

Sintesi dei lavori della Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale (commissione Onofri)

di Alessandra De Marco

I lavori della Commissione Onofri sono stati completati nel 1997. La Commissione ha prodotto un rapporto finale e alcuni documenti di base, specializzati per temi. Questa sintesi mette in evidenza i punti principali emersi nei documenti di base e riferibili ai temi assistenza e sanità, con un'attenzione alle considerazioni maggiormente riferibili alla prospettiva del decentramento. E' opportuno sottolineare che l'analisi e le proposte formulate riflettono la situazione economica, politica e normativa all'inizio del 1997.

La spesa sociale italiana in prospettiva comparata

Un punto di partenza dei lavori della Commissione Onofri è il riscontro di alcune anomalie che emergono nella ripartizione della spesa sociale italiana rispetto a quella degli altri paesi europei¹.

Nel suo complesso, la spesa sociale italiana si situa intorno alla media UE, sia rispetto al PIL sia in valori pro capite. In riferimento alle altre voci della spesa primaria, l'Italia rivela scostamenti di un certo rilievo (per eccesso) sia per quanto riguarda la voce "servizi di interesse generale" sia per quanto riguarda la voce "trasporti e comunicazioni".

Per quanto riguarda la struttura interna della spesa sociale, il confronto con gli altri paesi rivela due marcate distorsioni (in parte sovrapposte): una distorsione che riguarda i rischi protetti ed una che riguarda le categorie protette.

Per quanto riguarda i rischi, la quota di risorse destinata, nel nostro paese, a proteggere "vecchiaia e superstiti" appare significativamente più elevata che negli altri paesi: il 61,5% della spesa sociale complessiva, di contro a una media comunitaria del 45,3%. La spesa a tutela dei rischi disoccupazione/formazione", "famiglia/maternità", "abitazione" e "altra assistenza" riceve una proporzione di risorse della spesa sociale di gran lunga più bassa che altrove in Europa (il 18,4% contro il 31,9%).

Per quanto riguarda la spesa sanitaria, il nostro paese è in linea con gli altri. A essa viene destinato dalla media dei dodici paesi europei circa un sesto della spesa sociale.

Anche i dati OCSE riferiti al 2000 mostrano un rapporto del 5,9% del PIL, comunque più basso o in linea con i principali paesi sviluppati. In termini di Pil, si tratta all'incirca del 5%, con una tendenza alla diminuzione comune anche agli altri paesi OCSE².

Anche all'interno di alcuni singoli rischi si osservano rilevanti distorsioni rispetto alla situazione degli altri paesi. Per quanto riguarda la protezione della vecchiaia, ad esempio, appare molto sotto-

¹ Questa parte è approfondita nel documento di base n. 1.

² Il rapporto spesa pubblica /Pil, pari a 5,9% nel 2000, è inferiore a quello della Germania (8%), della Francia (7,2%), della Danimarca (6,8%), della Norvegia (6,7%), della Svezia (6,6%), del Canada (6,5%), del Belgio (6,2%), della Svizzera (6%), del Giappone (5,9%). Si noti che gli Usa destinano alla sanità pubblica il 5,8% del Pil, una quota piuttosto rilevante se si tiene conto che i programmi pubblici hanno funzioni residuali, ovvero proteggono solo i poveri e gli anziani (N. Dirindin, La Voce, 10-10-02).

dimensionato il comparto della previdenza integrativa. Per quanto riguarda l'invalidità, nettamente sotto-dimensionato appare il complesso delle prestazioni in natura. Per quanto riguarda invece la disoccupazione, appare largamente sovra-dimensionata la tutela della disoccupazione parziale/temporanea rispetto alla disoccupazione totale.

Per quanto riguarda le categorie occupazionali, rispetto agli altri paesi si osserva un forte divario tra le prestazioni previste per i lavoratori inseriti all'interno del mercato del lavoro regolare (in particolare, la grande impresa o il pubblico impiego) e le prestazioni previste per gli altri lavoratori o per i non occupati. Risalta anche l'assenza di uno schema nazionale di reddito minimo garantito per chi è sprovvisto di mezzi, del tipo di quelli vigenti nei paesi dell'Europa centro-settentrionale.

Dal confronto con gli altri paesi la Commissione Onofri deriva la necessità di operare una incisiva ristrutturazione interna della spesa sociale italiana, mirante a correggere entrambe le distorsioni: spostare risorse dai rischi iper-tutelati a quelli sotto-tutelati e attenuare la generosità di alcune prestazioni oggi previste per l'occupazione "standard" e di accrescere (o introdurre ex novo) la protezione per le categorie sociali oggettivamente più deboli.

La proposta, formulata in un momento in cui l'Italia si trovava a dover soddisfare i vincoli di bilancio connessi al processo di convergenza macro-economica previsto dal Trattato di Maastricht, prevede un programma pluriennale di interventi opportunamente modulato nel tempo. A titolo esemplificativo, propone l'introduzione immediata di misure restrittive di ri-equilibrio (prevalentemente a carico del sistema pensionistico), subordinando il varo delle misure espansive al pieno soddisfacimento dei parametri di convergenza (pre- e post- UME). Tra le ipotesi proposte, vi era quella di incidere su altre voci della spesa primaria, ed in particolare quelle "devianti" menzionate più sopra ("servizi di interesse generale"; "trasporti e comunicazioni").

Principi generali e linee guida

Il continuo invecchiamento della popolazione ed il contesto sociale in cui le reti familiari sono sempre meno presenti nell'azione di supporto materiale, prefigura uno scenario in cui la spesa sanitaria si espande costantemente (mezzo punto di PIL nel prossimo ventennio).

Non sempre il collocamento di servizi (in particolare di sanità e previdenza) sul mercato ha fatto conseguire miglioramenti di efficienza. In molti casi ha solo causato una redistribuzione del reddito, sottraendo allo stesso tempo all'intermediazione dello stato il finanziamento di queste spese. Per conseguire efficienza sarà necessario da un lato chiedere uno sforzo all'amministrazione, spostando sul mercato la produzione di alcuni servizi. La scelta dei servizi da spostare deve però tenere conto di quelli che prodotti dallo stato garantiscono maggiormente la coesione sociale.

La spesa per l'assistenza

La Commissione propone un insieme di riforme, che hanno come obiettivo lo spostamento di risorse dalla redistribuzione monetaria all'offerta di servizi alle persone³.

Successivamente ai lavori della Commissione è stata approvata la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (328/2000). Inoltre, con il decreto legislativo n.237 del 18 giugno 1998 (e poi con la Legge Finanziaria del 2001) il minimo vitale è stato introdotto sperimentalmente in 300 Comuni.

I punti centrali delle proposte sono i seguenti.

³ Questa parte è approfondita nel documento di base n. 3.

i) Rafforzare e portare a compimento la *separazione tra assistenza e previdenza*, attraverso una netta identificazione dei programmi a carattere previdenziale, finanziati con contributi sociali, e dei programmi assistenziali, finanziati con imposte generali.

ii) Razionalizzare e unificare gli istituti di redistribuzione monetaria esistenti, introducendo un istituto del *minimo vitale* che assolva in modo articolato il ruolo di sostegno dei redditi più bassi, inglobando anche le funzioni attualmente svolte dagli istituti a carattere categoriale, rivolti cioè alla tutela di specifiche forme di handicap e di esclusione sociale (invalidità, non vedenti, sordomuti, ecc.), o a particolari tipologie di bisogno che possono insorgere nel ciclo vitale (in relazione alla generazione di figli, alla instabilità coniugale, a vecchiaia, a nuove forme di esclusione sociale, ecc.). Provvidenze a favore dei figli a carico potrebbero trovare accoglimento all'interno dell'imposizione personale.

La proposta di introduzione del minimo vitale occupa un ruolo centrale; ad esso è anche dedicato un ulteriore documento di approfondimento. Il minimo vitale è destinato a tutti gli individui maggiorenni in condizioni di bisogno, tenendo conto della composizione e delle caratteristiche dei singoli nuclei familiari. I beneficiari sono responsabilizzati alla ricerca attiva di occupazione,

Nel documento è proposta poi una rassegna delle esperienze di minimo vitale effettuate (al 1997) a livello locale e si evidenzia come in assenza di un riferimento normativo unitario a livello nazionale che definisse standard minimi e criteri omogenei si sono creati nel tempo "sistemi locali di cittadinanza" in base ai quali i cittadini fruiscono di pacchetti di risorse e di diritti molto diversi tra loro non tanto a partire dalle condizioni di bisogno ma appunto, dal luogo in cui il bisogno sorge.

Il minimo vitale dovrebbe essere finanziato attraverso imposte generali, anche per conseguire l'obiettivo della separazione tra aspetti previdenziali ed assistenziali; tuttavia in una prima fase è previsto un finanziamento parziale di tipo contributivo. La gestione andrebbe ai comuni, nell'ambito di una funzione di programmazione e controllo esercitata dalle regioni.

iii) realizzazione di *un'ampia e diffusa rete di servizi reali gestiti a livello decentrato*. Nel modello proposto allo Stato spetta la funzione di indirizzo e sostegno; alle regioni compiti di programmazione; ai comuni le funzioni di orientamento degli interventi e le scelte gestionali a livello di città e di territorio, d'accordo con gli altri enti locali e le organizzazioni non profit pubbliche e private.

iv) Costituire un istituto nazionale, con la partecipazione degli enti decentrati interessati (Regioni e Comuni), con lo scopo di *ridefinire e uniformare i criteri di misura e accertamento dei mezzi* a cui è subordinata l'erogazione delle prestazioni di sicurezza sociale e più in generale dei servizi pubblici e di fornire supporto tecnico e informativo agli utilizzatori.

E' infine proposta una riflessione sull'assetto istituzionale più adatto per realizzare le proposte formulate. Si immaginano due modelli di rapporti intergovernativi entro cui collocare non solo il minimo vitale, ma, più in generale, la spesa socio-assistenziale. Si differenziano a seconda del ruolo che si vuole riservare al governo centrale nella funzione finanziamento: un modello esplicitamente federale e un modello a decentramento regionale. Le considerazioni proposte sono riportate nell'estratto dal documento di base n.3 (allegato).

Questioni aperte nel sistema sanitario italiano e linee di intervento

A seguito degli sforzi intrapresi negli ultimi anni per contenere la spesa sanitaria, la comparazione della spesa media pro-capite nei Paesi Europei pone ora l'Italia tra quelli a più basso

livello di spesa. Le proposte della Commissione Onofri su questo tema pongono due obiettivi: a) mantenere il controllo sulla spesa sanitaria b) riqualificare l'assistenza sanitaria⁴.

La proposta ipotizza di ridisegnare, all'interno di un quadro organico che comprenda tutti gli agenti interessati, un sistema di incentivi adeguati. Si ritiene necessario che la sanità italiana passi da un sistema basato prevalentemente su meccanismi di controllo esterni ad un sistema che faccia prevalere la responsabilizzazione di ciascuno in merito a qualità e costo dei servizi erogati, facendo leva su un collegamento più efficiente tra obiettivi individuali e risorse a disposizione.

Nell'ottobre del 1992 il Parlamento indicava le linee guida per il riordino delle SSN da cui trassero origine i decreti legislativi di riforma (502/92 e 517/93). A seguito di tali decreti il Ministero della Sanità è chiamato a svolgere compiti di programmazione sanitaria nazionale, a determinare i livelli uniformi di assistenza sanitaria e le relative quote capitarie di finanziamento. I decreti prevedono inoltre un'accentuata decentralizzazione del sistema, attribuendo alla potestà delle Regioni la definizione delle attività ospedaliere. Le principali innovazioni introdotte dai decreti, per quanto attiene alla A-USL prevedevano una trasformazione in "aziende di servizi sanitari" ed una maggiore responsabilità del direttore generale-manager. Per gli ospedali è stata introdotta la trasformazione in "azienda" dei principali presidi e modalità di remunerazione delle prestazioni sulla base di tariffe fissate dalle Regioni, secondo i criteri stabiliti dal legislatore nazionale. Per il personale ospedaliero sono stati introdotti contratti di tipo privato, una maggiore mobilità e verifiche sull'attività di primari. Per quanto concerne i rapporti con i privati è stata prevista una revoca graduale delle precedenti convenzioni e la creazione di un elenco di istituzioni "accreditate" dal SSN, in possesso dei requisiti di legge e che accettino il sistema della remunerazione a prestazione. Il decreto 517 ha corretto l'impostazione iniziale della riforma prevedendo l'incentivazione dei fondi sanitari, anche aziendali e di categoria autogestiti o affidati in gestione a imprese assicurative o società di mutuo soccorso, con funzione soltanto integrativa rispetto al SSN. Infine, la riforma impone alle Regioni il ripiano dei propri disavanzi, anche attraverso l'introduzione di nuovi ticket locali, la graduazione delle esenzioni e l'aumento dei contributi sanitari e/o dei tributi regionali.

I lavori della Commissione esaminano in primo luogo la situazione complessiva della sanità ad alcuni anni (1997) dall'approvazione della riforma, rilevando alcuni problemi di fondo connessi ai seguenti nodi principali:

- i processi di assegnazione dei budget dal centro alle Regioni e da queste alle A-USL non sono stati ratificati in modo preciso e portano a fenomeni di contrattazione spesso non correlati alle esigenze di finanziamento dei livelli di assistenza;
- il ripetersi di deficit "strutturali" a livello sia regionale sia di A-USL evidenzia una difficoltà ad individuare forme efficaci di responsabilizzazione e di penalizzazione dei soggetti che erogano la spesa;
- con riferimento al punto precedente, i soggetti erogatori prestano un'insufficiente attenzione all'introduzione di adeguati incentivi mirati al contenimento della spesa a livello dei singoli operatori;
- viene destinata una quota eccessiva di spesa ai trattamenti ospedalieri a scapito delle altre funzioni istituzionali del SSN;
- si verifica una grave difficoltà a definire le modalità di competizione tra soggetti privati e pubblici e, per quanto riguarda questi ultimi, la separazione tra funzioni di programmazione e di erogazione dei servizi.

A fronte dei problemi di cui sopra, la Commissione propone una riforma che agisce sia sulla componente del prelievo che sulle modalità di erogazione della spesa.

⁴ Questa parte è approfondita nel documento di base n. 4

Per quanto attiene al primo aspetto, in seguito all'abolizione dei contributi sanitari e all'introduzione dell'IREP, per tener conto del diverso trattamento dei redditi da pensione nei due regimi, si auspica una ridefinizione delle detrazioni IRPEF su tali redditi.

Sempre dal lato delle entrate, si propone di accelerare l'attuazione della normativa vigente relativamente all'autofinanziamento delle Regioni. In particolare, si prevede che quest'ultime, per ampliare le entrate proprie, possano introdurre compartecipazioni sul ricovero in regime ordinario e di day-hospital, all'interno di importi minimi e massimi fissati dal Ministero della Sanità. Le somme derivanti dalla partecipazione alla spesa per queste prestazioni non devono concorrere al finanziamento della quota capitolaria. Inoltre, le Regioni potranno introdurre compartecipazioni sulle prestazioni aggiuntive erogate dalla medicina generale (visite domiciliari e assistenza domiciliare programmata) con l'esclusione di quelle previste all'interno di programmi regionali speciali.

Per quanto attiene alle modalità di erogazione della spesa, si propone in primo luogo di rivedere il meccanismo di riparto tra il centro e le Regioni, ratificando le modalità di distribuzione del FSN ed ampliando il potere del Ministero della Sanità e delle Regioni nell'attribuzione dei finanziamenti ad organismi ed attività di interesse nazionale. In questo ambito, si propone di rafforzare gli strumenti di penalizzazione per le Regioni che presentano disavanzi e di ridurre le quote di interessi sui mutui accesi dalle Regioni.

Per quanto attiene alle competenze del Ministero della Sanità, si propone un riassetto delle organizzazioni centrali finalizzato a riorganizzare le strutture preposte alla funzione sanitaria, potenziando i compiti di programmazione, coordinamento e controllo e finalizzando le risorse dell'Istituto Superiore di Sanità a compiti di sanità pubblica.

Per quanto concerne le competenze delle Regioni, si evidenzia la necessità che queste ultime adottino tariffari DRGS articolati in base alla complessità delle strutture produttrici e che impongano alle A-USL la definizione di budget preventivi per la spesa ospedaliera per evitare sfondamenti su altre prestazioni. Si propone inoltre che venga effettivamente imposto ai singoli presidi il vincolo del bilancio in pareggio in modo da responsabilizzare maggiormente le direzioni e che eventuali residui attivi possano essere utilizzati all'interno delle divisioni che li hanno realizzati per finalità di potenziamento delle strutture; si propone anche di incentivare la costituzione di reti per gli ospedali di minori dimensioni. Per favorire una maggiore scelta dei pazienti e più stringenti meccanismi di contenimento della spesa, si propone inoltre di accentuare il processo avviato di responsabilizzazione del medico di medicina generale, consentendo nuove modalità organizzative della medicina di gruppo e prevedendo penalizzazioni per lo sfondamento dei tetti di spesa programmati.

Il legislatore nel 1992 aveva predisposto l'introduzione di alcuni strumenti che al 1997 ancora attendevano di essere regolamentati. A questo proposito, si propone di procedere all'introduzione di forme di assicurazione sanitaria integrativa con contestuale ridefinizione dell'insieme delle prestazioni garantite dal SSN al fine di definirne con chiarezza gli ambiti operativi.

Sono infine individuati alcuni spazi di intervento su aree non esplicitamente previste dalla riforma del 1992 e che tuttavia appaiono di grande rilevanza per migliorare la qualità dei servizi complessivamente resi dal SSN. In primo luogo, ridefinire le regole di accesso al mercato della distribuzione dei farmaci, eliminando restrizioni non giustificabili in termini di contenimento della spesa. In secondo luogo, si ravvede l'opportunità di consentire, in via sperimentale, la gestione di alcuni grandi ospedali ad organizzazioni non lucrative di utilità sociale. Infine, per quanto attiene i contratti collettivi nazionali dei medici ospedalieri, si propone una definizione generalizzata di rapporti di lavoro a termine e l'abbandono del metodo di individuazione dei fabbisogni sulla base di piante organiche.

Allegato

Estratto dal documento di base n. 3

La gestione della spesa per l'assistenza in una prospettiva di ampio decentramento (par. 5.3)

La terza e più importante linea di riforma della spesa per l'assistenza ha come obiettivo lo spostamento di risorse dalla redistribuzione monetaria all'offerta di servizi reali. Attualmente le prestazioni di servizi rappresentano una componente molto piccola, valutabile, anche se con molta incertezza, tra l'8 e il 15% della spesa per l'assistenza; secondo questa Commissione essa dovrebbe invece raggiungere, a regime, una dimensione non inferiore ad un terzo.

Si è già sottolineato che una corretta gestione delle prestazioni assistenziali richiede una capacità di adattamento alle molteplici forme di bisogno dei disagiati che può essere efficacemente realizzata solo a livello decentrato. In questo senso questa terza e fondamentale direttrice di riforma si intreccia con l'articolazione territoriale dell'intervento pubblico. Il successo stesso di un istituto del minimo vitale dipende in misura decisiva dall'esistenza di condizioni di contorno che toccano aspetti, non solo della spesa per l'assistenza, che coinvolgono in misura molto significativa i rapporti istituzionali e finanziari tra diversi livelli di governo.

Per quanto riguarda le relazioni con altri comparti della spesa di protezione sociale sono già state sottolineate le interdipendenze con le politiche attive e passive del mercato del lavoro (minimo vitale come rete di sicurezza e occasione di partecipazione a forme di inserimento sociale a disoccupati di lunga durata, politiche attive di formazione e incentivazione alla ricerca di lavoro per gli inoccupati).

Altri importanti aspetti di interdipendenza si pongono per i servizi assistenziali che presentano una componente sanitaria, per il modo in cui si finanzia il servizio sanitario nel nostro paese: di competenza delle regioni, con parziale finanziamento statale, gestito da enti decentrati a carattere funzionale, le Aziende Sanitarie Locali.

Il potenziamento di servizi innovativi di carattere socio-assistenziale organizzati territorialmente è oggi sollecitato con forza anche dagli organismi comunitari e diventerà uno degli assi portanti della politica di protezione sociale dell'Europa Unita. Si tratta di un settore di azione molto importante perché consente di dare risposte flessibili alla varietà dei bisogni, gestiti a livello locale con piena assunzione del principio di sussidiarietà, con importanti ed immediati riflessi sull'occupazione regolare, o volontaria, o proveniente da iniziative delle istituzioni pubbliche (servizio civile, lavori socialmente utili), in grado di sostituire, in caso di successo, grazie alla loro funzione di protezione preventiva, costi attualmente sostenuti da altri comparti della spesa di protezione sociale (sanitaria in particolare), e di creare le premesse, nella misura in cui sia possibile limitare le forme di lavoro sommerso, per la produzione di valore aggiunto e quindi per futura base contributiva.

Questi propositi di riforma devono però trovare un corretto assetto istituzionale. Si possono immaginare, come primo punto di partenza due modelli di rapporti intergovernativi, entro cui collocare non solo il minimo vitale, ma, più in generale, la spesa socio-assistenziale, che si differenziano a seconda del ruolo che si vuole riservare al governo centrale nella funzioni finanziamento: un modello esplicitamente federale e un modello a decentramento regionale. In entrambi i casi risulterebbe prioritario il varo di una legge nazionale che disciplini i principi generali dell'assistenza.

Nel modello federale, ancora lontano dalle caratteristiche istituzionali attuali, la funzione dello stato è semplicemente quella di definire il quadro normativo generale entro cui si articolano le

prestazioni assistenziali, definendo i punti di riferimento all'interno del Governo, le forme di controllo dell'attività degli enti decentrati, i livelli di servizi e gli standard minimi. Non vi sarebbero, in questo caso, trasferimenti dal centro agli altri livelli di governo (Regioni+Enti locali), ma l'autonomia tributaria sarebbe definita in modo tale da garantire ai livelli decentrati risorse sufficienti a finanziare servizi secondo gli standard fissati, con possibilità di differenziazioni territoriali in funzione delle preferenze e delle disponibilità a pagare delle comunità locali. La perequazione delle risorse tra aree forti e deboli del paese sarebbe assolta da un sistema di trasferimenti a carattere generale, e quindi non specificamente indirizzato alla funzione assistenziale.

Nel modello di ampio decentramento, il disegno istituzionale non si discosterebbe in modo significativo da quello realizzato per il servizio sanitario. Oltre alla definizione del quadro istituzionale e alla definizione degli standard, lo stato conserverebbe funzioni di gestione di istituti e di finanziamento delle prestazioni, integrando le risorse delle regioni e dei comuni. Il quantum di tale fondo dovrebbe tenere conto del decentramento che la proposta sopra indicata prevede con l'assorbimento nel minimo vitale di funzioni attualmente svolte da organismi centrali (Ministero degli interni, Ministero del Lavoro e Inps), e del costo della produzione dei servizi integrativi per inoccupati e disoccupati di lunga durata.

La prima prospettiva è senza dubbio quella più responsabilizzante per gli enti decentrati e quella più rispettosa, pur nell'ambito di una normativa di indirizzo nazionale, delle preferenze delle comunità locali. Ragioni di gradualismo ci inducono tuttavia a proseguire la riflessione prendendo come punto di riferimento la seconda ipotesi, anche se in questo contesto, l'esperienza della spesa sanitaria insegna che l'esigenza di fornire livelli relativamente uniformi di prestazioni in tutto il territorio nazionale può entrare in conflitto con una visione ampia dell'autonomia regionale. Questo schema istituzionale richiede, come noto, l'assolvimento di non facili compiti di determinazione dei fabbisogni finanziari regionali, dà adito a conflitti tra centro e periferia sull'adeguatezza e sulla ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del minimo vitale, attenua la solidità del vincolo di bilancio, a cui si dovrebbero attenere i governi locali, necessario per dare efficienza e legittimazione democratica all'amministrazione.

Una rapida attuazione di una legge generale sull'assistenza è in ogni caso una premessa necessaria dell'azione di riforma. L'attuale assetto non è sufficientemente definito nel disegnare in modo chiaro le rispettive aree di azione e i vincoli finanziari delle regioni e dei comuni. E' opinione diffusa che il corpo di legislazione regionale, disegnato essenzialmente dall'esperienza di poche regioni, presenti difformità eccessive, sia nei principi, che nella definizione delle prestazioni e degli obblighi relativi dei diversi attori (regione, comuni, ASL, enti di assistenza pubblica e privata).

Dall'esame dei numerosi progetti avanzati dalle forze politiche, dagli attori del settore e dagli studiosi, questa Commissione assegna maggiore probabilità di successo ad un tipo di legislazione nazionale che definisca le istituzioni di coordinamento nazionale, l'ammontare delle risorse da destinare al settore assistenziale e i criteri di allocazione alle regioni, imponga l'obbligo di soddisfare requisiti di trasparenza nella formulazione dei bilanci, imponga alle regioni in modo fermo l'obbligo di provvedere a normative in materia, ma lasci uno spazio ampio all'autonomia regionale nella definizione dei contenuti programmatici e organizzativi. Due punti sembrano non derogabili: l'esistenza di un ruolo di responsabilità finale e di programmazione esercitato dall'ente regionale, un ruolo di gestione che abbia come soggetto principale i comuni, che vanno ovviamente anche lasciati liberi di arricchire, e migliorare, gli interventi al di sopra del livello minimo omogeneo definito a livello nazionale.

L'aspetto più problematico è costituito dall'esistenza di forti aspetti di produzione congiunta per servizi a carattere assistenziale/sanitario a favore degli anziani e dei portatori di handicap, la cui gestione è attualmente realizzata sia dalle ASL, per la parte sanitaria, sia da Comuni e altri enti, per

la componente assistenziale. E' opinione molto diffusa che l'attuale assetto presenti vistose differenziazioni nel territorio a seconda della maggiore o minore iniziativa politica a livello regionale e locale e che, anche nelle realtà più progredite, la duplicità di riferimento istituzionale (ASL o Comune) sia poco soddisfacente. Secondo molti l'applicazione delle linee di riforma progressiva della sanità iniziata nel 1992 ha portato, per molteplici ragioni, a sacrificare la quantità e la qualità dei servizi a carattere socio-assistenziale.

Secondo alcuni punti di vista, la risposta a queste difficoltà è l'unificazione della gestione: unico sarebbe il fondo per sanità e assistenza dallo stato alle regioni. Anche a livello regionale il bilancio e le funzioni di Sanità e assistenza dovrebbero essere unificate. In questo caso, tuttavia, la differenza strutturale tra servizi assistenziali e servizi sanitari che non appartengono all'area di sovrapposizione, la relativa specializzazione dei Comuni per l'area assistenziale e delle ASL per quella sanitaria, rendono poco plausibile questa drastica soluzione.

La separazione delle funzioni, a cui corrisponderebbe per l'assistenza un regime parallelo a quello della sanità, sembra essere nel medio periodo l'opzione più realistica. Le valutazioni degli studiosi e degli operatori su questo aspetto non sono univoche. Sembra ragionevole che la valorizzazione della qualità dei servizi in un'ottica di assistenza integrata debba lasciare un maggiore spazio decisionale e di responsabilità finanziaria ai Comuni per l'area di sovrapposizione con le istituzioni sanitarie. Il ruolo di maggiore protagonismo dei Comuni può tuttavia avere successo in presenza di una legislazione regionale che, attraverso l'imposizione di forme di consorzio, contrasti gli effetti della dimensione inefficiente dei territori comunali.

Ulteriori problemi nascono dall'esistenza di un tessuto molto ampio di enti pubblici e privati che attualmente hanno un ruolo molto importante nell'offerta dei servizi di natura sanitaria/assistenziale. Nel caso degli enti pubblici (si pensi in particolare alle Ipab) è essenziale pervenire ad un chiarimento delle loro funzioni e delle modalità di utilizzo del patrimonio finalizzato alla riproduzione dei servizi sociali. Per tutti gli enti, inclusi quindi anche quelli di natura privata, siano essi a carattere non profit o imprese, è necessaria una ridefinizione delle forme di regolamentazione (modalità di appalto dei servizi, controllo della qualità, ecc.), che nell'attuale situazione non sembra essere sotto controllo e che presenta aspetti insoddisfacenti.

Le caratteristiche dei servizi assistenziali pongono poi il problema dei soggetti destinati a gestire gli istituti di redistribuzione monetaria, in cui si sostanzia in gran parte la funzione del minimo vitale. Al momento attuale concorrono a svolgere tali funzioni il Ministero degli Interni, l'Inps e i livelli decentrati di governo (sostanzialmente i comuni). Un progetto di razionalizzazione deve prevedere un unico ente gestore ed erogatore. Questo può essere concepito a livello centrale (plausibilmente l'Inps) o a livello decentrato, inquadrato nel ridisegno delle competenze e delle modalità di finanziamento ed erogazione delle prestazioni assistenziali. Da un lato sembra ragionevole utilizzare i canali esistenti, ma si è sottolineato che la gestione degli aspetti più delicati dell'istituto del minimo vitale (come suggeriscono peraltro anche le esperienze locali in atto) richiede una capacità di adattamento alle realtà particolari che, fatti salvi principi generali comuni a tutta la realtà nazionale, può essere più facilmente soddisfatta a livello decentrato. In considerazione di queste economie di scopo, sembra ragionevole prevedere, in prospettiva, che l'intero comparto della spesa per l'assistenza venga gestito a livello decentrato. La rapida realizzazione di questo decentramento risulta molto importante per l'efficienza gestionale dell'istituto.