dal Dpr 3/5/2001 con le modifiche proposte dall'autore. L'Assegno sociale, l'integrazione al minimo delle pensioni, la maggiorazione sociale e il fondo per il sostegno all'accesso alle abitazioni sono stati assegnati all'area del contrasto alla povertà. La pensione di invalidità e l'indennità di accompagnamento sono stati assegnati all'area della disabilità. L'assegno per il nucleo familiare, l'assegno per le famiglie con almeno tre figli e l'assegno di maternità sono stati assegnati all'area delle politiche familiari. Le pensioni di guerra sono state assegnate all'area delle persone anziane. Nella tipologia di servizio denominata "promozione sociale e servizio sociale professionale" sono assegnate, oltre alle spese per il servizio sociale professionale e per il segretariato sociale, anche le spese relative a i servizi alla persona non classificabili nelle altre tipologie (per esempio la mensa, il sostegno socio-educativo scolastico, ecc.).

Fonte: nostra elaborazione con modifica della griglia proposta nel Dpr 3/5/2001.

(che ricomprende al suo interno, per esempio, asili nido, centri diurni per anziani e per disabili, ecc.), superando abbondantemente la spesa diretta per le strutture residenziali.

4. Fra le aree di intervento, la parte del leone viene svolta dalla spesa per il contrasto della povertà, che assorbe il 45% del totale. Si tratta di una spesa di quasi 20 miliardi di euro, che però viene distribuita quasi integralmente ai soli anziani.

5. La seconda voce di spesa per importanza è costituita dall'assistenza ai disabili, che assorbe 11.816 milioni di euro, pari a poco più di un quarto della spesa complessiva (27,4%), mentre la spesa a favore degli anziani costituisce solo il 6,6%, ma questo non deve sorprendere, viste le ulteriori risorse trasferite agli anziani attraverso le aree di intervento relative alla disabilità e al contrasto della povertà. (cfr. tavola 30)

In definitiva, il settore dell'assistenza e dei servizi sociali italiano appare "pletorico e lacunoso al tempo stesso. Pletorico per la grande varietà di schemi che esso prevede, ciascuno rivolto a rispondere a una particolare fattispecie di bisogno, molto spesso su base categoriale. Lacunoso per il persistente sottosviluppo dei servizi e anche perché al suo interno alcuni bisogni continuano a non trovare adeguata risposta: pensiamo soprattutto alla mancanza di reddito in quanto tale (la povertà estrema) o la non autosufficienza" (Ferrera, 2006).

Nonostante questa situazione (o forse a causa di questo), il dibattito sulla riforma del welfare si è generalmente concentrato sulle pensioni e sulla sanità, mentre la questione dell'assistenza sociale è stata affrontata per decenni esclusivamente in modo marginale e residuale rispetto agli altri due settori "forti" della protezione sociale.

La spesa per l'assistenza continua ad essere trascurata all'interno del sistema di welfare ed è dunque necessario che verso questo settore si dirigano risorse aggiuntive, soprattutto per finanziare i nuovi servizi. Ma dove trovare queste risorse? Il quadro politico e i vincoli macroeconomici attuali rendono molto difficile una politica di riforma del welfare per la difficoltà di reperire nuove risorse.

Le scelte politiche hanno infatti sempre più a che fare con la ripartizione tra differenti istanze di risorse scarse, per cui la contrapposizione tra i diversi interessi in gioco genera consistenti blocchi al riformismo. Evidentemente la sfida va giocata su vari livelli e con una pluralità di interventi, se si vogliono raggiungere risultati significativi. Il primo intervento è relativo al riordino delle prestazioni monetarie nazionali sui due fronti principali: i trattamenti al minimo e le prestazioni per i disabili. Nel primo caso, occorre introdurre degli elementi di equità utilizzando dei parametri omogenei in tutti i casi in cui è necessario garantire un minimo vitale individuale in assenza di altre fonti di reddito accertate con la prova dei mezzi. Una riforma complessiva, peraltro prevista dalla l. 328/00 e non attuata, si impone anche per tutte le prestazioni per i disabili con l'obiettivo di armonizzare i trattamenti, tenendo conto delle maggiori necessità derivanti da condizioni aggravanti o da specifiche cause invalidanti.

In parte la sfida resta anche quella del “riequilibrio” fra i grandi comparti di spesa, e soprattutto del trasferimento di risorse fra previdenza (in particolare fra previdenza pensionistica) e assistenza, oggi così sottodimensionata (Ferrera, 2006). All’interno di queste politiche non può essere dimenticata l’esigenza di finanziare (o co-finanziare) adeguatamente la realizzazione dei Livelli essenziali di assistenza con le risorse fiscali e con gli strumenti stabili (Fondo nazionale o altro) che l’attuale dibattito politico e giuridico non sono ancora riusciti a ben definire. Per ultimo, occorre forse individuare un livello più alto di partecipazione alla spesa da parte di coloro che hanno i redditi più elevati, attraverso un uso più ampio e generalizzato dell’Isee.

Bibliografia

- Boeri T., Perotti R., *Meno pensioni più welfare*, Il Mulino, Bologna, 2002.
- Bosi P., Caruso E., *La spesa per l’assistenza*, 2002.
- Cogno R., *Il finanziamento e la spesa*, in Gori C. (a cura di) “La riforma dei servizi sociali in Italia”, Carocci, Roma, 2004.
- Commissione di indagine sull’esclusione sociale (Cies)–Ministero della solidarietà sociale, *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l’esclusione sociale*, Roma, 2006.
- Da Roit B., *La riforma dell’indennità di accompagnamento*, in Gori C. (a cura di) “La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti”, Il Mulino, Bologna, 2006.
- Da Roit B., *Il riordino delle erogazioni monetarie per gli invalidi civili*, in Gori C. (a cura di) “La riforma dei servizi sociali in Italia”, Carocci, Roma, 2004.
- Di Felice V., Manghi V., *Il Fondo nazionale per le politiche sociali 1998-2004*, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma, 2005.
- D.P.R. 3 maggio 2001: “Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003”
- Eurostat, *Esspros manual*, European communities, Luxembourg, 1996.
- Eurostat, *European social statistics – social protection – Expenditure and receipts – data 1996-2004*, European communities, Luxembourg, 2007.
- Eurostat, *Social protection in the European Union, Statistics in focus n.99/2007*, European communities, Luxembourg, 2007.
- Ferrera M., *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna, 2006.
- Formez, *L’attuazione della riforma del welfare locale*, Formez, Roma, 2003.
- Gori C. (a cura di), *La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna, 2006.
- Istat, *Gli interventi e i servizi sociali delle amministrazioni provinciali – anno 2001*, Istat, Roma, 2004. Sito web: www.istat.it
- Istat, *La prima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – anno 2003*, Istat, Roma, 2005. Sito web: www.istat.it
- Istat, *Gli interventi e i servizi sociali delle amministrazioni provinciali – anno 2003 Tavole statistiche*, Istat, Roma, 2005. Sito web: www.istat.it
- Istat, *La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – anno 2004*, Istat, Roma, 2007. Sito web: www.istat.it
- Istat, *L’assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia: anno 2004*, Roma, 2007b.
- Istat, *Contabilità nazionale. Conti economici nazionali. Anni 1970-2005*, Roma, 2007c.
- Mesini D., Gambino A., *La spesa per l’assistenza continuativa in Italia*, in Gori C. (a cura di) “La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti”, Il Mulino, Bologna, 2006.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma, 2005.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali, II parte, sezione I*, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma, 2006.
- Ministero della solidarietà sociale, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali, II parte I servizi sociali territoriali*, Ministero della solidarietà sociale, Roma, 2006.
- Pesaresi F., *Stato, Regioni ed enti locali: responsabilità e impegni per lo sviluppo dei servizi*, in C. Gori (a cura di) “La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti”, Il Mulino, Bologna, 2006.
- Pizzuti F.R. (a cura di), *Rapporto sullo stato sociale 2007*, Utet università, Novara, 2007
- Ragioneria generale dello Stato, Ministero dell’Economia e delle Finanze, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario*, Rapporto n.7, dicembre 2005.

Ragioneria generale dello Stato, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, Rapporto n.8, dicembre 2006.

Note

1 Tra le differenze si segnala che:

- La definizione di benefici sociali nei conti nazionali include la funzione Educazione, mentre Esspros non la considera, anche se registra alcune spese connesse alla formazione professionale sotto la voce disoccupazione;
- La definizione Esspros di beneficio sociale riguarda sia i trasferimenti correnti sia in conto capitale; la definizione dei conti nazionali italiani, invece, si riferisce soltanto ai trasferimenti correnti;
- Esspros registra alcune riduzioni della tassazione e altre imposte obbligatorie pagabili, in alcuni casi, dai proprietari di appartamenti.

2 Media ponderata.

3 Non tutti sono d'accordo a considerare questa, che è finanziata con i contributi dei datori di lavoro, come una prestazione assistenziale. Autorevoli autori come Ferrera (2006) e Boeri e Perotti (2002) la inseriscono tra le prestazioni assistenziali in virtù del loro carattere residuale e selettivo.

4 Legge 27 dicembre 1997, n. 449 (art. 59, commi 44, 45, 46, 47) recante "Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica".

5 Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59^o, all'art. 133, comma 1.

6 I Comuni beneficiari sono solo 16 grandi città.

7 Per le funzioni indicate nell'art. 132 del Decreto Legislativo 31/3/1998, n. 112.

8 Che si abbassa al 3,9% se prendiamo in considerazione i certificati dei bilanci comunali.

9 La complessità relativa alla ricerca dei dati regionali corretti può aver influenzato anche la rilevazione del Ministero. Una nostra elaborazione effettuata su dati Formez (2003) ci ha portato a calcolare in 217 milioni di euro la spesa sociale finanziata con risorse proprie di 6 Regioni italiane (Abruzzo, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Sicilia, Veneto) nel 2001. Questa elaborazione potrebbe farci stimare la spesa sociale propria delle Regioni nel 2001 con un valore circa del doppio rispetto a quello calcolato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali nel 2005.

10 Ambedue le rilevazioni non tengono conto delle spese per l'assistenza scolastica (trasporto scolastico, refezione, ecc.) che nel 2003 ammontava a poco più di 2 milioni di euro.

11 riferita al numero di componenti delle famiglie con almeno un minore.

12 riferita alla popolazione di età superiore o pari a 65 anni.

13 riferita al numero di disabili che vivono nelle famiglie e nelle residenze.

14 L'importo appare elevato tenuto conto che la compartecipazione ai servizi più "costosi" e cioè l'assistenza residenziale e gli asili nido hanno prodotto entrate comunali complessive pari a 549 milioni di euro. Il dato va dunque assunto con la necessaria cautela in attesa di comprendere se essa ricomprende o meno anche i proventi degli utenti della assistenza scolastica (trasporto e mense scolastiche) il cui costo non è valutato nella spesa sociale.

15 nei servizi integrativi o innovativi rientrano i micronidi, i nidi famiglia e i servizi integrativi per la prima infanzia.

16 legge n.18 del 1980.

17 È probabile che il numero reale dei soggetti non autosufficienti che beneficiano della pensione di invalidità civile e non beneficiano della indennità di accompagnamento sia (leggermente) superiore a quelli individuati ma non abbiamo ulteriori elementi per quantificarli.

18 Nel 2003 erano 410.495 con una spesa di almeno 1.149 milioni di euro.

19 La spesa sociale locale per la non autosufficienza è stata stimata anche da Mesini e Gambino (2006) che, attraverso un percorso diverso, hanno stimato un range di spesa fra 1.119 e 2.351 milioni di euro ricomprendendo quindi sia i valori della presente ricerca che quelli proposti dalla Ragioneria generale dello Stato.

20 Non così li considera Eurostat ed Istat come è stato spiegato nel cap.3.

21 Nel computo complessivo della spesa evidenziata nella tab. 28, per evitare duplicazioni nella contabilizzazione, non abbiamo riproposto il Fondo nazionale per le politiche sociali le cui risorse sono contabilizzate nelle spese dell'Inps o dei Comuni riproponendo solo la quota di 31 milioni di euro che il Ministero della solidarietà sociale gestisce direttamente. Per lo stesso motivo non abbiamo sommato le risorse proprie aggiuntive delle Regioni dato che sono contabilizzate nella spesa finale dei Comuni. Per quel che riguarda le province abbiamo tenuto conto solo della spesa non trasferita ai Comuni (o non contabilizzata nella spesa dei Comuni). Per contabilizzare correttamente la spesa provinciale per interventi e servizi sociali nell'ambito della spesa sociale nazionale occorre sapere che l'intera spesa della provincia autonoma di Bolzano è stata contabilizzata all'interno dell'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. In questo caso la provincia autonoma di Bolzano è stata considerata dall'Istat come una associazione di Comuni, dato che la stessa provincia concentra tutte le competenze in materia sociale. Nel caso dei Comuni della provincia

autonoma di Trento occorrerà invece rammentare che la loro attività sociale è finanziata per 173.618.103 euro dalla provincia. Tutto questo significa che le province alimentano la spesa sociale direttamente di 128.942.184 euro (2003) tenendo conto del resto della spesa provinciale già computato nella spesa comunale in quanto ad essa trasferito.

22 Le voci nuove o modificate della tab. 29 sono sottolineate.

23 E non considerando la voce promozione sociale e segretariato sociale che include spese residuali e disomogenee.