

QUADERNI DI ASTRID

WELFARE E FEDERALISMO

A CURA DI
LUISA TORCHIA

SOCIETÀ EDITRICE IL MULINO

PARTE SECONDA
ALCUNE PROPOSTE

ALBERTO COMINO, ALESSANDRA DE MARCO E
ALESSANDRO NATALINI

LA DETERMINAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI

1. *Premessa*

Nei paragrafi successivi saranno illustrate alcune proposte sui Lep in materia di sanità e di assistenza. Gli elementi imprescindibili per una corretta valutazione di queste proposte sono: *a)* il rafforzamento della protezione costituzionale dei diritti; *b)* la compatibilità tra autonomia territoriale e unità del sistema. Infatti, secondo l'approccio fatto proprio dalla riforma costituzionale – che rappresenta una modalità d'azione quasi obbligata in un contesto sociale ed economico articolato e dinamico – la diversità è un modo per raggiungere in contesti differenti (e seguendo percorsi anche sensibilmente disomogenei) *standard* di prestazione uniformi. Ma ciò è possibile solo se si considera il federalismo come un mezzo e non come un fine in sé. Se non lo si concepisce all'interno di una logica proprietaria, in base alla quale ciascuna istituzione è titolare del diritto di escludere gli altri rispetto a determinate sfere di competenza, a prescindere dal fatto che il loro esercizio debba essere integrato con quelle attribuite ad un altro livello di governo o che la correlata prestazione non venga concretamente fornita. Se lo si configura in modo dinamico, per cui il riparto di competenze può essere operato in modo flessibile, consentendo al rapporto tra le amministrazioni di plasmarsi intorno al concreto obiettivo di garanzia dei diritti stabiliti in Costituzione. Se si accetta l'idea che le trasformazioni del modello istituzionale siano il frutto di un processo di cambiamento graduale all'interno del quale lo Stato ha la facoltà e il dovere di accompagnare in modo non passivo la presa in carico delle nuove competenze da parte delle autonomie locali e regionali, assumendosi

la responsabilità di portare a buon fine i mutamenti ordinamentali.

Nel formulare queste proposte si è assunto che la loro previsione all'interno della Costituzione non deve essere considerata alla stregua di un limite ai principi di autonomia e di sussidiarietà (orizzontale e verticale), il limite che li rende accettabili. I Lep non sono un'interruzione del principio di differenziazione territoriale delle regole e delle modalità di organizzazione dei servizi. Non comportano l'uniformazione dei sistemi di prestazione dei servizi (essenziali) o la centralizzazione dei flussi di finanziamento per questi ambiti. Non sono il presupposto per limitare l'attribuzione della potestà normativa e amministrativa (e la connessa responsabilità per i risultati conseguiti) in capo alle autonomie regionali e locali.

Si è cercato naturalmente di escludere quelle proposte che risultavano impraticabili sotto il profilo organizzativo, finanziario e amministrativo, ma, nel contempo anche di considerare la costituzionalizzazione dei Lep in un'ottica riduttiva, minimizzandone la portata innovativa. Infatti, grazie a questa riforma, i diritti sociali non possono essere ulteriormente considerati alla stregua di una posizione giuridica finanziariamente condizionata, esigibile solo se e nella misura in cui le risorse assegnate al perseguimento di questo fine siano sufficienti. Tuttavia, ciò non significa che i Lep possano essere configurati come una variabile indipendente, avulsa dal quadro delle compatibilità finanziarie, quanto che essi devono essere il fine a cui deve essere orientato un progetto di sviluppo della cittadinanza, definito anche in ragione delle risorse disponibili. In questa ottica, la costituzionalizzazione dei Lep rappresenta l'introduzione di una forma di vincolo all'esercizio dell'autonomia normativa e amministrativa di tutti i livelli di governo, a partire dallo Stato: è la finanza ad essere condizionata dai diritti e non viceversa. Infatti, è da ritenersi *incomprimibile* il novero dei diritti tutelati, che trova il proprio fondamento direttamente nelle norme costituzionali, e il livello della prestazione essenziale del servizio, che deve essere individuato in relazione alle esigenze dei

cittadini e non dell'attuale capacità di offerta delle amministrazioni. È evidente come, in larga parte del paese, questi livelli potranno essere raggiunti in modo graduale, ma essi rappresentano comunque un vincolo di scopo, che indirizza nel tempo in modo prioritario e con effetto vincolante l'esercizio della potestà amministrativa, di quella normativa, nonché l'allocazione delle risorse pubbliche. Inoltre, grazie alla legge costituzionale n. 3/2001, il diritto sociale è adesso oggetto di una pretesa a carattere universale, ma non necessariamente gratuito o automatico. Per un verso, l'adozione di misure di sostegno nel campo dell'assistenza può essere subordinata a comportamenti non passivi da parte del loro destinatario. Per un altro verso, i privati possono essere chiamati a partecipare al finanziamento del servizio in modo differenziato in base alla loro condizione economica, ma senza che questa compartecipazione finisca per rappresentare un limite all'accesso.

Le proposte che di seguito si avanzano sono articolate al proprio interno, in quanto si ritiene che i Lep presentino una diversa valenza nei diversi settori di intervento pubblico. In particolare, il settore dell'assistenza e quello della sanità sono caratterizzati da differenze pronunciate. Nel primo caso le Regioni hanno acquisito una competenza normativa esclusiva, mentre nel secondo caso ciò non è accaduto. Inoltre, a venticinque anni dall'istituzione del Sistema sanitario nazionale, si può dire che esso abbia conseguito un certo livello di consolidamento. Al contrario, in molte aree del paese i servizi sociali al momento non esistono o sono prestati ad un livello embrionale. Ancora, mentre le prestazioni mediche sono rese in base a protocolli sostanzialmente uniformi sul territorio nazionale, le risposte al disagio e all'esclusione sociale presentano forme più differenziate, specie nei modelli organizzativi. Infine, mentre nel settore della sanità esiste un sistema informativo che consente di operare un monitoraggio del suo funzionamento, ciò non si può dire per quello assistenziale. Queste diversità si riflettono inevitabilmente sulle modalità di attuazione delle disposizioni costituzionali

in materia di Lep, accentuate dalle differenze che intercorrono tra le due materie per quanto concerne la distribuzione delle competenze tra i livelli di governo.

1.1. *I Lep e la riorganizzazione dell'amministrazione centrale*

L'introduzione dei Lep, come evidenziato nei paragrafi precedenti, è stata, in parte, anticipata da normative di settore sia con riferimento alla sanità sia a quello dell'assistenza. Peraltro, la riforma del Titolo V, oltre ad arricchire di nuovi contenuti e finalità lo strumento del livello essenziale, ha modificato in modo profondo l'assetto delle competenze in ciascuna di queste due materie.

In particolare, in materia di politiche sociali lo Stato non ha quella potestà normativa ripartita in forza della quale aveva emanato una disposizione di principio a carattere fortemente pervasivo quale è la legge 328/2000. Inoltre, lo Stato non ha più la competenza ad operare una programmazione nazionale degli interventi di assistenza, nonché ad ingerirsi nell'organizzazione dei servizi. Ancora, lo Stato non può intromettersi nell'organizzazione dei servizi sociali, la quale rientra ormai nella sfera di autonomia degli altri livelli di governo. Infine, il Fondo nazionale per le politiche sociali dovrebbe essere soppresso, in quanto, come vedremo in seguito in modo più diffuso, in base alla nuova disciplina costituzionale le autonomie locali e regionali devono essere messe in grado di assolvere ai propri compiti utilizzando risorse non sottoposte a vincoli di destinazione.

Nel complesso, l'idea di istituire un sistema sociale nazionale puntando sulla capacità di coesione e di indirizzo statale, sotteso all'adozione della legge 328/2000, con la riforma costituzionale ha perso molti dei sostegni su cui poggiava. In proposito, è necessario chiedersi se un nuovo assetto meno centralista, disancorato dal metodo della programmazione a cascata e con una ridotta possibilità di orientare il sistema facendo leva sulla risorsa

finanziaria, sia effettivamente in grado di far nascere un'amministrazione capillarmente diffusa sul territorio, che renda effettiva la tutela dei diritti sociali. Ma questo legittimo dubbio può trovare una risposta solo in un accresciuto sforzo a valorizzare al massimo le potenzialità insite nella nuova disciplina costituzionale, in particolare in relazione all'uso degli strumenti di cooperazione verticale (tra Stato-Regioni) e orizzontale (tra Regioni) in essa previsti.

1.2. *Il nuovo disegno organizzativo del Ministero del lavoro e delle politiche sociali*

Le Direzioni generali che all'interno del Ministero del lavoro e delle politiche sociali si occupano della materia dell'assistenza sono organizzate secondo criteri che non appaiono in linea né con l'attuazione della legge n. 328/2000 né con la legge costituzionale n. 3/2001 (d.p.r. n. 176/2001). Per un verso, le attribuzioni non rispondono ad un modello federalista, in quanto tra i compiti demandati alla struttura ministeriale ve ne sono alcuni (es. tutela dei minori, la prevenzione e il recupero delle tossicodipendenze) che rientrano sicuramente tra quelli che la Costituzione sicuramente affida alle autonomie regionali o locali e si continua a prevedere tra di essi quelli di gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali. Per un altro verso, l'attuale modello organizzativo non sembra in grado di supportare neanche una politica più centralistica, in quanto le funzioni connesse al ciclo della pianificazione (gestione del Fondo nazionale, diffusione delle conoscenze e delle informazioni e raccordo con il volontariato e l'associazionismo) sono attribuite a direzioni generali distinte da quelle che hanno competenze «finali» (es. problemi della famiglia o legati alla dipendenza dall'alcool).

In sostanza, a metà della nuova legislatura, l'impianto del sistema delineato dalla legge n. 328/2000 non è stato rivisto, e a fronte di una sempre maggiore richiesta di attuazione proveniente dagli operatori e dagli amministratori-

ri locali, è solo rimasto sostanzialmente inattuato. Appare invece necessario operare con la massima speditezza un ripensamento del disegno organizzativo ministeriale, il quale valorizzi al massimo le nuove funzioni che lo Stato deve esercitare all'interno di un nuovo rapporto tra i livelli di governo.

Sulla base di queste esigenze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali dovrebbe essere riorganizzato intorno alle funzioni che dovrà svolgere nel futuro: la determinazione dei Lep; il riparto delle risorse finanziarie; l'esercizio dei poteri sostitutivi; la progettazione e la gestione del sistema informativo del sociale; la promozione, il finanziamento e il monitoraggio di azioni di riequilibrio infrastrutturale; il sostegno al cambiamento presso le amministrazioni locali e regionali.

L'ipotesi di riforma, tuttavia, non sembra essere indirizzata in tal senso.

Il Consiglio dei ministri ha approvato, nel mese di gennaio 2004, lo schema del nuovo regolamento di organizzazione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Pur considerando che la versione definitiva del nuovo regolamento dovrà tenere conto del parere del Consiglio di Stato, una prima analisi è utile per confrontare le ipotesi avanzate in questo *paper* e le scelte di organizzazione interna maturate nel Ministero.

Prima di analizzare gli elementi principali del documento occorre mettere in evidenza come l'assetto del Ministero abbia subito una modifica già con la finanziaria 2004, che contiene una norma (l'art. 13) che istituisce un Dipartimento per le politiche antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, trasferendo ad esso le competenze e le relative risorse finanziarie, strumentali ed umane precedentemente operanti presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Questa separazione delle misure volte al contrasto delle dipendenze diminuisce le possibilità di integrare strategie di «politica antidroga» con gli interventi più direttamente collegati, ad esempio, alle politiche giovanili o dell'associazionismo, che rimangono in capo al Ministero.

Per quanto concerne lo schema di regolamento organizzativo recentemente approvato, questo prevede quattro direzioni generali titolari di funzioni direttamente connesse alle politiche sociali:

1. d.g. per la famiglia, i diritti sociali e la responsabilità sociale delle imprese (CSR);
2. d.g. per la gestione del fondo nazionale delle politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale;
3. d.g. dell'Immigrazione;
4. d.g. per il volontariato, l'associazionismo e le formazioni sociali.

Accanto a queste sono confermate le strutture che presiedono le politiche previdenziali e occupazionali (ad eccezione della costituenda direzione generale per l'attività ispettiva):

5. d.g. per le politiche previdenziali;
6. d.g. degli ammortizzatori sociali e incentivi all'occupazione;
7. d.g. della tutela delle condizioni del lavoro;
8. d.g. del mercato del lavoro;
9. d.g. per le politiche per l'orientamento e la formazione;
10. d.g. per l'attività ispettiva.

Infine completano l'elenco delle strutture di primo livello quelle titolari alle funzioni trasversali di supporto:

11. d.g. della comunicazione;
12. d.g. per l'innovazione tecnologica;
13. d.g. delle risorse umane e affari generali.

Questa articolazione evidenzia la scelta di collocare presso una direzione generale le politiche ritenute prioritarie dall'attuale governo – la famiglia e la responsabilità sociale delle imprese (CSR) – che, tuttavia, rimangono due aree niente affatto omogenee e sulle quale appare difficile, oltre che di dubbia opportunità, elaborare politiche tra loro coerenti. Al contrario, scompaiono dalla denominazione della direzione generale le politiche di tutela dei diritti dei minori che pure rappresentano in Italia un'area di urgente attualità¹, stante

¹ Cfr. Commissione di indagine sull'esclusione sociale, Rapporto

l'elevata percentuale di minori che vivono all'interno delle famiglie povere. La singolarità dell'accostamento tra famiglia e CSR appare più evidente laddove si nota la conferma di una direzione generale per il volontariato, l'associazionismo e le formazioni sociali, perché mette in luce l'anomalia concettuale (e operativa) di un ruolo sociale dell'impresa assimilato più a quello della famiglia che a quello degli altri enti intermedi.

Una ulteriore valutazione merita la scelta di separare la sede di definizione delle politiche (d.g. famiglie e CSR, d.g. immigrazione e d.g. volontariato) da quelle dedicata alla gestione del Fondo nazionale delle politiche sociali. Ancora una volta si indulge nella scorretta attitudine a separare le decisioni sui processi con quelle relative alle risorse necessarie alla loro implementazione. In altri termini il nodo delle risorse non trova adeguato riscontro organizzativo in relazione al momento della formulazione delle *policy*, mentre viene evidenziata l'esigenza del monitoraggio della spesa, dando adito ad un approccio al tema delle risorse più orientato al contenimento che ad un loro adeguato governo.

Queste osservazioni denunciano, inoltre, una carenza del nuovo assetto del Ministero: l'inesistenza di una direzione generale deputata alla elaborazione e monitoraggio dei Lep (come invece si può rintracciare nella struttura del Ministero della salute²). Da una parte viene istituita la già citata direzione generale per la famiglia, *i diritti sociali* e la

sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale: «L'indagine ISTAT sui consumi delle famiglie evidenzia che i minori sono segnati dall'esperienza della povertà in misura superiore alla media, con livelli pressoché identici a quelli raggiunti dagli anziani. La curva della povertà per classi di età degli individui ha in effetti un andamento a forma di U, con valori massimi, intorno al 16-17%, per le due classi estreme, la più giovane (fino a 18 anni), e la più anziana (65 anni e più), e valori minimi e inferiori alla media nelle età intermedie 35-64 anni (11.5%)», p. 91.

² Cfr. Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, incardinata nel Dipartimento della Qualità.

CSR, dall'altra, nella declaratoria delle funzioni della direzione generale per la gestione del fondo nazionale delle politiche sociali si rintraccia una funzione di «coordinamento ai fini della determinazione degli *standard* dei servizi sociali secondo la normativa vigente», derivante dal testo del D.P.R. 176/2001 (il regolamento tutt'ora in vigore) che tuttavia non corrisponde esattamente alla definizione costituzionale. Eppure il riferimento ai Lep, come definiti dalla Costituzione, è presente nella definizione dei compiti della direzione generale per l'attività ispettiva, che vigila «in materia di tutela dei rapporti di lavoro, dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e di legislazione sociale». In altri termini è stato previsto una funzione di vigilanza sui Lep, mentre manca l'esatta indicazione di una sede per la loro elaborazione e per la valutazione del loro impatto sul sistema di protezione sociale.

Da questa carenza prende spunto l'ultima considerazione sul nuovo regolamento: l'ostinazione con la quale si prevedono linee di attività caratterizzate da «velleità» gestionali in una materia, quella dell'assistenza, dove la competenza regionale è stabilita dal Titolo V e dalla successiva giurisprudenza costituzionale.

I riferimenti successivi, estratti dalla declaratoria della direzione generale per la famiglia, i diritti sociali e la (CSR) ne sono un chiaro esempio:

- *coordinamento e gestione* delle politiche a favore della famiglia, degli interventi per il sostegno della maternità e della paternità e degli interventi a favore delle persone anziane;
- *coordinamento e gestione* delle politiche collegate agli interventi per l'assistenza, l'integrazione sociale e lavorativa delle persone disabili;
- *indirizzo, coordinamento e gestione* degli interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza e tutela dei minori; definizione delle politiche per gli adolescenti ed i giovani;
- *gestione* del piano di dismissione dei minori dagli istituti e promozione di azioni alternative all'istituzionalizzazione;

– *gestione* e monitoraggio della sperimentazione del reddito di ultima istanza.

In conclusione si può valutare come il nuovo regolamento, per quanto concerne l'area delle politiche sociali, abdicò all'obiettivo di ridefinire un assetto coerente con il nuovo ruolo che la riforma del Titolo V richiede al Ministero, e che dovrebbe concentrarsi nelle funzioni di promozione di schemi ed esperienze di successo, secondo il modello del metodo di coordinamento aperto, nella gestione di sistemi informativi nazionali, nella cura di azioni di valutazione sulla capacità di soddisfare i bisogni emergenti.

Piuttosto sarebbe stato opportuno articolare l'organizzazione del Ministero intorno alle nuove funzioni di politica sociale e quanto meno:

– una sede di definizione e monitoraggio dei livelli essenziali delle prestazioni;

– una sede di valutazione delle politiche sociali, con particolare attenzione alla promozione delle buone pratiche tra le Regioni e al confronto dei modelli di protezione sociale europei;

– una sede per il sistema informativo dei servizi sociali.

1.3. *La cooperazione tra i livelli istituzionali*

Occorre anche considerare che la competenza esclusiva in capo allo Stato in materia di Lep non si limita a sovrapporsi a quella in materia di assistenza attribuita, sempre in via esclusiva, alle Regioni. Questa lettura di tipo duale, in base alla quale ciascuna istituzione esercita in modo separato le proprie funzioni, lascia in ombra la molteplicità delle modalità di cooperazione multilivello che è necessario attivare per garantire al cittadino il raggiungimento di uno *standard* di prestazione che renda effettiva la tutela del diritto sociale. La cooperazione tra i livelli istituzionali è, infatti necessaria in diverse fasi della complessa sequenza di fasi sottesa alla messa in opera dei

Lep. In particolare, questa cooperazione può generare rapporti di tipo:

a) *persuasivo*, in quanto lo Stato realizzi azioni di comunicazione che evidenzino nei confronti dei cittadini il diverso grado di meritevolezza delle amministrazioni, attivi dei laboratori dell'innovazione e favorisca lo sviluppo di comunità di pratiche tra gli operatori amministrativi, promuova la costituzione di reti civiche che diffondano tra i cittadini una maggiore conoscenza degli strumenti per la tutela dei propri diritti e sostenga l'autonomia attuando interventi di formazione e consulenza;

b) *incentivante*, laddove si introducano forme di competizione per l'accesso alle risorse finanziarie aggiuntive o di emulazione attraverso la realizzazione di premi che mettano in luce le *best practices*, o di interventi di valutazione comparativa e di *benchmarking*;

c) *cooperativo*, legato alla ricerca del consenso e della integrazione funzionale tra i diversi livelli di governo nella definizione dei Lep, del sistema informativo, nel finanziamento, nel monitoraggio e di esercizio del potere sostitutivo e degli rimedi all'inosservanza degli *standard*.

Anche nel settore della sanità si registrano importanti novità dopo l'approvazione della legge costituzionale n. 3/2001. Infatti, l'articolo 117, comma 3, della Costituzione (nuova versione) stabilisce che la materia «tutela della salute» sia di competenza concorrente, il che comporta che il potere legislativo primario spetta alle Regioni, sia pure nel rispetto dei principi fondamentali riservati al legislatore statale. Questa ripartizione presenta diverse implicazioni.

In primo luogo, si può notare un ampliamento quantitativo delle attribuzioni delle Regioni, rimandando la «tutela della salute» a una gamma di funzioni e compiti sicuramente più ampia di quanto fosse presente nella dizione «assistenza sanitaria e ospedaliera» del precedente articolo 117 della Costituzione. Ciò sta a dimostrare la volontà di rafforzare le scelte che intendono privilegiare le capacità delle Regioni ad affrontare le «criticità territoriali», in aderenza con un approccio globale del problema salute che è tipico della medicina più moderna. Ma, assai

più significativamente, la nuova disposizione costituzionale attribuisce alle Regioni piena autonomia nell'organizzazione dei servizi e nelle politiche della salute, rendendo cedevoli le norme statali fin qui in vigore e impedendo allo Stato di emanare gli atti di indirizzo e coordinamento, che hanno rappresentato nel passato lo strumento per limitare l'autonomia regionale (così Corte cost., sentt. nn. 510/2002 e 329/2003).

In questo rinnovato contesto, allo Stato non resta altro che individuare, esclusivamente per via legislativa, i principi fondamentali ed esercitare le funzioni amministrative di cui si renda necessario un esercizio unitario. In questo modo appare ancora oggi possibile ricondurre al livello statale le scelte fondamentali in merito al Servizio sanitario nazionale garantendo l'unità giuridica ed economica dell'ordinamento e il rispetto dei livelli essenziali di prestazione. Inoltre, all'interno di questi principi fondamentali lo Stato può adottare disposizioni in merito alle modalità di rilascio delle convenzioni e degli accreditamenti, alla disciplina del lavoro delle varie figure professionali, alle modalità di erogazione dei servizi, alle misure di prevenzione, agli aspetti di ordine procedimentale e alla partecipazione degli utenti all'attività delle strutture sanitarie.

La legge n. 317/2001, che ha istituito il Ministero della salute incorporandolo da quello del lavoro e delle politiche sociali, non risponde ai principi contenuti nel nuovo Titolo V della Costituzione. Infatti, le funzioni attribuite a questo ministero sono in contrasto con il ruolo che l'amministrazione statale dovrebbe assumere nell'attuale contesto costituzionale. Più coerente con la riforma costituzionale è invece il Decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2003, n. 129 che ha articolato l'organizzazione del Ministero della salute in tre dipartimenti: quello della qualità, quello dell'innovazione e, infine, quello della prevenzione e comunicazione. Le attribuzioni riconosciute a queste strutture sembrano rispondere maggiormente alla funzione di supporto che il centro dovrebbe esercitare, ma allo stesso tempo sembrano essere disallineate rispetto alla norma di fonte primaria, che a questo punto necessita di essere modificata.

2. *Livelli essenziali delle prestazioni*

Le proposte che si avanzano di seguito affrontano i diversi aspetti che determinano l'effettività della disciplina dei Lep e rappresentano una possibile risposta ad alcuni aspetti critici evidenziati in precedenza. Inizialmente, si presenta una nuova modalità «multidimensionale» di definizione dei Lep che, superando la tradizionale espressione degli stessi come elenchi di prestazioni, prevede come parte essenziale del loro contenuto anche l'individuazione dei destinatari e la previsione di indicatori di risultato e di valori obiettivo da raggiungere. È inoltre proposta una tabella che, per un numero selezionato di prestazioni riconducibili a diverse macro-aree della sanità e dell'assistenza, simula una possibile modalità di definizione dei Lep nell'ipotesi di adozione dell'approccio multidimensionale proposto. Successivamente si avanzano delle ipotesi di riparto della disciplina giuridica tra le fonti normative di diverso livello, distinguendo gli aspetti che dovranno essere disciplinati attraverso una legge da quelli che saranno demandati ad un regolamento. Di seguito, si identificano la sequenza delle attività che dovranno essere poste in essere per adottare le norme e per implementarle, i rimedi all'inosservanza degli *standard*, la modalità di reperimento e di attribuzione alle diverse amministrazioni delle risorse finanziarie, e l'illustrazione dei criteri da seguire per la progettazione del sistema informativo che dovrebbe permettere il monitoraggio dei Lep, alimentandone il sistema organizzativo e funzionale.

2.1. *L'approccio multidimensionale nella determinazione dei Lep*

L'idea di fondo alla base del nuovo approccio proposto è che, mentre i Lep sono stati sino ad ora intesi come elenchi di prestazioni, essi possano invece essere definiti come prestazioni caratterizzate da alcune componenti («dimensioni») ritenute particolarmente qualificanti ri-

spetto alla prestazione stessa. In sintesi estrema, si propone di passare dall'attuale modello c.d. «unidimensionale» di definizione dei Lep in termini di semplici prestazioni, ad un modello «multidimensionale» nel quale per ciascuna prestazione sono specificate e dettagliate le dimensioni che ne assicurano la adeguatezza a soddisfare lo stato di bisogno dei soggetti cui è erogata.

Gli obiettivi alla base di questa proposta sono molteplici. In primo luogo, si punta a pervenire all'individuazione di Lep che, nel rispetto dell'autonomia organizzativa dei singoli enti che erogano la prestazione, garantiscano ai cittadini prestazioni sufficientemente omogenee su tutto il territorio nazionale. L'omogeneità è da intendersi non esclusivamente come disponibilità di una prestazione in uno specifico contesto territoriale, ma anche come adeguatezza della stessa – in termini di caratteristiche qualitative, tempi di attesa, luoghi ove è erogata – a contribuire al soddisfacimento del bisogno dei singoli.

Inoltre, si tenta di proporre uno schema generale che tenga conto delle diverse situazioni di partenza nei due settori della sanità e dell'assistenza. È stato in precedenza osservato come in ambito sanitario i Lep sono attualmente definiti come elenco di prestazioni, per le quali esistono protocolli condivisi e vi è quindi una sostanziale uniformità delle prestazioni erogate su tutto il territorio nazionale. La variabilità riscontrabile per le prestazioni sanitarie riguarda quindi prevalentemente gli aspetti relativi alle modalità secondo cui vengono erogati i servizi, come la qualità delle risorse professionali, i tempi di attesa, la localizzazione. Al contrario, nel settore dell'assistenza il panorama dei servizi offerti si presenta molto più eterogeneo, con una pluralità di servizi differenti erogati nei diversi contesti regionali da una molteplicità di soggetti pubblici e privati, in base a bisogni variamente individuati. Per le prestazioni assistenziali la variabilità riguarda quindi anche le prestazioni stesse, per le quali in molti casi non si riscontra neanche una denominazione condivisa nei diversi contesti territoriali.

Un ulteriore, fondamentale obiettivo è che si ritiene

sia opportuno prevedere come parte costituente dei Lep un insieme di indicatori e di valori obiettivo che gli indicatori devono raggiungere. Alla base di questa scelta vi è la convinzione che, se i singoli Lep rappresentano diritti soggettivi, è opportuno che mediante un processo di monitoraggio periodico sia possibile a livello centrale verificare se ed in che misura l'erogazione di ciascuna prestazione è garantita in ciascuna area geografica. Sotto questo aspetto la proposta rappresenta un'innovazione rispetto all'attuale sistema di indicatori delineati dal Ministero della salute che, come sottolineato in precedenza, non sono individualmente riferibili ai singoli Lep ma intendono nel loro insieme monitorare il funzionamento del sistema sanitario in ciascuna Regione. La necessità di supportare il sistema dei Lep con la predisposizione di un sistema di monitoraggio rappresenta a nostro avviso una delle condizioni di funzionamento del nuovo impianto dei Lep.

La soluzione proposta è quindi il passaggio da un sistema di Lep definiti essenzialmente come *prestazioni*, ad un sistema di Lep individuati in base ad una *molteplicità di componenti, delle quali una è la prestazione*.

Si propone che ciascun Lep sia individuato mediante sei componenti:

1. macro-area di intervento;
2. prestazione;
3. descrizione sintetica;
4. destinatari;
5. indicatori;
6. valore obiettivo.

Il processo di definizione dei Lep da parte dello Stato dovrebbe disciplinare tutti gli elementi riportati ed avere quindi come risultato una tabella strutturata, ove sulle righe sono riportate tutte le singole prestazioni inserite nei Lep e, per ciascuna di esse, nelle colonne sono specificate le dimensioni che la caratterizzano.

La tabella 1 simula, per un ridotto numero di prestazioni riconducibili a diverse macro-aree della sanità e dell'assistenza, una possibile modalità di definizione delle diverse componenti. Gli esempi proposti prendono in con-

TAB. 1.

<i>Macro area di intervento</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Descrizione sintetica</i>	<i>Destinatari</i>	<i>Indicatori</i>	<i>Valore obiettivo</i>
Assistenza sanitaria collettiva	Vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni raccomandate	Distribuzione dei vaccini a tutte le farmacie presenti nel territorio di competenza di ciascuna ASL	Soggetti individuati direttamente dalla normativa Soggetti a rischio individuati dai medici di base	% di copertura della popolazione tenuta ad essere vaccinata % di copertura della popolazione a rischio in età adulta e 85% della popolazione sottoposta a vigilanza pediatrica	90% 80% della popolazione a rischio in età adulta e 85% della popolazione sottoposta a vigilanza pediatrica
Assistenza sanitaria ospedaliera	Day hospital	Ricovero e prestazione diurna	Persone a cui è stata rilasciata apposita prescrizione medica	a) % di posti in day hospital sul totale posti letto disponibili b) Termine entro il quale le domande di intervento in day hospital devono essere evase	a) 10% b) Fino al 2006: (x) giorni. Dal 2006: (x ridotto del 25%) giorni
Assistenza sanitaria distrettuale	TAC	Utilizzo di strumenti di alta precisione nella diagnostica tumorale	Persone a cui è stata rilasciata apposita prescrizione medica	Tempo che intercorre tra la prenotazione e l'erogazione della prestazione	Fino al 2006: (x) giorni. Dal 2006: (x ridotto del 30%) giorni

giorni. Dal 2006: (x
ridotto del 25%)
giorni

Fino al 2006: (x)
giorni. Dal 2006: (x
ridotto del 30%)
giorni

TAB. 1. (segue)

Macro area di intervento	Prestazione	Descrizione sintetica	Destinatari	Indicatori	Valore obiettivo
	Analisi radiologica	Utilizzo della diagnostica strumentale e di mezzi di laboratorio	Persone a cui è stata rilasciata apposita prescrizione medica	Tempo che intercorre tra la prenotazione dell'analisi e il rilascio dei risultati. L'analisi deve effettuarsi in un centro abilitato nella ASL di appartenenza.	(x) giorni
Assistenza sociosanitaria	Prestazioni mediche specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica	Fornire informazioni sui servizi a disposizione e di natura medica	Persone e famiglie	a) Orario di apertura dello sportello b) N. di sportelli rispetto alla popolazione presente sul territorio	a) Sportello aperto 9 ore al giorno, 6 gg settimanale b) Uno sportello ogni (x) abitanti e comunque a una distanza non superiore a (x) km dai centri abitati non ancora dotati
		Prestare assistenza alle donne per l'interruzione di gravidanza. Fornire assistenza psicologica, medica e sociale.		Tempo che intercorre tra la richiesta di consulto medico e psicologico e l'erogazione dello stesso	(x) giorni

TAB. 1. (segue)

<i>Macro area di intervento</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Descrizione sintetica</i>	<i>Destinatari</i>	<i>Indicatori</i>	<i>Valore obiettivo</i>
Assistenza sociosanitaria	Prestazioni mediche specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica	Attività di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi	Persone e famiglie	Tempo che intercorre tra la segnalazione dell'abuso e l'insediamento in struttura protetta	24 ore
		Fornire protezione e sostegno ai casi di affidamento e di adozione		Tempo che intercorre tra l'individuazione dello stato di abbandono e la segnalazione al tribunale	(x) giorni
Assistenza sociosanitaria	Prestazioni di assistenza domiciliare	Fornire a domicilio le seguenti prestazioni: aiuto domestico; pasti; assistenza infermieristica; assistenza riabilitativa; sono escluse le azioni di pronto intervento sanitario	Persone ad autonomia limitata individuate dal Segretariato sociale	a) N. di ore all'anno di assistenza domiciliare pro-capite erogata alla popolazione target	Fino al 2006: (x) ore. Dal 2006: (x maggiorato del 100%) ore
				b) % della popolazione target che riceve prestazioni di assistenza domiciliare	Fino al 2006: (x)% della popolazione target. Dal 2006: (x maggiorato del 50%)% della popolazione

TAB. 1. (segue)

Macro area di intervento	Prestazione	Descrizione sintetica	Destinatari	Indicatori	Valore obiettivo
Assistenza territoriale	Teleassistenza	La prestazione prevede: un contatto quotidiano con l'assistito per esigenze specifiche (ad esempio: farmaci); consulenza a distanza; sostegno psicologico; aiuto a domicilio; reti di solidarietà e di assistenza	Anziani soli e ad autonomia limitata	a) % di postazioni di teleassistenza sul totale popolazione target b) Tempo che intercorre tra la domanda e l'attivazione del servizio	a) Per la popolazione fino a 80 anni: (x)%. Per popolazione oltre 80 anni: (x maggiorato del 100%)% b) Fino al 2006: (x) giorni. Dal 2006: entro (x ridotto del 50%) giorni
Assistenza residenziale	Comunità familiari Comunità educative Comunità per adolescenti	Accoglienza per minori in stato di abbandono	Minori con disagio	a) % posti di accoglienza su popolazione target b) tempo max per l'inserimento del minore nella struttura protetta (in riferimento alla segnalazione del Tribunale o dei servizi sociali territoriali)	a) Fino al 2007: (x)% della popolazione target. Dal 2007: (x maggiorato del 50%) della popolazione target b) 24 ore

TAB. 1. (segue)

<i>Macro area di intervento</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Descrizione sintetica</i>	<i>Destinatari</i>	<i>Indicatori</i>	<i>Valore obiettivo</i>
Trasferimenti economici	Reddito minimo vitale	Sostegno economico finalizzato all'integrazione del reddito familiare fino alla soglia della povertà relativa calcolata sulla media dei tre anni precedenti	Persone con reddito insufficiente	Tempo intercorrente tra la presentazione della domanda e l'inizio dell'erogazione del contributo	Fino al 2007: (x) Dal 2007: (x ridotto del 50%)

siderazione prestazioni sanitarie, socio-sanitarie ed assistenziali, con caratteristiche di omogeneità e grado di diffusione sul territorio molto differenti tra loro. Gli esempi sono stati sviluppati con l'intento di chiarire aspetti metodologici e non di definire le caratteristiche delle singole prestazioni.

Macro-area di intervento

Le aree di intervento sono utilizzate quale criterio generale di classificazione delle prestazioni. L'individuazione delle aree di intervento costituisce il presupposto per l'individuazione delle prestazioni da inserire nei Lep. Per l'assistenza sarebbe opportuno utilizzare le macro-aree individuate dall'articolo 22 della legge 328/00, mentre per la sanità i Lep sono attualmente classificati in tre aree: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale ed assistenza ospedaliera.

Prestazione

Questa componente identifica le diverse prestazioni incluse nei Lep, per le quali sono sviluppate le altre componenti. Le prestazioni sono, con le macro-aree, l'unico elemento attualmente definito per i Lep in ambito sanitario. La individuazione delle prestazioni assistenziali da includere nei Lep dovrebbe invece tener conto delle necessità di utilizzare denominazioni uniche per le prestazioni sostanzialmente simili tra loro, già previste oggi dalla normativa regionale ma con diverse denominazioni.

Descrizione sintetica

L'inserimento di una sintetica descrizione è finalizzato a dettagliare le prestazioni che non hanno una denominazione condivisa o che si prestano ad essere erogate secon-

do modalità molto differenti. L'utilizzo della descrizione sintetica assume maggiore rilievo per le prestazioni per le quali sia ritenuto opportuno fornire descrizioni di dettaglio rispetto alla sola enunciazione della prestazione, sulla quale non vi è univocità di definizione. Questa situazione è riscontrabile con maggiore frequenza per un ampio insieme di prestazioni assistenziali, per le quali le risposte ai bisogni espressi dalla collettività possono essere anche molto differenti. La descrizione sintetica può essere efficacemente utilizzata anche per le prestazioni sanitarie più innovative o i cui protocolli siano ritenuti non uniformi sul territorio nazionale, come le prestazioni che ricadono nella sfera dei servizi socio-sanitari. A titolo esemplificativo, nell'ambito delle prestazioni proposte nella tabella 1 ve ne sono alcune, come la TAC oppure il *day hospital* per le quali, poiché esiste una definizione condivisa, la descrizione si limita ad una sintetica illustrazione. Al contrario, per altre prestazioni, quali la teleassistenza, la descrizione sintetica specifica in modo più dettagliato il contenuto minimo previsto, illustrando i servizi che devono essere offerti quotidianamente a ciascun assistito.

Destinatari

La componente destinatari individua i soggetti cui lo Stato riconosce il diritto a ricevere quella prestazione. I destinatari individuati in questa sede divengono quindi titolari del diritto, costituzionalmente riconosciuto, di ricevere la prestazione. È tuttavia possibile che nei diversi contesti regionali o territoriali possa essere deciso di fornire quella prestazione a un numero più ampio di destinatari.

La definizione dei destinatari può avvenire secondo modalità differenti. Alcune prestazioni sono destinate a categorie di soggetti individuabili a priori in base a caratteristiche specificabili. È il caso, tra gli esempi proposti nella tabella, dei consultori, destinati a tutte le persone e le famiglie, e delle prestazioni di tele-assistenza da erogate

re agli anziani soli ed a autonomia limitata. Per altre prestazioni invece, i Lep possono prevedere un altro soggetto che provveda alla certificazione dello stato di bisogno e del conseguente diritto a ricevere la prestazione. Rientrano in questa tipologia le analisi radiologiche ed in generale le prestazioni di diagnostica e un ampio numero di prestazioni di assistenza sanitaria ospedaliera e distrettuale. Parimenti, nel settore dell'assistenza, il compito di individuare i destinatari delle prestazioni di assistenza domiciliare può essere affidato al segretariato sociale; tra gli esempi delle tabelle è questo il caso delle prestazioni di assistenza domiciliare per le quali è compito del Segretariato sociale individuare i soggetti ad autonomia limitata.

Indicatori

I Lep devono prevedere per ciascuna prestazione la definizione di indicatori mediante i quali sia possibile verificare che la prestazione è efficace, ovvero risponde concretamente ai bisogni dei destinatari.

Gli indicatori costituiscono lo strumento essenziale per il monitoraggio delle prestazioni erogate. A questo fine è necessario che gli stessi siano individuati in sede di definizione dei Lep e siano mantenuti costanti nel medio-lungo periodo. Il disporre di un insieme di indicatori stabili nel tempo corrisponde a diverse funzioni. In primo luogo offre la possibilità di strutturare adeguatamente il sistema informativo, prevedendo la raccolta dei dati analitici necessari per la costruzione dei singoli indicatori. In secondo luogo rende possibile a livello centrale verificare nei diversi contesti territoriali il rispetto dei valori obiettivo e la distribuzione dei valori effettivamente conseguiti. La misurazione e l'analisi degli scostamenti rivestono particolare importanza nei casi in cui i valori obiettivo non siano raggiunti, poiché permettono di quantificare i progressi ottenuti nell'offerta delle singole prestazioni.

A seconda che l'indicatore misuri il servizio offerto ai cittadini o la dotazione della struttura che lo eroga, siamo

in presenza di indicatori di prestazione o di indicatori di capacità di offerta. Gli indicatori di prestazione misurano il livello di servizio erogato ai destinatari in relazione ad una o più caratteristiche ritenute qualificanti. Tra gli esempi proposti, per le analisi radiologiche, ampiamente disponibili sul territorio, è ritenuto possibile l'utilizzo di un indicatore di prestazione, «il tempo che intercorre tra la prenotazione dell'analisi ed il rilascio dei risultati», ponendo come condizione che l'analisi sia effettuata in un centro abilitato della ASL di appartenenza.

Nei casi di prestazioni che attualmente hanno un grado di diffusione meno omogeneo sul territorio nazionale, è possibile affiancare all'indicatore di prestazione un indicatore di capacità di offerta. È il caso, tra gli esempi proposti, della prestazione di *day hospital*, per la quale oltre alla previsione di un indicatore relativo al termine entro il quale le richieste di intervento devono essere evase, si prevede una percentuale di posti di *day hospital* da garantire rispetto al totale dei posti letto disponibili.

Nei casi in cui una prestazione abbia caratteristiche di novità o disomogeneità sul territorio nazionale tali che non sia possibile prefigurare alcun indicatore di prestazione, è ipotizzabile la definizione del solo indicatore di capacità di offerta.

La definizione degli indicatori è il punto di arrivo di un processo articolato che deve avvalersi dell'esame della situazione esistente oltre che di apporti tecnici, professionali e specialistici. Nell'individuazione degli stessi è opportuno scegliere indicatori espressi in termini quantitativi, costruiti a partire da dati che possono essere reperiti e che misurano caratteristiche della prestazione che soddisfano realmente lo specifico bisogno del singolo.

Valori obiettivo

I Lep sono completati dall'indicazione, per ciascuno degli indicatori, del valore obiettivo che ogni indicatore deve assumere affinché la prestazione sia ritenuta confor-

me al livello qualitativo richiesto. L'utilizzo dei valori obiettivo conferisce al sistema di definizione dei Lep qui proposto un carattere innovativo rispetto, ad esempio, agli attuali indicatori sanitari che sono incentrati sugli scostamenti dei valori realizzati dalle singole Regioni rispetto alla media.

La fissazione dei valori obiettivo deve avvenire prendendo in considerazione sia la necessità di assicurarsi che la prestazione risponde al bisogno dei cittadini che il livello attuale di diffusione della stessa. Alla base della previsione di valori obiettivo per i Lep vi è l'idea che gli stessi debbano essere il più possibile uniformi su tutto il territorio nazionale. I valori obiettivo andranno quindi a costituire una soglia minima («essenziale») riferibile al contenuto delle prestazioni da erogare, ferma restando la possibilità per le singole Regioni e amministrazioni locali di prevedere espressamente per alcune prestazioni valori superiori a quelli obiettivo.

I valori obiettivo dovrebbero essere riferiti ad un orizzonte temporale di medio periodo, pari ad un intervallo da tre a cinque anni. Mentre gli indicatori devono rimanere stabili nel tempo, per alcuni indicatori può essere previsto sin dalla prima definizione dei Lep un graduale innalzamento dei valori obiettivo nel tempo. Tra gli esempi della tabella allegata, questa soluzione è proposta per il reddito minimo vitale, dove per l'indicatore «tempo intercorrente tra la presentazione della domanda e l'erogazione del contributo» è previsto un valore obiettivo pari a un numero x di giorni fino all'anno 2007, mentre a partire dal 2008 questi giorni devono essere ridotti del 50%.

Le diverse componenti che costituiscono i Lep, corrispondenti alle diverse colonne della tabella, hanno quindi differente stabilità nel tempo. Le macro-aree, le prestazioni e gli indicatori devono essere determinati *una tantum*, seppur con la previsione di aggiornamenti o integrazioni che si rendessero opportune per alcune di essi in seguito ai processi di monitoraggio. La previsione dei destinatari e dei valori obiettivo dovrebbe invece essere oggetto di

revisione periodica ad intervalli di medio periodo (da tre a cinque anni). Per effettuare più efficacemente aggiornamenti e integrazioni dei Lep è necessario attivare a livello centrale un processo di monitoraggio del rispetto degli stessi, basato sulla rilevazione dei dati, sulla costruzione degli indicatori, sull'analisi delle motivazioni degli scostamenti dei valori effettivamente rilevati dai valori obiettivo e dalla media nazionale. A questo fine, nell'esame degli indicatori per ciascuna Regione, sarà opportuno focalizzarsi sia sul risultato complessivo regionale che sulla distribuzione dei valori a livelli diversi di disaggregazione territoriale.

L'efficacia, in termini di risposta alle esigenze della collettività, di un sistema di Lep così strutturato è influenzata dalla effettiva conoscenza da parte dei cittadini delle prestazioni più adeguate rispetto alle loro esigenze. Per alcune categorie sociali particolarmente deboli, quali gli anziani e i disabili, la identificazione della disponibilità di una prestazione può presentare difficoltà. Vi sono molte situazioni nelle quali i cittadini non sono a conoscenza dell'esistenza di una prestazione, o del loro diritto ad ottenerla in tempi e con modalità predefinite. In altri casi i cittadini possono non essere in grado di individuare da soli le strutture cui rivolgersi, o presentare la richiesta. È pertanto opportuno che alla definizione di Lep multidimensionali sia affiancata la previsione di punti di contatto finalizzati ad offrire ai cittadini orientamento ed informazioni sui servizi presenti sul territorio e, ove necessario, accompagnarli nell'accesso ai servizi. Se in ambito sanitario questa funzione è svolta dai medici di base, nel campo dell'assistenza è necessario garantire l'attivazione a livello capillare su tutto il territorio del segretariato sociale, richiamato dall'articolo 22, comma 4, della legge 328/2000.

2.2. Indicatori di prestazione e di capacità di servizio

La determinazione dei Lep corrisponde a due distinte funzioni. La prima è legata alla necessità di dare effettivi-

tà ai diritti sociali dei cittadini. La seconda a conformare l'attività normativa e amministrativa per far sì che l'offerta pubblica di servizi sociali sia qualitativamente e quantitativamente in grado di corrispondere alla domanda di servizi che promana dall'ambito territoriale di riferimento. Questa seconda funzione è particolarmente necessaria in contesti come quello dell'assistenza, ma in parte anche della sanità, in cui il diritto del cittadino, per carenze strutturali, non può essere nel breve termine l'oggetto di una prestazione immediatamente esigibile, ma la sua tutela deve comunque essere l'obiettivo di un consistente progetto di cambiamento. Ed è essenziale nella fase transitoria in cui non sia stato ancora attivato un sistema informativo per la verifica dell'osservanza dei Lep. In relazione ai casi in cui queste due situazioni non si presentassero o venissero meno, non sarebbe più necessario che i Lep si occupino di verificare la capacità di offerta, limitandosi a verificare il rispetto dello *standard* di prestazione predeterminato.

Le due funzioni sono tra loro strettamente interrelate. O, forse, rappresentano una cosa sola, ma vista da due punti di vista diversi: da un lato, quello dei cittadini; dall'altro lato, quello delle amministrazioni. Peraltro, è necessario che esse siano distinte, e non solo sul piano logico. Infatti, questa distinzione ha anche un valore operativo, in quanto gli *standard* di conformazione della prestazione sono diversi da quelli relativi al livello dell'offerta, in quanto si riferiscono a diversi ambiti, rispondono a criteri definitori differenti e producono effetti giuridici tra loro difformi.

Laddove si intenda dare effettività alla tutela dei diritti, occorre prendere di mira le attività in relazioni alle quali è possibile configurare una pretesa giuridica in capo ad una o più categorie di soggetti individuati od individuabili. Gli *standard* saranno determinati con l'intento di qualificare la prestazione oggetto di questa pretesa. I rimedi per l'inosservanza degli *standard*, attivati come regola dai singoli interessati, saranno rivolti ad offrire una tutela tempestiva dell'interesse del singolo. Al contrario, nel

caso in cui l'obiettivo sia quello di incrementare l'offerta di servizio, l'attenzione si concentrerà sul momento programmatico e su quello normativo. Gli *standard* saranno predisposti con riguardo all'adeguatezza delle strutture e delle risorse impiegate. Le misure adottate per far fronte a situazioni di carenza, evidenziate d'ufficio dal livello statale, saranno finalizzate a porre rimedio a carenze strutturali, nonché a distorsioni nell'allocazione delle risorse o nel bilanciamento degli interessi contenuto in una norma.

Da ciò, nasce la distinzione tra gli indicatori di prestazione (*standard* quantitativi e qualitativi del livello di servizio esigibile) e quelli di capacità del servizio (*standard* relativi al livello di domanda che l'offerta può soddisfare). Solo i primi consentono di dare effettività al riconoscimento del diritto sociale in capo al cittadino, ma i secondi sono comunque rilevanti, in quanto rappresentano un vincolo nell'allocazione delle risorse da parte dei diversi livelli di governo e nell'organizzazione dei servizi. Inoltre, possono dar luogo all'esercizio di poteri sostitutivi o a contratti di programma per realizzare interventi straordinari volti a colmare i divari infrastrutturali.

Gli *indicatori di prestazione* dovrebbero essere definiti sotto il profilo quantitativo (es. ammontare dell'erogazione finanziaria, metri quadri della residenza a cui si ha diritto, ecc.) e qualitativo (tempestività della prestazione, prossimità territoriale del luogo di erogazione rispetto a quello di abitazione del richiedente, ecc.). Nel complesso, questi indicatori dovrebbero consentire di delineare in modo dettagliato il tipo o i tipi di prestazioni esigibili da parte del cittadino, rispondenti al criterio della appropriatezza. L'accessibilità al servizio dovrebbe anche essere commisurata alla sostenibilità del contributo richiesto al cittadino che intende usufruirne, in relazione alla sua situazione economica e patrimoniale.

In relazione agli *indicatori di capacità di servizio*, nella legge sui Lep è necessario definire dei criteri per individuare l'ammontare delle risorse finanziarie che le Regioni e gli Enti locali devono comunque assegnare allo svolgimento della funzione, in quanto l'autonomia di bilancio

di queste amministrazioni è vincolata al rispetto del precetto costituzionale che impone di considerare prioritaria la tutela dei diritti sociali e civili. Inoltre, per ciascuna tipologia di servizio occorre formulare degli *standard* di risorse umane (specificate anche in relazione alla loro qualificazione), immobiliari e informatiche di cui le amministrazioni devono disporre.

Nella tabella 2 sono indicate come destinatarie dirette le sole amministrazioni pubbliche. Infatti, sebbene sia possibile (e in alcuni casi auspicabile) che esse assolvano al loro obbligo di prestazione attraverso forme di collaborazione con il terzo settore o con i privati, ciò attiene l'organizzazione del servizio, non la responsabilità di rendere effettiva la tutela dei diritti sociali che deve restare in mano pubblica.

2.3. *Gli strumenti normativi*

L'attuazione della disciplina costituzionale in materia di Lep deve essere disciplinata attraverso l'adozione di una legge statale e di un regolamento governativo. Nella sostanza, queste due disposizioni si dovrebbero differenziare tra loro per il livello di dettaglio della disciplina, per i contenuti e per la periodicità della loro revisione.

La legge deve disciplinare i seguenti aspetti: prestazioni, destinatari, indicatori, sistema informativo, risorse finanziarie, azioni statali di sostegno, programmi di intervento straordinario, rimedi all'inosservanza degli *standard*. Questa disposizione dovrebbe spingersi a regolare aspetti di dettaglio solo per quanto riguarda l'ultimo aspetto. Negli altri casi la legge si limita a definire principi e criteri, demandando a successivi atti di natura amministrativa o normativa di disciplinare gli aspetti operativi. In ragione del suo contenuto, questa disposizione non dovrebbe essere oggetto di revisioni reiterate. All'interno della legge sui Lep, il legislatore statale non deve limitarsi a riconoscere l'esistenza dei diritti sociali e sanitari previsti in Costituzione o già riconosciuti dalla giurisprudenza, ma

TAB. 2. *Indicatori di prestazione e di capacità del servizio*

Indicatori di prestazione	Finalità	Destinatario diretto	Oggetto
Indicatori di capacità di servizio	Tutelare l'effettività dei diritti civili e sociali	Cittadini	Aspetti qualitativi e quantitativi della prestazione
	Orientare l'allocazione delle risorse e la programmazione delle amministrazioni	Amministrazioni	Le risorse umane, immobiliari, tecnologiche e finanziari

può introdurre di nuovi, in base ad un'interpretazione evolutiva della disciplina costituzionale. La legge sui Lep deve quindi essere di stretta competenza statale. Tuttavia, le Regioni possono introdurre dei livelli essenziali di prestazione o dei poteri sostitutivi nei confronti degli Enti locali nelle materie di loro competenza, ma solo nella misura in cui essi siano volti ad innalzare il livello di tutela o riguardino tipologie di servizio diverse da quelle considerate nella normativa statale.

Il regolamento governativo dovrebbe contenere, sulla base dei principi e dei criteri previsti all'interno della legge, l'individuazione della lista degli indicatori specificando, per ciascuno di essi, il valore obiettivo che le Amministrazioni pubbliche sono tenute a rispettare. In seguito al monitoraggio gli indicatori ed i valori obiettivo potranno essere aggiornati con atti di natura amministrativa.

All'interno della manovra annuale di bilancio, inoltre, è necessario che siano attribuite alle Amministrazioni le risorse finanziarie necessarie per l'osservanza dei livelli essenziali. In particolare, in ragione delle variazioni di intensità e diffusione del bisogno sociale e sanitario nel tempo (invecchiamento della popolazione, movimenti migratori, ecc.) e del progressivo innalzamento dei valori obiettivo, deve essere fissato l'ammontare complessivo del gettito fiscale assicurato alle Autonomie locali e regionali (e i criteri di riparto tra di esse) per metterle in condizione di osservare i Lep. Inoltre, dovrà essere adeguato nel tempo il livello della spesa *standard* pro-capite che rappresenta un vincolo di destinazione nell'allocazione delle risorse di bilancio dei diversi livelli di governo. Infine, andranno quantificate le risorse aggiuntive a carico del bilancio dello Stato destinate a promuovere programmi di intervento straordinario.

Per questa ragione, alla legge di bilancio dovranno essere allegati degli atti contenenti la disciplina di dettaglio delle azioni statali di sostegno, dei programmi di intervento straordinario finalizzati anche alla realizzazione del sistema informativo per il monitoraggio dei Lep.

2.4. La determinazione dei Lep: i passi operativi

La procedura di determinazione dei Lep prende le mosse da un'iniziativa del Governo. I successivi passi operativi da compiere dovrebbero essere i seguenti:

- individuazione delle posizioni di diritto soggettivo da considerare;
- analisi della domanda di servizio nei diversi territori, anche in relazione alle condizioni demografiche, economiche e patrimoniali dei titolari dei diritti, nonché del loro stato di salute;
- analisi delle condizioni di offerta delle prestazioni nei diversi contesti territoriali;
- analisi dei sistemi informativi esistenti;
- predisposizione del disegno di legge in materia di Lep;
- consultazione delle associazioni di tutela dei cittadini, delle associazioni di rappresentanza del terzo settore, dei sindacati e delle autonomie regionali e locali;
- approvazione della legge sui Lep;
- predisposizione del regolamento sui Lep;
- consultazione delle associazioni di tutela dei cittadini, delle associazioni di rappresentanza del terzo settore, dei sindacati e delle autonomie regionali e locali;
- progettazione e realizzazione del sistema informativo dei Lep di settore;
- realizzazione delle azioni di sostegno nei confronti delle autonomie locali;
- realizzazione del piano di interventi straordinari;
- monitoraggio del rispetto dei Lep;
- eventuale adozione dei rimedi all'inosservanza dei Lep.

2.5. L'inosservanza dei Lep: rimedi e strumenti sostitutivi

Il mancato rispetto dei Lep può avere conseguenze molto diversificate. Ciò è dovuto al fatto che da caso a caso occorre operare delle distinzioni in relazione ad al-

cuni fattori: gli *obiettivi delle misure* da adottare, in alcuni casi volti a riequilibrare il rapporto tra domanda e offerta di servizio, in altri a dare ristoro al pregiudizio subito dal singolo; il *comportamento delle amministrazioni*, che può essere più o meno cooperativo, con riflessi sulla possibilità di utilizzare strumenti di tipo negoziale piuttosto che autoritativo; la *natura della prestazione*, che può essere costituita (o essere ricondotta ad essa per equivalente) da un'erogazione pecuniaria o dalla prestazione di un servizio personale; la *natura dell'inosservanza*, che può essere costituita da una discriminazione operata nei confronti di un individuo (o di una categoria di individui) o rivolta genericamente alla collettività per carenze strutturali.

Il presentarsi di queste variabili in forma combinata può dar luogo a diverse tipologie di situazioni a fronte delle quali occorre adottare specifici rimedi. La scelta tra di essi nel caso concreto dovrebbe essere operata tenendo conto del fatto che, come sottolineato in precedenza, i principi di sussidiarietà e di autonomia riversano i loro effetti non solo all'interno del processo di determinazione dei Lep, ma anche nell'individuazione dei rimedi alla loro inosservanza. Nel contempo, occorre tenere conto di altri principi come quello di leale collaborazione tra i livelli di governo e di non aggravamento dell'azione amministrativa. Più in generale, è necessario che i rimedi all'inosservanza dei Lep siano plasmati sulla concreta esigenza di rendere effettiva la tutela dei diritti civili e sociali proclamata nella Costituzione.

In forza di questi principi, la scelta dovrebbe avvenire sulla base dei seguenti criteri. Il primo è quello di assicurare alle amministrazioni interessate la possibilità di operare in contraddittorio. La «legge La Loggia» subordina l'esercizio del potere sostitutivo al fatto che il Consiglio dei ministri, su proposta del ministro competente, anche su iniziativa delle Regioni o degli Enti locali, abbia assegnato all'amministrazione un congruo termine per adottare i provvedimenti dovuti o necessari. Decorso inutilmente questo termine, il Consiglio dei ministri, sentita l'am-

ministrazione interessata, adotta le misure necessarie nel corso di una riunione a cui partecipa il Presidente della Giunta regionale della Regione interessata. Questi vincoli di tipo procedurale non possono essere rivisti in senso riduttivo da successivi atti normativi primari, in quanto ciò contrasterebbe con i principi di sussidiarietà e di leale collaborazione espressamente richiamati dall'articolo 120, comma 2 della Costituzione. Il secondo è che l'esercizio del potere sostitutivo deve rappresentare un'ultima istanza, a cui fare ricorso solo nel caso in cui non sia possibile adottare altre soluzioni. Occorre agire in via autoritativa solo nel caso in cui si accerti che quella cooperativa e negoziale o l'utilizzo di rimedi più immediati e flessibili non sia percorribile. Il terzo è che, comunque, l'esercizio del potere sostitutivo rappresenta una deroga momentanea, strumentale e meramente suppletiva, a tutela di uno specifico interesse rispetto al riparto di competenze operato dalla Costituzione. Per cui ha carattere di eccezionalità e non può essere inteso come una riappropriazione della competenza amministrativa o normativa da parte dello Stato.

È possibile passare in rassegna le situazioni che si possono verificare. In caso di mancata erogazione di sussidi finanziari previsti dalle norme regionali nei confronti di un individuo, è possibile che lo Stato si sostituisca alle amministrazioni erogando direttamente la somma esigibile da parte dell'interessato. Qualora questa mancanza sia sistematica, lo Stato potrebbe agire in via sostitutiva, nominando un commissario.

La mancata fornitura di un servizio alla persona previsto dalle norme e per cui l'amministrazione ha stanziato i fondi in bilancio, che costringa l'interessato a rivolgersi ad altre strutture pubbliche o private a pagamento, comporta l'obbligo in capo alle amministrazioni competenti di rimborsare le spese sostenute. Laddove esse non adempiano questo obbligo, lo Stato se ne dovrebbe fare carico. Se questa mancanza derivasse da cause strutturali, lo Stato potrebbe operare in via sostitutiva per rimuovere gli ostacoli, nominando un commissario.

Per ovviare alle carenze della qualità della prestazione di servizio fornita ad un singolo individuo, dovrebbe essere introdotto un obbligo in capo alle amministrazioni o a chi per loro conto fornisce il servizio di prevedere forme di risarcimento automatico e forfetario. Nel caso in cui una legittima richiesta di indennizzo non sia soddisfatta, lo Stato dovrebbe sostituirsi nell'erogazione della somma prevista. Qualora non sia stato neanche attivato un sistema di gestione dei reclami che preveda il ricorso ad indennità risarcitorie, lo Stato potrebbe porre riparo intervenendo in via sostitutiva attraverso la nomina di un commissario.

È ipotizzabile che si verifichi una situazione di discriminazione operata da un'amministrazione nei confronti di un soggetto, o di una categoria di soggetti, che le norme della Regione o dell'Ente locale non escludono dalla fruizione di un servizio alla persona, che non può essere fornito da altre strutture pubbliche o private. In questo caso, occorre che lo Stato operi in via sostitutiva attraverso la nomina di un commissario *ad hoc*. Se la discriminazione dipende da norme primarie o secondarie, occorre che lo Stato intervenga anche al fine di modificare o abrogare questi atti.

Il servizio potrebbe non essere prestato per l'assenza della relativa normativa e di appositi stanziamenti di bilancio. In questo caso, sarebbe necessario che lo Stato tenti di definire, insieme alle amministrazioni interessate, un accordo di programma finalizzato a rendere effettiva la prestazione del servizio. Esperito inutilmente questo tentativo, lo Stato potrebbe adottare in via sostitutiva la norma e modificare le scelte allocative del bilancio. Se le amministrazioni si ostinano a non dare attuazione a queste disposizioni, lo Stato può agire in via sostitutiva attraverso un commissario.

I rimedi all'inosservanza degli *standard* dovranno essere disciplinati all'interno della legge sui Lep, in quanto sono condizioni per renderli effettivi. Essi non rientrano nella disciplina fortemente vincolante prevista dalla «legge La Loggia» per l'attuazione dell'articolo 120 della Co-

stituzione e possono essere adottati dal ministero competente nel rispetto dei vincoli e con le modalità disciplinate normativamente. In questa sede dovranno essere disciplinate le modalità di compensazione a favore dello Stato delle risorse impiegate in luogo di quelle già attribuite alle amministrazioni regionali e locali che non abbiano corrisposto all'obbligo di provvedere.

I presupposti per l'esercizio del rimedio alle inosservanze da parte del Governo sono costituiti dall'istanza, anche di un singolo cittadino, all'amministrazione statale competente in cui si lamenti di non aver ricevuto una prestazione adeguata ai Lep o dal riscontro, anche d'ufficio, delle carenze strutturali che impediscono il raggiungimento dei valori obiettivi previsti. Comunque, l'intervento del Governo, anche in presenza di un'istanza del privato, non sarebbe impeditivo di un'azione dell'interessato di fronte all'autorità giudiziaria ordinaria a tutela del proprio diritto soggettivo.

Le disposizioni normative adottate dallo Stato in via sostitutiva sono da considerarsi cedevoli nei confronti di successivi atti posti in essere dalle amministrazioni locali volti a raggiungere almeno gli *standard* previsti dai Lep con modalità non eguali, ma equivalenti rispetto a quelle previste dalla disciplina statale.

L'esercizio del potere sostitutivo in relazione ai regolamenti della Regione o degli Enti locali non presenta profili applicativi di particolare criticità. Maggiori problemi si incontrano per identificare le modalità con cui possa essere adottata da parte dello Stato una norma primaria che disciplini la prestazione di servizio, anche modificando, integrando o abrogando una precedente disposizione regionale. Si ritiene in proposito che il potere di sostituzione, in base alle disposizioni dell'articolo 120 della Costituzione, dovrebbe essere esercitato dal Governo nelle forme di un decreto legislativo. Il ricorso al decreto legge dovrebbe essere limitato ai casi in cui si ravvisino i presupposti della necessità e dell'urgenza, ma sarebbe comunque necessario che questo atto sia sottoposto all'attenzione della Conferenza unificata o, nel caso in cui sia

costituita, della Commissione parlamentare per le questioni regionali, per un parere da rilasciare prima della ratifica delle Camere.

2.6. *Gli strumenti finanziari*

In base all'articolo 119 della Costituzione, per lo svolgimento delle competenze loro demandate le amministrazioni pubbliche dovrebbero poter far conto su risorse finanziarie proprie (tributi propri, perequativi o in compartecipazione), prive di ogni vincolo di destinazione. L'entità delle risorse assegnate per assicurare il rispetto dei Lep non dovrebbe essere soggetta a condizioni aleatorie (es. incertezze legate all'attendibilità delle stime del gettito di entrate erariali). Inoltre, l'assegnazione dovrebbe avere un orizzonte pluriennale, per consentire alle amministrazioni di programmare le proprie attività nel tempo. Ancora, le risorse riconosciute alle amministrazioni per l'esercizio delle competenze in materia di sanità e di assistenza non possono essere utilizzate da queste per perseguire scopi diversi, almeno fino al momento in cui non saranno rese esigibili le prestazioni correlate al rispetto dei diritti sociali e messo a regime il sistema di monitoraggio del rispetto dei Lep. Infine, queste risorse, una volta assegnate, non potrebbero essere successivamente soggette (sia all'interno di un esercizio finanziario sia negli anni successivi) ad una riduzione da parte del Governo o del Parlamento.

Nel settore della sanità la strada tracciata dal decreto legislativo 56/2000 – nonostante le applicazioni distorsive – appare ancora oggi valida e sostanzialmente in linea con le disposizioni costituzionali. Andrebbero pertanto recuperati alcuni meccanismi lì previsti che sembrano coerenti con il nuovo articolo 119 della Costituzione (la prevalenza delle risorse di finanziamento a imputazione direttamente regionale; il funzionamento rigoroso e la centralità del fondo perequativo; la necessità di introdurre il monitoraggio delle spese regionali e dei livelli di pre-

stazione; il fatto che le risorse attribuite alle Regioni mantengono un vincolo di spesa fino al momento in cui non è stato messo a regime questo sistema di monitoraggio), mentre occorrerebbe procedere verso una più dettagliata specificazione della destinazione delle risorse provenienti rispettivamente dal fondo perequativo e dal fondo sanitario nazionale: le prime dovrebbero tener conto esclusivamente dello squilibrio delle capacità fiscali sul territorio nazionale (nel rispetto dell'art. 119, c. 3, Cost.); le seconde, invece, dovrebbero essere straordinarie e in grado di contribuire al soddisfacimento dei fabbisogni sanitari originati da condizioni anagrafiche, sociali, ambientali e strutturali particolarmente gravi.

Il meccanismo previsto dal decreto legislativo n. 56/2000 dovrebbe essere esteso al settore delle politiche sociali, per cui il relativo Fondo nazionale, in quanto contiene un vincolo di destinazione, dovrebbe essere sottoposto. In questo modo la decisione sul finanziamento delle funzioni assistenziali si estenderebbe a ricoprire l'intero ambito delle risorse messe a disposizione delle autonomie regionali e locali e non solo quelle legate al Fondo nazionale che, in molte realtà, non rappresenta che una parte largamente minoritaria della spesa pubblica nel sociale. Nel settore delle politiche sociali, la quantificazione delle risorse attribuite alle amministrazioni regionali e locali e la distribuzione di queste risorse tra di esse dovrebbe rispondere ai seguenti criteri. Il primo dovrebbe essere costituito dal *livello di bisogno sociale* riferito al numero di soggetti da assistere. Il secondo criterio potrebbe essere rappresentato dalla *quota di compartecipazione dei diretti interessati* al finanziamento dei servizi sociali da determinarsi in relazione alla capacità economica e patrimoniale (ISEE) degli assistiti. Il terzo dovrebbe essere quello del *costo standard capitaro* di prestazione del servizio. In relazione a questo ultimo criterio, occorre evidenziare la notevole complessità insita nell'effettuazione di una stima di questo tipo di costo. Peraltro, occorre evitare che questa difficoltà tecnica rappresenti un vincolo che imponga di far riferimento al criterio della spesa storica

consolidando le diseguaglianze territoriali esistenti e precludendo di fatto la diffusione di servizi sociali nelle aree che ne sono attualmente prive.

Le risorse ordinarie assegnate alle amministrazioni dovrebbero offrire una copertura per la prestazione dei sussidi finanziari e per la gestione dei servizi personali delle amministrazioni che già dispongono di una dotazione infrastrutturale (es. asili nido, case per anziani, strutture ospedaliere, laboratori di analisi). In questo ambito, la perequazione dovrebbe operare con riguardo alle disparità dei livelli di capacità fiscale tra territori, per cui non rappresenterebbe lo strumento per colmare dislivelli infrastrutturali. Per raggiungere questo scopo, è necessario fare ricorso alle risorse aggiuntive (art. 119, comma 5, Cost.), la cui attribuzione potrebbe essere vincolata al perseguimento di scopi determinati (e la loro prestazione condizionata alla realizzazione di uno specifico programma di interventi) e che potrebbero essere assegnate privilegiando i territori che presentano particolari carenze.

Le risorse finanziarie dovrebbero essere attribuite direttamente alle singole amministrazioni che, in base alla distribuzione delle funzioni, si prendono cura dello svolgimento dei servizi e questo implica che i soggetti beneficiari possono essere diversi a seconda che ci si riferisca al settore sanitario, in cui prevale il ruolo delle Regioni, o in quello dei servizi sociali, dove è maggiormente rilevante il ruolo degli Enti locali.

Come evidenziato in precedenza, per rimediare all'inosservanza degli *standard* da parte degli altri livelli di governo, lo Stato si può trovare di fronte alla necessità di erogare dei sussidi o dei risarcimenti. Per questa ragione, è necessario che siano accantonate delle risorse al livello statale, le quali dovrebbero essere alimentate attraverso una rivalsa dello Stato sui fondi attribuiti alle amministrazioni inadempienti.

2.7. *Sistemi informativi*

L'introduzione dei Lep è condizionata dalla disponibilità di un sistema informativo che fornisca informazioni omogenee, raccolte ed elaborate secondo criteri univoci sul territorio. Il sistema informativo deve permettere di attuare il processo di monitoraggio finalizzato a verificare il rispetto dei livelli essenziali di prestazione, incrementare il grado di esigibilità della prestazione da parte dei cittadini e assicurare allo Stato la possibilità di esercitare correttamente i poteri sostitutivi.

Un tale sistema informativo deve essere progettato cercando di incorporare le differenze che si presentano nei diversi contesti e di acquisire il massimo del consenso dei diversi livelli di governo sulle scelte compiute. Inoltre, esso deve essere realizzato riutilizzando quanto sia già stato posto in essere a livello statale, ma anche le esperienze avviate a livello regionale o locale. Ma l'adozione di questi criteri non può significare la rinuncia ad un momento di sintesi, che inevitabilmente uniformi ciò che al momento è differente in termini di definizioni (degli stati di bisogno sanitario o sociale o delle modalità di risposta ad esso) o di modalità (tempi, formati, ecc.) di raccolta ed elaborazione dei dati. Il centralismo informativo deve crescere al crescere dell'autonomia, per impedire che ad essa consegua non una maggiore flessibilità e dinamicità del sistema amministrativo, ma la sua frantumazione. Questo sforzo di omologazione non può che selezionare negativamente i molti segnali informativi tenui che caratterizzano l'osservazione e la valutazione delle politiche sanitarie, ma soprattutto sociali, i quali sono indubbiamente di estremo rilievo, ma che potranno essere maggiormente valorizzati all'interno di altri sistemi informativi, collegati a quelli dei Lep, che devono alimentare la programmazione e la gestione dei servizi.

Le funzioni che il sistema informativo dei Lep deve assolvere derivano direttamente dall'impianto che è stato delineato nei paragrafi precedenti, e sono le seguenti:

- a) supporto alla definizione e all'aggiornamento dei

Lep in termini di ciascuna delle loro componenti (macro-aree, prestazioni, descrizione sintetica, destinatari, indicatori, valori obiettivo);

b) monitoraggio dell'osservanza dei valori obiettivo;

c) supporto alla predisposizione dei piani di adeguamento infrastrutturale oggetto di accordi di programma tra Stato e autonomie regionali e locali;

d) monitoraggio della realizzazione dei piani di adeguamento infrastrutturale;

e) supporto alla determinazione dei livelli massimi di contribuzione dei cittadini alle spese attraverso l'imposizione di tariffe e ticket in relazione alla loro situazione ISEE;

f) supporto alla ripartizione delle risorse finanziarie ordinarie e aggiuntive tra le amministrazioni regionali e locali;

g) monitoraggio della spesa;

h) monitoraggio delle politiche e degli interventi realizzati a livello regionale e locale per attivare forme di valutazione comparativa, scambio di esperienze innovative e percorsi di affiancamento consulenziale e formazione a sostegno dell'autonomia.

Queste funzioni non possono essere interamente assolte dai sistemi informativi che sono stati progettati (e solo in parte realizzati) nei settori della sanità e dell'assistenza. Questi due settori incontrano notevoli difformità in ordine ai sistemi informativi su cui dovrebbe poggiare l'introduzione dei Lep. Le diversità riguardano l'attribuzione delle competenze in materia, il grado di sviluppo dei sistemi informativi esistenti, il grado di standardizzabilità delle modalità di prestazione dei servizi, nonché di tipizzazione e di certificazione dei bisogni.

2.7.1. I sistemi informativi nel settore della sanità

In materia sanitaria, l'articolo 118 del decreto legislativo 112/98, ha lasciato allo Stato la gestione del Sistema Informativo Sanitario, con il compito di realizzare il coor-

dinamento dei sistemi informativi regionali, in connessione con gli osservatori regionali. Con l'accordo quadro del 22 febbraio 2001 tra il Ministero della sanità, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano è stato avviato un piano d'azione coordinato per lo sviluppo del nuovo Sistema informativo del Servizio Sanitario Nazionale. L'accordo ha una durata di tre anni. Al nuovo SIS sono stati assegnati sia obiettivi di governo – ed in special modo il monitoraggio dello stato di salute della popolazione, dell'efficacia/efficienza del sistema sanitario e dell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni in rapporto alla domanda della salute e della spesa sanitaria – che obiettivi di servizio e comunicazione.

Il SIS nazionale attualmente realizzato si basa sull'interconnessione tra il Ministero della Salute, gli uffici periferici distribuiti sul territorio nazionale, gli Assessorati Regionali e gli uffici amministrativi delle Aziende locali (AUSL e Aziende Ospedaliere); sono disponibili, per ciascuna azienda, i dati sulle strutture, sul personale e sui conti economici. Sono poi attivi numerosi SIS nelle Regioni e nelle Aziende. Sono inoltre in corso molte iniziative per il potenziamento degli stessi, basate prevalentemente sull'utilizzo delle nuove tecnologie: progetti di integrazione tra sistemi informativi diversi, di integrazione degli stessi con i CUP, sperimentazioni di sistemi di prenotazione on-line, scambi di informazioni tra medici di base. Il panorama delle iniziative si presenta molto diversificato e caratterizzato da una elevata dinamicità.

All'interno del SIS, il decreto legislativo n. 56/2000, articolo 9 ha previsto l'avvio di un sistema regionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata basato su: un insieme di indicatori e parametri relativi ad elementi rilevanti ai fini della verifica del rispetto dei livelli essenziali di assistenza; le regole e le convenzioni per la rilevazione, la validazione e l'elaborazione delle informazioni; le procedure per la periodica pubblicizzazione di quanto rilevato. Inoltre, è stata prevista la realizzazione di un sistema informativo per il monitoraggio della spesa sanitaria e, in particolare, delle prescrizioni mediche, farmaceu-

tiche, specialistiche ed ospedaliere, la cui attivazione è stata posta come condizione alle Regioni per accedere all'adeguamento dei finanziamenti e che dovrebbe essere supportata nel prossimo futuro dall'introduzione di una tessera sanitaria personale elettronica recante il codice fiscale dell'assistito.

2.7.2. I sistemi informativi per i servizi sociali

In materia di servizi sociali, la legge n. 328/2000 attribuisce il compito di costituire il sistema informativo dei servizi sociali attraverso una concertazione che avrebbe dovuto coinvolgere lo Stato, le Regioni, i Comuni e le Province. Questo sistema avrebbe dovuto alimentare la programmazione, la gestione e la valutazione delle politiche sociali. Il successivo Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali del 2001 ha indicato tra le funzioni specifiche che il sistema informativo del sociale avrebbe dovuto assolvere quella di monitorare il rispetto dei livelli essenziali e di valutare la qualità delle prestazioni attraverso un raccordo con le carte dei servizi sociali. In quella sede, si evidenziò la necessità di collegare questo sistema informativo a quello sanitario e a quello europeo presidiato da Eurostat. Le risorse finanziarie per la sua realizzazione avrebbero dovuto essere reperite all'interno del Fondo nazionale delle politiche sociali. Questo impianto non ha mai trovato attuazione, in quanto la Commissione tecnica che a livello nazionale avrebbe dovuto assicurarne il presidio metodologico, sebbene sia stata istituita nel 2001, non è mai diventata operativa e il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che avrebbe dovuto definire le modalità e gli strumenti per il coordinamento tecnico del sistema non è mai stato adottato.

All'inazione del livello statale è corrisposto il tentativo di alcune Regioni ed Enti locali di dare autonomamente vita ad osservatori e sistemi informativi. Le analisi di queste esperienze hanno messo in luce, come è naturale in assenza di un'azione di indirizzo e coordinamento da par-

te del livello statale, forti disomogeneità nelle finalità considerate, nelle definizioni utilizzate e nelle tecniche di trattamento dei dati a cui si è fatto ricorso. Ma il dato di cui occorre principalmente tenere conto è che, al momento, nella gran parte del paese non esiste alcun sistema informativo che possa fornire le informazioni necessarie all'introduzione dei Lep.

Esaminando in particolare il caso dei servizi sanitari, ciascun soggetto partecipante al sistema esprime un fabbisogno di informazioni specifiche. Le strutture che erogano la prestazione (medici di base, ospedali, ...) necessitano delle informazioni necessarie per individuare le cure più appropriate. Le ASL e le aziende ospedaliere hanno invece esigenza di disporre dei dati relativi al rispetto dei valori obiettivo per gli indicatori di prestazione e di capacità di servizio previsti dai Lep, per potere porre in essere interventi organizzativi e gestionali qualora si verificino scostamenti. Le Regioni, oltre alle informazioni sul rispetto dei valori obiettivo finalizzate anche a definire eventuali misure di intervento di medio e lungo periodo sul territorio per sopperire alle carenze, necessitano dei dati per tenere sotto controllo la spesa. Infine, secondo l'impianto dei Lep da noi prospettato, dovrebbero affluire a livello centrale le informazioni utili per verificare il rispetto dei livelli nelle singole Regioni e agevolare la rapida attivazione di poteri sostitutivi nei casi in cui se ne riscontra la necessità.

Nel modello di Lep da noi prospettato, che prevede per ogni singola prestazione l'identificazione di indicatori di prestazione e di capacità di offerta e dei valori da raggiungere, per monitorare efficacemente il concreto rispetto dei livelli occorre potenziare il sistema informativo sanitario. Il SIS da realizzare, integrato a livello centrale, deve prevedere la raccolta di tutti i dati previsti dagli indicatori di prestazione e di capacità di offerta, per permettere di verificare su una determinata Regione, ASL o struttura, il rispetto o meno dei valori obiettivo definiti in sede di Lep. Gli indicatori previsti nei Lep andrebbero a sostituire l'insieme di indicatori previsti dal decreto mini-

steriale del 12 dicembre 2001. Il set di dati da raccogliere, ed i connessi strumenti di rilevazione, dovrebbero essere predisposti successivamente alla definizione dei Lep ed adeguati nei casi di inserimento successivo di nuovi indicatori.

I dati, raccolti mediante una procedura telematica decentrata a livello di singola struttura, dovrebbero essere trasmessi dalle singole aziende e dovrebbero confluire in una banca dati telematica dalla quale sia possibile estrarli con livelli diversi di disaggregazione. I dati devono essere uniformi e disponibili ad intervalli regolari di tempo, ovvero con cadenza almeno annuale, e con la maggiore tempestività possibile. Alle ASL, alle Regioni ed al Ministero deve essere possibile accedere ai dati relativi alle strutture che rientrano nel territorio di propria competenza.

Un SIS così costruito permetterebbe di verificare in prima battuta a livello aggregato il rispetto dei valori obiettivo definiti in sede di Lep e successivamente, per gli indicatori che presentano valori effettivi inferiori, sarebbe possibile individuare, passando a livelli di dettaglio successivi, quali sono le unità che non rispondono agli *standard* individuati e se, su un determinato territorio, sia possibile riequilibrare in qualche modo la domanda e l'offerta di una determinata prestazione. Un simile sistema informativo permetterebbe anche di analizzare le possibili cause degli scostamenti.

Il SIS dovrebbe essere basato sul coordinamento e sull'integrazione tra i sistemi informativi esistenti ed in corso di progettazione e realizzazione a livello di Regioni, ASL, strutture sanitarie. L'esigenza di omogeneizzare i dati raccolti deve essere temperata con la necessità di valorizzare i sistemi informativi, gli investimenti in infrastrutture e in *know-how* già realizzati a livello di Regione, ASL, AO, visto che in molti casi gli stessi sono stati o sono in via di integrazione con sistemi per fornire migliori servizi ai cittadini. L'integrazione richiede sia interventi di tipo infrastrutturale che un processo di omogeneizzazione dei formati e dei moduli di raccolta ed archiviazio-

ne dei dati. Il processo sarà realizzato gradualmente, anche se per il completamento dello stesso devono essere previste delle fasi e tempi da rispettare.

In prospettiva, il sistema informativo dei Lep del sociale dovrebbe assumere una fisionomia simile a quella che esso ha assunto nel settore sanitario. Infatti, ambedue i sistemi dovrebbero fondarsi su una omogeneizzazione dell'informazione primitiva ed, in particolare, della cartella sanitaria o sociale all'interno della quale per ogni prestazione richiesta venga individuata la persona che ne usufruisce, la malattia o il bisogno sociale a cui si riferisce e la terapia o forma di sostegno che venga adottata. Nella cartella dovrebbero essere riportate anche informazioni sulla qualità della prestazione resa (tempo d'attesa, distanza dall'abitazione del luogo di fruizione, ecc.), sull'impegno di spesa che essa comporta per l'amministrazione e sul livello di contributo finanziario richiesto al destinatario in relazione alla sua situazione ISEE. Queste cartelle dovrebbero essere informatizzate e collegate per via telematica con una banca dati statale, accessibile anche dagli altri livelli di governo, ma predisposta in modo da garantire la massima protezione della riservatezza.

Nel caso in cui, per l'impossibilità di rendere esigibile una prestazione ad un livello essenziale o per l'assenza di un sistema di monitoraggio dell'osservanza dei livelli delle prestazioni, occorra far ricorso agli indicatori della capacità d'offerta, il loro rispetto potrebbe essere verificato attraverso i modelli di bilancio preventivo e consuntivo utilizzati dalle Regioni e dagli Enti locali (opportunamente rivisti) che mettano in evidenza la quantità di risorse assegnate rispettivamente alle politiche sanitarie e sociali. Inoltre, questi documenti contabili dovrebbero essere arricchiti di un quadro di indicatori sulla capacità di offerta che ricalchino quelli previsti nella normativa statale sui Lep e dovrebbero essere fatti pervenire telematicamente all'inizio e al termine di ogni esercizio finanziario ad una banca dati appositamente costituita a livello statale presso le amministrazioni statali che si occupano delle politiche di settore.

Per il monitoraggio dei piani di intervento straordinario finanziati con risorse aggiuntive statali, le informazioni dovrebbero essere raccolte in relazione agli stati di avanzamento dei singoli progetti con modalità e termini fissati all'interno di ciascuno degli accordi di programma (accessivi a questi piani) che dovrebbero essere stipulati tra lo Stato e le amministrazioni beneficiarie. Anche la raccolta di questi dati dovrebbe avvenire attraverso modelli informatizzati, che dovrebbero essere telematicamente connessi ad una banca dati statale.

I sistemi informativi per i Lep dovrebbero essere collegati a quelli che alimentano il processo di programmazione e gestione dei servizi a livello regionale e locale e a quelli che si occupano di monitorare la spesa pubblica. Questo collegamento deriva dal fatto che questi sistemi condividono (parzialmente) lo stesso patrimonio informativo. Invece, dal punto di vista funzionale essi rispondono a finalità (in parte) diverse che devono convivere tra loro attraverso un sistema di obblighi e crediti informativi. E dal punto di vista della titolarità fanno riferimento a soggetti differenti. Da un lato, il sistema informativo dei Lep rientra nella competenza esclusiva dello Stato, mentre quello per la programmazione e la gestione dei servizi orbita all'interno di quella regionale. Peraltro, nel settore sanitario lo Stato deve essere messo nella condizione di svolgere le proprie perduranti competenze di indirizzo generale in materia e, in quello assistenziale, deve essere in grado di definire e realizzare delle azioni di sostegno all'autonomia. Dall'altro lato, il sistema informativo per il monitoraggio della spesa fa capo al Ministero dell'economia, mentre quello dei Lep serve rispettivamente il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e quello della salute.

Il coordinamento complessivo dei sistemi informativi dei Lep è di competenza dello Stato, il quale dovrebbe esercitare questa funzione attraverso intese con gli altri livelli di governo, ma senza che ciò comporti una necessaria concertazione. Queste modalità di relazione tra livelli di governo di tipo cooperativo potrebbero essere affiancate da altre di tipo incentivante o autoritativo. Infatti, da una

parte, la realizzazione dei sistemi informativi regionali sanitari o sociali potrebbe essere considerata alla stregua di un intervento di tipo infrastrutturale oggetto di finanziamento attraverso risorse aggiuntive. Da un'altra parte, rappresentando il sistema informativo dei Lep un presupposto essenziale per la tutela dei diritti sociali, la mancata osservanza delle disposizioni statali in merito alla sua realizzazione potrebbe essere oggetto di un intervento sostitutivo statale.

3. *Conclusioni*

Il welfare italiano deve essere rivisto e aggiornato, perché è incompleto, frammentario e non riesce a fornire sufficienti tutele e coperture ai nuovi bisogni e ai nuovi rischi che persone e famiglie incontrano nella società di oggi.

Le riforme introdotte nei sistemi della sanità e dei servizi sociali durante la scorsa legislatura, e la costituzionalizzazione della previsione di livelli essenziali delle prestazioni, devono indurre una riflessione che consenta di superare le precedenti nozioni che relegavano le prestazioni offerte in queste materie a quella dei diritti «finanziariamente condizionati», con la conseguenza di rendere incerta la loro concreta fruizione e comunque di subordinare completamente la politica sociale e sanitaria alle scelte compiute annualmente in sede di legge finanziaria. Questo esito riduttivo è quello realizzatosi con le previsioni delle leggi finanziarie susseguitesi dal 2002 che hanno esteso il controllo del Ministro dell'economia fino a consentirgli il potere di interdizione, attraverso la previsione del suo concerto, nella individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni in materia sociale e sanitaria.

Le prestazioni del welfare sono state così disciplinate solo ed esclusivamente in un'ottica di contenimento e di taglio dei costi, con l'effetto di squilibrare il rapporto tra risorse e prestazioni e di rendere le seconde completamente dipendenti dalle prime, determinate senza tenere conto dei bisogni e delle esigenze e privilegiando altri settori di intervento rispetto al welfare.

Un corretto rapporto tra risorse e prestazioni deve invece essere determinato all'interno di una politica del welfare che individui i diritti da garantire e le prestazioni da rendere e individui, quindi, le risorse finanziarie necessarie per la realizzazione di quella politica, rendendo chiare le priorità e assumendosi la responsabilità di indicare i servizi che possono essere resi e quelli per i quali, invece, le risorse disponibili non sono sufficienti.

La politica del governo di centrodestra si è invece incentrata su una serie di tagli indiscriminati e non selettivi, spesso addirittura *ex post* (come con il c.d. decreto taglia-deficit), con il doppio risultato negativo di peggiorare le condizioni dei servizi sociali e ridurre le prestazioni e la loro qualità, senza peraltro ottenere risultati apprezzabili sul piano degli equilibri di finanza pubblica.

Questo indirizzo ha riportato indietro di decenni la faticosa modernizzazione di un welfare fondato su servizi sociali e sanitari nel nostro Paese, le cui basi erano state poste sia dalla richiamata legislazione di riforma del 1999-2000, sia dalla prevista istituzione di un unico ministero che ricomprendesse le funzioni relative al lavoro, alla sanità ed alle politiche sociali, emancipando queste politiche dal condizionamento finanziario quale unica variante di fondo nelle scelte da adottare.

Per invertire questo orientamento controriformatore e soprattutto sviluppare gli interventi e le politiche volti a realizzare un'apposita strumentazione organizzativa e funzionale preordinata alla individuazione dei livelli essenziali e, ancor di più, a connettere più strettamente l'individuazione dei livelli con la concreta tutela degli utenti, fino al punto di rendere «giustiziabile» il comportamento omissivo degli enti obbligati ad offrire i servizi nelle aree comprese nei livelli essenziali e, quindi, effettivamente «esigibile» la prestazione.

Qui sta una delle conseguenze fondamentali della costituzionalizzazione dei Lep. Se infatti la legislazione degli anni Novanta del secolo scorso aveva inizialmente indicato i livelli come «minimi» di tutela (ad es. nell'art. 1, comma 1, lett. g), della legge n. 421/1992 contenente la de-

lega per la riforma sanitaria), giustificando implicitamente l'indicazione «quantitativa» del servizio offerto e quindi attribuendo rilevanza al condizionamento finanziario, il legislatore costituzionale, in ciò seguendo gli esiti dell'evoluzione della legislazione ordinaria (sia nel d.lgs. n. 229/1999 e nel relativo Piano sanitario, che nella legge n. 328/2000), ha scelto di coniugare i livelli essenziali, conferendo allo Stato la competenza esclusiva per la loro individuazione quale garanzia dell'uguaglianza, con la nozione dei diritti sociali, anch'essi per la prima volta indicati in un testo di rango costituzionale.

Questa novità, in quanto prevista in Costituzione, non può rimanere senza conseguenze, pena la riduzione della scelta del legislatore costituzionale a pura disciplina della allocazione delle competenze tra Stato ed enti di autonomia.

Inoltre, la distinzione tra livelli minimi ed essenziali era stata esplicitata nel Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, che individuava questi ultimi come «i livelli di assistenza che, in quanto necessari (per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione) ed appropriati (rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino sia alle modalità di erogazione delle prestazioni), debbono essere uniformemente garantiti su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute».

L'evoluzione recente della legislazione ordinaria e della stessa giurisprudenza, compresa quella costituzionale, confermano che la nuova disciplina dei livelli essenziali costituisce un punto di svolta anche e soprattutto in riferimento alla tutela di posizioni soggettive degli utenti. In questo senso, rilevano gli esiti giurisprudenziali che a partire dalla sentenza n. 500/1999 della Corte di cassazione e fino alla legge n. 205 del 2000 hanno segnato il definitivo abbandono del criterio di riparto della giurisdizione fondato sulla distinzione tra diritti soggettivi e interessi legittimi, e aperto la via alla tutela risarcitoria in presenza

di danni causati da «illegittimo esercizio della funzione pubblica».

Questa tendenza è anche ben presente nella legge n. 328/2000, che all'articolo 2, reca il titolo «diritto alle prestazioni» e indica i soggetti titolari di tale diritto. In secondo luogo, il diritto ad usufruire delle prestazioni e dei servizi sociali si estende ad un'area applicativa più ampia di quella indicata dall'articolo 38 della Costituzione.

Per quanto poi attiene al contenuto dei diritti, si osserva che l'elaborazione cui si è giunti, anche in sede di giustizia costituzionale con particolare riferimento al diritto alla salute, offre alcuni spunti idonei a favorire anche l'accesso alla giurisdizione in caso di inerzia degli enti tenuti all'erogazione dei servizi, oltre all'attivazione dei rimedi interni all'amministrazione previsti dalle carte dei servizi. La Corte costituzionale ha infatti più volte, anche antecedentemente alla costituzionalizzazione dei livelli essenziali, dichiarato illegittime le norme regionali che non consentivano alcun concorso nelle spese da parte regionale per il ricovero, anche presso strutture private non convenzionate, per prestazioni di comprovata gravità ed urgenza, che non rendano possibile ottenere la preventiva autorizzazione da parte della Regione. In questa assoluta impossibilità di deroga alla ordinaria autorizzazione per l'accesso alla assistenza indiretta la Corte ha identificato una violazione del diritto alla salute, che deve prevalere nel bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti, quali quelli derivanti dai vincoli di bilancio e dalla programmazione finanziaria, quando l'intervento sanitario sia assolutamente indispensabile ed urgente (sentt. nn. 509/2000; 309/1999; 267/1998). Inoltre la stessa Corte di cassazione ha riconosciuto il diritto del cittadino al rimborso per cure ottenute all'estero, quando l'assistito versi in condizioni tali da far temere per la sua vita e non sia possibile ottenere assistenza tempestiva dalle strutture del servizio sanitario nazionale. In questi casi il diritto soggettivo alla salute non tollera l'affievolimento che si verifica ordinariamente quando spetta alla Regione l'autorizzazione a tali cure, che può essere rilasciata o negata

tenendo conto di valutazioni discrezionali che si estendono al profilo della disponibilità finanziaria.

Muovendo da questi principi e dal richiamo ai diritti sociali in connessione con i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale, può ritenersi che, sul versante dell'utente, ciò comporti l'identificazione di una situazione soggettiva diretta ad ottenere prestazioni o servizi che assicurino la soddisfazione degli stati di bisogno considerati nell'ambito degli atti preordinati all'indicazione dei livelli essenziali. Ciò non significa, evidentemente, frustrare l'autonomia degli enti erogatori che, specie nell'ambito dei servizi sociali, conservano la loro capacità discrezionale nell'offerta di determinate prestazioni. Quel che si intende invece sanzionare, consentendo l'accesso alla giurisdizione da parte del cittadino utente, è invece l'inerzia degli enti erogatori in ambiti di intervento compresi nei livelli essenziali.

Se l'esercizio dei poteri sostitutivi costituisce il rimedio interno al complesso delle amministrazioni coinvolte, in presenza di inerzia ingiustificata, un analogo strumento, fondato sulla medesima identificazione delle nuove posizioni soggettive tutelabili connesse ai livelli essenziali deve essere offerto sul lato dell'utenza.

In questo senso sembrano profilarsi due possibili tipologie di tutela a garanzia degli utenti con riferimento alle pretese alle prestazioni sociali.

La prima muove dalla natura stessa dei livelli essenziali. Essi, infatti, in ragione della loro implicita correlazione con i bisogni per i quali le prestazioni sono fornite, non possono limitarsi a stabilire un mero catalogo dei servizi da fornire, come se si trattasse di stabilire livelli minimi da garantire, ma devono assumere anche un valore misurabile idoneo a soddisfare i bisogni che si assumono meritevoli di tutela. Si ricava da ciò che i livelli essenziali debbano avere tra i loro elementi costitutivi anche un valore concreto che funge da *standard*, il valore presunto per il quale, una volta raggiunto, una certa prestazione è in grado di soddisfare con un alto grado di pro-

babilità quel determinato bisogno. Tale *standard* costituisce, appunto, il valore essenziale di soddisfazione del bisogno.

Se, dunque, i livelli essenziali non possono mancare di tale requisito, risulta agevole dimostrare che i livelli essenziali danno forza non solamente ai diritti collegati alle pretese relative alle prestazioni sociali, ma costituiscono il parametro anche della qualità delle prestazioni sociali. In altre parole, i livelli essenziali costituiscono un vincolo che attiene non solamente a «cosa» i soggetti responsabili delle prestazioni devono fornire, ma anche «come» ciò deve essere fornito.

Negli anni novanta queste forme di tutela alla qualità della prestazione hanno trovato espressione concreta nelle carte di servizio, che, tuttavia, a dieci anni dalla loro previsione, hanno dato un esito complessivamente deludente. Il punto debole della costruzione delle carte di servizio è consistito prevalentemente nella loro scarsa effettività, laddove si è rimesso ai singoli gestori la facoltà di adottarle e di indicare anche gli *standard* e le misure di indennizzo a favore degli utenti. Nell'unico settore, invece, in cui pacificamente si registrano risultati positivi, quello dell'energia elettrica, si vede che l'autorità di settore non si è limitata a definire meri schemi di carte di servizio o a dare indicazioni di massima su ciò che deve essere inteso per diritto alla qualità delle prestazioni, ma è invece intervenuta direttamente a fissare sia alcuni *standard* di qualità, sia le eventuali misure di indennizzo per i servizi che l'autorità ha ritenuto particolarmente meritevoli di salvaguardia. Questi interventi avvenuti con provvedimenti di natura amministrativa hanno reso effettivi i diritti alla qualità delle prestazioni di quel settore, pur restando fermo il dovere per i singoli gestori di adottare carte di servizio pubblico che contengano *standard* aggiuntivi rispetto a quelli individuati dall'autorità di settore oppure gli stessi, ma con valori non inferiori a quelli definiti dall'autorità pubblica di riferimento.

Se ne deduce che, dovendo i livelli essenziali essere composti anche da valori *standard* ed essendo dunque in

grado di dare concretezza ai diritti alla qualità delle prestazioni, il loro carattere vincolistico condiziona le prestazioni fornite dai singoli soggetti legittimati a erogare i servizi assistenziali o sanitari, in modo tale che, se essi non garantiscono quel valore indicato nei livelli essenziali, siano chiamati a risponderne sia con misure di indennizzo preventivo, sia con altre forme di responsabilità. Si ricostruirebbe dunque uno schema simile a quello che si è visto nel settore elettrico, in cui l'effettività dei diritti alla qualità sarebbe assicurata dal carattere precettivo e inderogabile dei livelli essenziali, che poi dovrebbero essere recepiti obbligatoriamente nelle carte di servizio. In questo modo verrebbe così offerto uno strumento di tutela importante per gli utenti: in parte, perché esso verrebbe azionato direttamente dagli utenti quando gli *standard* da essi immediatamente verificabili non siano rispettati e, in parte, perché si tratterebbe di una tutela pregiudiziale e preventiva e dunque più facilmente accessibile di quella di natura giurisdizionale.

L'altra forma di tutela che i livelli essenziali, delineati nel modo fin qui descritto, sembrano assicurare viene garantita attraverso i mezzi giudiziari. In questa categoria di tutela sembrano consolidarsi due fattispecie in cui il giudice tende a tutelare il carattere giuridicamente vincolante dei livelli essenziali. Il primo riguarda prevalentemente le scelte riguardanti il passaggio dei farmaci da una fascia all'altra, perlopiù si tratta di casi in cui i farmaci passano dalla fascia a totale rimborsabilità a quella a parziale o nulla rimborsabilità. In questi casi è stato riconosciuto agli utenti un vero e proprio diritto all'annullamento di questi provvedimenti dispositivi sulla base del presupposto che tali scelte erano operate al fine di ottenere meri risparmi di spese, senza che fosse svolta adeguata istruttoria e valutazione sull'appropriatezza dei farmaci in considerazione.

L'altra fattispecie, in verità, assume la tutela degli utenti in modo indiretto. Si tratta, infatti, di tutte quelle controversie che sono promosse non dagli utenti, ma dai soggetti che erogano prestazioni (quasi sempre) sanitarie, sulla base del loro interesse economico a opporsi a provvedi-

menti che hanno escluso determinate prestazioni dai livelli essenziali determinandone nel contempo anche l'esclusione dal rimborso del servizio sanitario. In queste ipotesi, ovviamente, il collegamento dei diritti degli utenti con i livelli essenziali è solamente indiretto; tuttavia, in qualche caso, il giudice ha annullato questi provvedimenti impugnati in ragione della insufficiente valutazione circa l'appropriatezza della cura a soddisfare specifiche patologie.

In tutte queste ipotesi il giudice si esime ovviamente dal dare un proprio giudizio circa l'appropriatezza di certe scelte che escludono determinate prestazioni dai livelli essenziali, ma ciò non gli impedisce di verificare che il procedimento con il quale si provvede a tali determinazioni sia accurato nell'istruttoria e comunque svolto al fine di verificare effettivamente l'appropriatezza della cura che si vuole escludere dai livelli essenziali. Questo parametro di verifica talvolta risulta prevalente rispetto a quello attinente alla ragionevolezza collegata al risparmio delle risorse economiche, in adesione a una lettura dei livelli essenziali maggiormente ancorati ai diritti sociali. Naturalmente, nel caso del giudice amministrativo, questo non può che avvenire in una forma così obliqua con l'utilizzo del parametro dell'appropriatezza della cura, ma nondimeno essa sembra offrire un valido sostegno alla esigibilità dei Lep.

La previsione costituzionale relativa ai Lep introduce quindi uno strumento assai efficace sia per l'elaborazione di articolate e concrete politiche di welfare, sia per il rafforzamento dei diritti sociali come diritti di cittadinanza da rendere sull'intero territorio nazionale in un quadro di rapporti chiaramente determinati fra governo centrale e governi regionali e locali. Mediante la determinazione dei Lep è possibile via via ridefinire e aggiornare il sistema di welfare, introducendo nuove prestazioni a fronte di nuovi bisogni ed esigenze, ponendo obiettivi di miglioramento qualitativo, consentendo la sperimentazione di forme e strumenti di erogazioni differenziati a seconda dei destinatari e assicurando al contempo l'autonomia e la responsabilità dei diversi livelli di governo.

Il nesso ormai costituzionalmente garantito fra welfare, cittadinanza e federalismo è un tratto caratterizzante dell'ordinamento italiano e costituisce altresì una condizione essenziale della coesione e dello sviluppo del sistema: occorre soltanto che vi siano un Parlamento e un Governo all'altezza del compito.

APPENDICE

GLOSSARIO

Agenda Sociale Europea

Documento redatto dalla Commissione europea nel 2000, e nel dicembre dello stesso anno approvato dal consiglio europeo di Nizza, che formula gli obiettivi europei di contrasto all'esclusione sociali.

Livelli essenziali delle prestazioni

Definizione originariamente introdotta nell'ordinamento italiano con riferimenti al settore sanitario per assicurare standard omogenei su tutto il territorio nazionale. Con la legge 328/2000 i livelli essenziali di assistenza vengono individuati, sebbene in forma ancora programmatica, per il settore del welfare sociale. Nel 2001 vengono inseriti nel testo del riformato art. 117 della costituzione, come competenza esclusiva dello Stato. I successive sentenze della Corte Costituzionale, questa ha affermato che non si tratta di una materia, ma di una funzione trasversale alle materia attribuite in via esclusiva o concorrente a Stato o Regioni.

Metodo di coordinamento aperto

Strumento per diffondere le buone prassi e conseguire una maggiore convergenza verso le finalità principali dell'UE. Tale metodo, concepito per assistere gli Stati membri nell'elaborazione progressiva delle loro politiche, implica la definizione di orientamenti dell'Unione, secondo calendari specifici per il conseguimento degli obiettivi a breve, medio e lungo termine, attraverso: la determinazione di indicatori quantitativi e qualitativi per confrontare le buone prassi; la trasposizione di orientamenti europei nelle politiche nazionali e regionali fissando obiettivi specifici; il periodico svolgimento di attività di monitoraggio, verifica e valutazione inter pares, organizzate nel quadro di un processo di apprendimento reciproco.

Povertà assoluta

Condizione economica di limitata abilità ad acquistare beni o servizi, definita indipendentemente dallo standard di vita medio della popolazione.

ne di riferimento. Viene determinata sulla base di un paniere di beni o servizi ritenuti essenziali, rivalutato negli anni per tener conto della variazione dei prezzi correnti.

Povertà relativa

Limitata abilità ad acquistare beni o servizi, definita relativamente al reddito o al consumo medio o mediano della popolazione di riferimento.

Patto di stabilità

Il Patto di Stabilità e Crescita è il Protocollo del Trattato di Maastricht che impone ai paesi membri che partecipano alla Unione monetaria di mantenere, fra gli altri requisiti, un rapporto deficit/PIL al di sotto del 3%.

Patto di stabilità interno

Il patto di stabilità interno è il meccanismo con cui lo Stato, attraverso la Legge finanziaria, impegna Regioni ed enti locali a mantenere un obiettivo di indebitamento netto tale da consentire al Governo nazionale di rispettare il patto di stabilità e crescita.

Piano nazionale di inclusione

Strumento di programmazione del sistema di protezione sociale che ciascuno Stato membro ha presentato alla Commissione europea nel mese di luglio 2003. Il Piano nazionale di inclusione (Nap/

inc.) è uno degli strumenti previsti dal metodo di coordinamento aperto per realizzare processi di convergenza e/o mutuo apprendimento nel settore delle politiche sociali. A seguito della produzione del Nap/inc., che dovrebbe essere redatto sulla base di target definiti e indicatori per la loro misurazione, ciascuno Stato membro viene coinvolto in un serie di confronti sui suoi contenuti con gli altri paesi e con la Commissione.

Prestazioni sociosanitarie

Tutte quelle prestazioni il cui contenuto integra interventi di tipo sanitario (medico o anche semplicemente infermieristico) con interventi a carattere socio assistenziale. Rappresentano una parte consistente, perché storicamente più consolidata, delle prestazioni sociali: l'assistenza domiciliare integrata ne è un esempio. La loro importanza deriva dal costo maggiore determinato dalla componente sanitaria, sia professionale che strumentale. Va sottolineata la difficoltà di governo nazionale di questa area, causa l'assenza di chiare sedi di coordinamento tra il Ministero della salute e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Attualmente le prestazioni socio sanitarie sono incluse nei LEA sanitari.

Prestazioni pubbliche

Sulla base della classificazione del Sec 95 sono quelle erogate da soggetti che hanno costi di produzione e fornitura di beni e di servizi coperti per meno del 50 per cento dai ricavi.

Prova dei mezzi

Operazione attraverso la quale il soggetto erogatore misura le condizioni reddituale del richiedente la prestazione, al fine di verificarne l'accessibilità o di definire il grado di compartecipazione al costo della prestazione stessa. In Italia un'esperienza su vasta scala per introdurre il criterio delle prova dei mezzi (spesso indicate come prestazioni *means-tested*) è stato realizzato con il d.lgs 109/1998 l'indicatore della situazione economica (Ise).

Reddito minimo di inserimento

Misura sperimentata a partire dal 1998 fino all'anno 2003 in 305 comuni e finalizzata all'attivazione di progetti di reinserimento socio-lavorativo. Destinato ai cittadini italiani (o UE residenti da almeno 12 mesi o extra UE residenti da 3 anni) residenti in uno dei Comuni coinvolti nella sperimentazione. Nella finanziaria per l'anno 2004 il Governo ha previsto una misura denominata Reddito di ultima

istanza, da istituire da parte delle Regioni e cofinanziata dallo Stato.

Sistema informativo

Il complesso delle informazioni, dei soggetti che le producono, gestiscono ed elaborano, e dei flussi tra questi soggetti per la comunicazione di queste informazioni. Il sistema informativo può essere finalizzato sia alla gestione di processi sia per alimentare processi conoscitivi, specialmente a supporto delle funzioni decisionali. Nel settore della sanità il SIS è previsto dalla legge ..., mentre nel settore del welfare sociale è previsto dall'art. ...della legge 328/2000.

Voucher

Titolo di accesso ad una prestazione di assistenza. Il soggetto titolare del voucher accede al sistema di servizi e prestazioni per le quali il voucher è previsto. Tale strumento consente un migliore controllo dell'impiego di risorse, rispetto ai tradizionali trasferimenti economici, perché finalizzabile a determinati servizi (es. voucher per trasporto; voucher sanitari ecc.).

Welfare residuale

Definizione formulata nel 1974 da R. Titmuss per classificare i sistemi di protezione sociale caratterizzati da siste-

mi di garanzia del reddito altamente frammentati lungo demarcazioni occupazionali (tuttavia con talune formule di prestazione più generose, come le pensioni nel caso ita-

liano), dall'assenza di un'articolata rete di protezione minima di base e da un elevato particolarismo sia sul versante delle erogazioni sia sul versante del finanziamento.

LE POLITICHE SANITARIE: APPENDICE STATISTICA

Lo stato di salute della popolazione

Tra gli indicatori maggiormente utilizzati per misurare lo stato di salute della popolazione vi sono l'aspettativa di vita, la mortalità infantile e lo stato di salute auto-percepito. Dall'ultimo rapporto OCSE sulla sanità (2003) si evidenzia come le condizioni generali di salute della popolazione siano notevolmente migliorate negli ultimi 40 anni (tab. 1).

L'evoluzione delle condizioni di vita, gli interventi massicci del settore pubblico nel campo della sanità, uniti ai progressi in campo medico quali la disponibilità di cure sempre più appropriate, l'utilizzo di strumenti di diagnostica avanzata e il maggiore ricorso a interventi chirurgici hanno contribuito ad accrescere notevolmente l'aspettativa di vita in tutti i paesi OCSE, che è salita per l'intera popolazione da 68,5 anni nel 1960 a 77,2 anni nel 2000 (+8,7 anni). Più in dettaglio, l'aspettativa media di vita al momento della nascita è oggi di 74,2 anni per gli uomini e di 80,1 anni per le donne. I maggiori incrementi nella vita attesa si sono riscontrati, dal 1960 al 2000, nei paesi che partivano dai valori più bassi, quali la Corea (+23,1 anni), la Turchia (+19,8 anni), il Messico (+ 16,6 anni).

L'aspettativa di vita per l'Italia è oggi di 79,4 anni (76,3 per gli uomini e 82,4 per le donne), circa due anni in più rispetto alla media OCSE. In media la vita media attesa nel nostro paese si è accresciuta di quasi 10 anni dal 1960 ad oggi e questo incremento è stato il sesto più elevato in ambito OCSE. Negli altri paesi europei l'aspettativa di vita varia tra 77,4 (Slovacchia) e 82,7 anni (Spagna e Francia) per le donne e tra e 69,2 (Slovacchia) e 77,4 anni (Svezia) per gli uomini.

Non si rileva una vita media attesa più lunga nei paesi in cui la spesa sanitaria pro-capite è superiore a quella media (Stati Uniti, Svizzera, Norvegia, Francia).

Il tasso di mortalità infantile si è fortemente ridotto negli ultimi 40 anni, anche grazie al diffuso aumento del reddito ed al più ampio accesso ai servizi sanitari a sostegno della gravidanza,

del parto e della prima infanzia. Nei paesi OCSE muoiono oggi, in media, entro il primo anno di vita solo 6,5 bambini su 1000, rispetto ai 36,4 del 1960.

In Italia il tasso di mortalità infantile è nel 2000 del 4,5 per mille e questo valore è pari a circa un decimo del valore del 1960 di 43,9 bambini morti nel primo anno di vita ogni 1.000 nati. Il tasso attuale è in linea con quello di altri paesi europei (Francia, Germania, Austria, Belgio) ed è più contenuto rispetto a quello degli Stati Uniti (6,2 per mille), anche se quest'ultimo dato potrebbe risultare sovrastimato poiché negli Usa, in Canada ed in alcuni paesi Scandinavi sono registrati come vivi anche i nati molto prematuri, che presentano ridotte possibilità di sopravvivenza.

Lo stato di salute auto-percepito è un indicatore soft che si sta diffondendo a livello internazionale per avere una indicazione di sintesi che tenga anche conto di fattori qualitativi e del disagio che le malattie croniche e le invalidità arrecano alla popolazione.

I valori sono ricavati mediante sondaggi sulla popolazione, ponendo il quesito «Come è la tua salute in generale?», e prevedendo cinque possibili risposte: «Molto buona, buona, normale, cattiva o molto cattiva». Alcuni studi hanno dimostrato che le risposte date a questi sondaggi si sono successivamente rivelate in linea con l'utilizzo dei servizi sanitari e con i tassi di mortalità. Si ritiene pertanto che questo indicatore, pur risentendo di alcune differenze culturali tra i paesi OCSE che influiscono sull'atteggiamento e sulle aspettative nei confronti della propria salute, fornisca una misura sintetica utilizzabile per valutare lo stato di salute della popolazione.

In 11 paesi OCSE su 26 per i quali i dati sono disponibili, oltre il 75% della popolazione ha dichiarato che la propria salute è buona o molto buona. Negli Stati Uniti, in Canada e in Nuova Zelanda e Irlanda, questa percentuale sale ad oltre l'85%.

Al contrario, in Portogallo, Giappone e Corea ed in alcuni paesi dell'Europa Orientale come la Slovacchia, l'Ungheria e la Polonia, meno della metà degli intervistati ha dichiarato di essere in buona salute. Alcuni risultati sono singolari e sono presumibilmente legati a fattori culturali; ad esempio, in Giappone, ove la vita media attesa è tra le più elevate (81,2 anni), solo il 40% della popolazione considera il suo stato di salute almeno buono.

In Italia solo il 60,6% degli intervistati ha dichiarato di es-

TAB. 1. *Lo stato di salute della popolazione nei paesi OCSE*

	Aspettativa di vita				Mortalità infantile morti per 1.000 nati		Stato di salute auto-percepito % della popolazione che si dichiara almeno in buona salute
	Popolaz. totale 1960	Popolaz. totale 2000	Popolaz. femm. 2000	Popolaz. masch. 2000	1960	2000	
Australia	70,9	79,3	82,0	76,6	20,2	5,2	81,9
Austria	68,7	78,3	81,2	75,4	37,5	4,8	73,5
Belgio	70,6	77,7	80,8	74,6	31,2	4,8	77,2
Canada	71,4	79,4	82,0	76,7	27,3	5,3	88,0
Corea	52,4	75,5	79,2	71,7	n.d.	6,2	45,9
Danimarca	72,4	76,9	79,3	74,5	21,5	5,3	77,9
Finlandia	69,0	77,6	81,0	74,2	21,0	3,8	67,1
Francia	70,3	79,0	82,7	75,2	27,5	4,6	n.d.
Germania	69,6	77,7	80,7	74,7	35,0	4,4	66,1
Giappone	67,8	81,2	84,6	77,7	30,7	3,2	40,6
Grecia	69,9	78,1	80,6	75,5	40,1	6,1	n.d.
Irlanda	70,0	76,7	79,2	74,2	29,3	6,2	85,7
Islanda	72,9	79,7	81,4	78,0	13,0	3,0	84,6
Italia	69,8	79,4	82,4	76,3	43,9	4,5	60,6
Lussemburgo	69,4	78,1	81,3	74,9	31,5	5,1	n.d.
Messico	57,5	74,1	76,5	71,6	n.d.	23,3	65,2
Norvegia	73,6	78,7	81,4	76,0	18,9	3,8	79,6
Nuova Zelanda	71,3	78,3	80,8	75,7	22,6	5,8	87,8
Paesi Bassi	73,5	78,0	80,5	75,5	17,9	5,1	77,9
Polonia	67,8	73,8	77,9	69,7	56,1	8,1	46,8
Portogallo	64,0	76,2	79,7	72,7	77,5	5,5	31,3
Regno Unito	70,8	77,8	80,2	75,4	22,5	5,6	74,3
Repubblica Ceca	70,7	75,1	78,4	71,7	20,0	4,1	62,2
Slovacchia	70,6	73,3	77,4	69,2	28,6	8,6	35,6
Spagna	69,8	79,1	82,7	75,5	43,7	3,9	69,8
Svezia	73,1	79,7	82,0	77,4	16,6	3,4	73,5
Svizzera	71,6	79,8	82,6	76,9	21,1	4,9	83,2
Turchia	48,3	68,1	70,4	65,8	189,5	39,7	n.d.
Ungheria	68,0	71,5	75,7	67,2	47,6	9,2	43,2
Usa	69,9	76,8	79,5	74,1	26,0	6,9	88,9
OCSE	68,5	77,2	80,1	74,2	36,4	6,5	n.d.

Fonte: OECD Health Data (dati Eurostat sull'aspettativa di vita e sulla mortalità infantile per i 22 paesi Europei).

sere in uno stato di salute almeno buona, contro il 66,1% della Germania, il 69,8% della Spagna e il 74,3% del Regno Unito.

La spesa sanitaria tra pubblico e privato

L'ammontare della spesa sanitaria, sia in termini complessivi che pro-capite, varia ampiamente tra i diversi paesi OCSE riflettendo differenze nei prezzi, nei quantitativi e nella qualità delle prestazioni sanitarie ricevute e nei farmaci utilizzati nonché delle modalità di organizzazione dei sistemi sanitari e di finanziamento degli stessi.

Dal 1990 al 2001 la spesa sanitaria è cresciuta a tassi più elevati del prodotto interno lordo in tutti paesi OCSE, come confermano gli ultimi dati OCSE sulla sanità, pubblicati a ottobre 2003 e riferiti al 2001, che è l'ultimo anno per il quale sono disponibili dati confrontabili. A fronte di un tasso di crescita medio annuo del PIL pari al 2,1% la spesa sanitaria è cresciuta del 3,4% (tab. 2), con punte del 7,4% in Corea e del 6,7% in Irlanda, paesi dove il tasso medio di crescita del PIL è stato superiore a quello medio.

In Italia l'incremento medio annuo del PIL nel periodo considerato è stato pari al 1,4%. La spesa sanitaria è cresciuta in media dell'1,9%, valore ben inferiore a quello medio dei paesi OCSE, anche se comunque più elevato del tasso di crescita del PIL. Il tasso di crescita della spesa sanitaria in Italia è stato comunque inferiore a quello dei maggiori paesi Europei: Regno Unito (4,2%), Spagna (3,4%), Francia (2,5) e Germania (2,0%).

La maggiore crescita della spesa sanitaria rispetto al PIL si traduce in un aumento del peso della stessa: nel 2001 nei paesi OCSE la spesa totale (pubblico e privato) per la sanità è pari all'8,4% del PIL, oltre un punto percentuale in più rispetto al valore del 1990 (pari a 7,3%).

Il paese dove la spesa sanitaria ha la maggiore incidenza sul PIL (fig. 1) sono gli Stati Uniti, con un rapporto di 13,9%, superiore di ben 5 punti percentuali alla media complessiva di 8,4%. Seguono la Svizzera (10,9%) e la Germania (10,7%), primo tra i paesi dell'Unione Europea. La Francia, con un rapporto pari a 9,5% è il secondo paese dell'Unione Europea. In Italia la spesa sanitaria è pari al 8,4% del PIL, valore uguale a quello medio dei paesi OCSE. Regno Unito (7,6%) e Spagna (7,5%) mostrano invece un'incidenza inferiore alla media. In Corea, Slovacchia e Lussemburgo la spesa sanitaria è pari a meno del 6% del PIL.

In tutti i paesi OCSE la sanità è finanziata con un mix di risorse pubbliche e private. La composizione della spesa sanita-

TAB. 2. *Crescita della spesa sanitaria, 1990-2001*

	Tassi di crescita annua% in termini reali, 1990-2001 (1)		Spesa sanitaria in% del PIL		
	Spesa sanitaria	PIL	1990	2000	2001
Australia	3,8	2,4	7,8	8,9	n.d.
Austria	2,6	1,8	7,1	7,7	7,7
Belgio	3,5	1,7	7,4	8,6	9,0
Canada	2,3	1,6	9,0	9,2	9,7
Corea	7,4	5,2	4,8	5,9	n.d.
Danimarca	1,9	1,9	8,5	8,3	8,6
Finlandia	0,5	1,6	7,8	6,7	7,0
Francia	2,5	1,5	8,6	9,3	9,5
Germania	2,0	1,2	8,5	10,6	10,7
Giappone	3,8	1,1	5,9	7,6	n.d.
Grecia	4,0	1,8	7,4	9,4	9,4
Irlanda	6,7	6,2	6,1	6,4	6,5
Islanda	2,8	1,6	8,0	9,3	9,2
Italia	1,9	1,4	8,0	8,2	8,4
Lussemburgo	3,0	3,9	6,1	5,6	n.d.
Messico	4,9	1,4	4,5	5,6	6,6
Norvegia	3,5	2,8	7,7	7,7	8,3
Nuova Zelanda	3,0	1,5	6,9	8,0	8,1
Paesi Bassi	3,1	2,1	8,0	8,6	8,9
Polonia	5,0	3,3	5,3	6,0	6,3
Portogallo	6,1	2,3	6,2	9,0	9,2
Regno Unito	4,2	2,0	6,0	7,3	7,6
Repubblica Ceca	4,1	0,6	5,0	7,1	7,3
Slovacchia	n.d.	n.d.	n.d.	5,7	5,7
Spagna	3,4	2,3	6,7	7,5	7,5
Svezia	2,1	1,5	8,2	8,4	8,7
Svizzera	2,4	0,2	8,5	10,7	10,9
Turchia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Ungheria	2,1	2,6	7,1	6,7	6,8
Usa	3,2	1,7	11,9	13,1	13,9
OCSE	3,4	2,1	7,3	8,1	8,4

Note: (1) Australia, Giappone, Korea, Lussemburgo 1990-2000; Ungheria 1001-2001; Germania 1992-2001. (2) Ungheria 1991; Germania 1992. (3) La media OCSE esclude la Slovacchia e la Turchia. La media 2001 include dati 2000 per Australia, Giappone, Korea, Lussemburgo.

La crescita nella spesa sanitaria e il PIL sono stati calcolati su prezzi costanti 1995.

Fonte: OECD Health Data 2003.

ria influenza i livelli di spesa complessivi, la modalità secondo cui i costi gravano su segmenti diversi della popolazione e l'accesso ai servizi da parte degli utenti. Si sente spesso ripetere

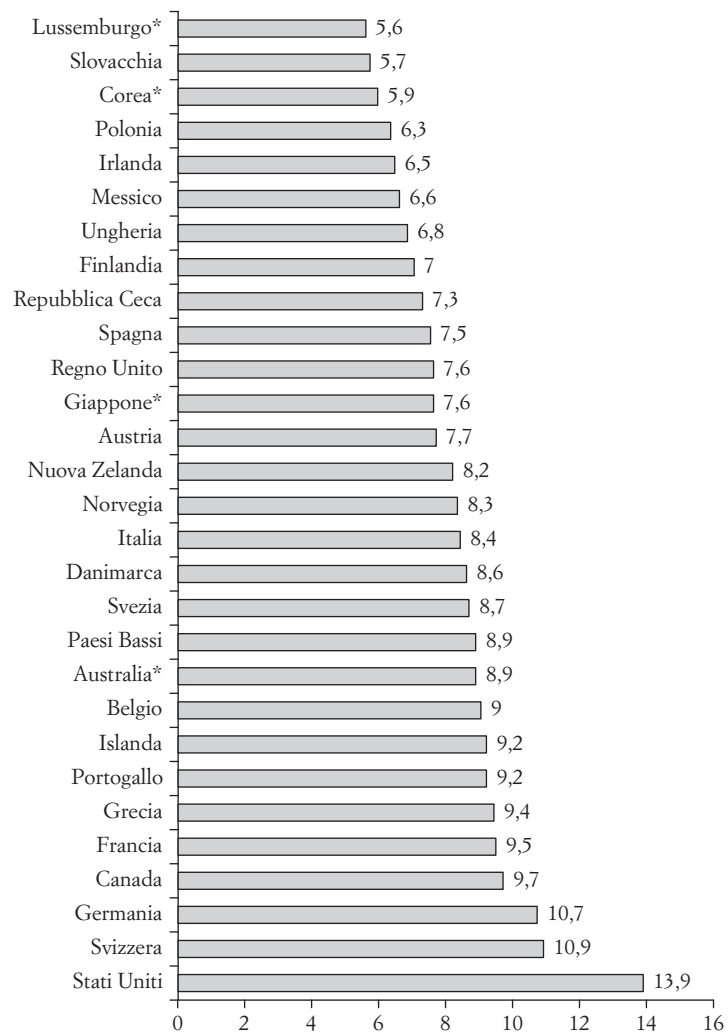


FIG. 1. La spesa sanitaria in percentuale del PIL, 2001.

* Dati 2000.

Fonte: Oecd Health Data 2003.

che la prevalenza di finanziamenti pubblici dei sistemi sanitari contribuisce a rendere il sistema meno efficiente e complessivamente più costoso per la popolazione. Si può invece rilevare come la spesa sanitaria complessiva sia più elevata, sia in termini di% sul PIL che di spesa pro-capite, in paesi, come gli Stati Uniti e la Svizzera, ove la stessa è finanziata in misura maggiore dai privati.

In media, nei paesi OCSE, la Sanità è finanziata per il 72% con risorse pubbliche, ed il valore si mantiene stabile da circa un decennio. Le risorse pubbliche sono la fonte di finanziamento principale (fig. 2) in tutti i paesi OCSE con l'esclusione degli Stati Uniti (44%), del Messico (48%) e della Corea (44%). I dati di questi ultimi due paesi, ove la restante porzione di spesa sanitaria è a carico dei cittadini attraverso pagamenti diretti delle prestazioni ricevute, non sono tuttavia confrontabili con quelli degli altri paesi, poiché la spesa sanitaria pro-capite è di gran lunga inferiore (-75%) a quella media OCSE. Anche in Svizzera la percentuale di finanziamento pubblico (56%) è ben al di sotto della media OCSE.

Negli Stati Uniti il 41% della spesa totale è finanziato con assicurazioni o altre tipologie di risorse private per i quali il costo è ripartito tra i cittadini in relazione al loro personale profilo di rischio e alla storia sanitaria. Al contrario, in Svizzera il 33% della spesa è rappresentata da pagamenti diretti delle prestazioni ricevute.

L'ammontare e la composizione della spesa a carico dei privati (in media il 28% del totale) variano da paese a paese. Nei paesi scandinavi (Danimarca, Norvegia) il finanziamento pubblico è superiore all'80% e la restante porzione è pagata direttamente dai cittadini. In Francia e Germania accanto ad un finanziamento pubblico del 75% vi è un certo grado di diffusione delle assicurazioni private, per cui solo il 10-11% delle prestazioni totali sono pagate direttamente dai cittadini.

In Italia i finanziamenti pubblici rappresentano il 73% del totale delle spese sanitarie. Il 23% dei costi totali è pagato direttamente dai cittadini che ricevono le prestazioni e solo il 4% della spesa è pagato mediante assicurazioni o altre tipologie di fondi privati. Tra gli altri paesi dell'Unione Europea, la Spagna ha una composizione percentuale della spesa simile a quella dell'Italia.

Il ricorso in misura maggiore al privato per il finanziamento del sistema sanitario, in Paesi come gli Stati Uniti e la Svizzera, non si traduce né un minore costo complessivo del siste-

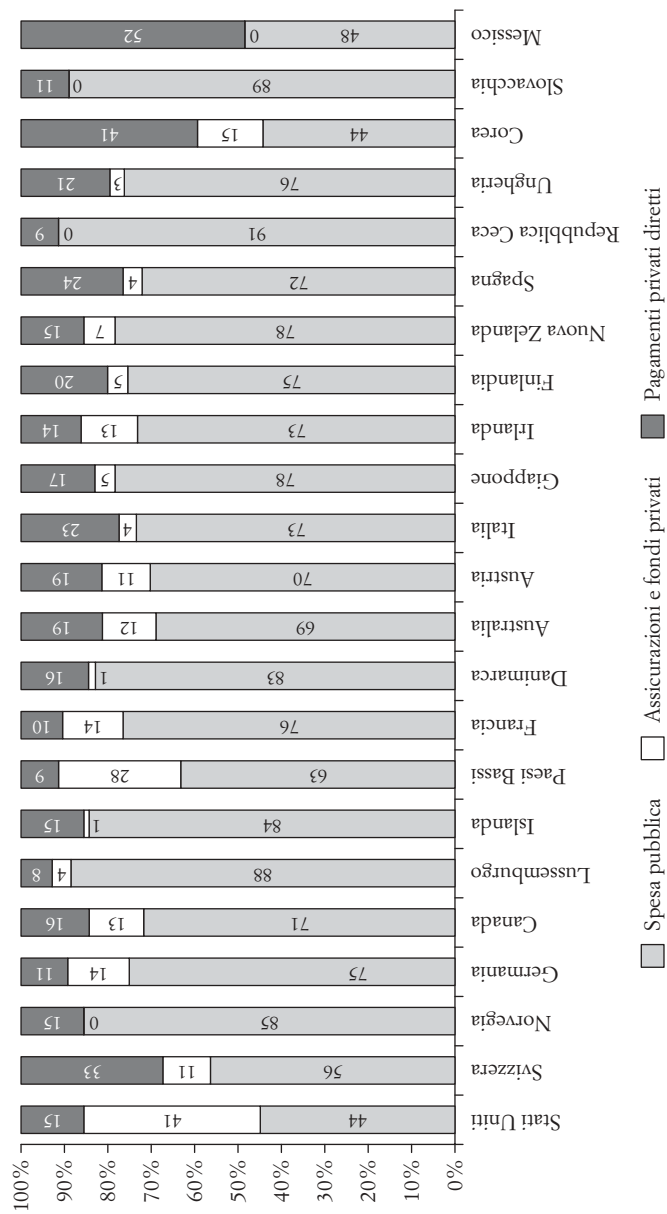


FIG. 2. Ripartizione % della spesa sanitaria per fonte di finanziamento, 2000. I paesi sono presentati in ordine decrescente di spesa sanitaria pro-capite.

Fonte: OECD Health Data 2003.

ma e neanche in un minore costo a carico dello Stato (tab. 3).

Negli Stati Uniti, ove solo il 44,4% del costo della sanità è finanziato dal pubblico, l'incidenza della spesa sanitaria complessiva sul PIL è pari al 13,9% (la maggiore tra i paesi OCSE). Inoltre l'incidenza della spesa pubblica per la sanità è pari al 6,2% del PIL, valore in linea con la media OCSE. Il ricorso al settore privato, e in particolar modo alle assicurazioni, non si traduce quindi in risparmi né per il sistema complessivo né per il settore pubblico. Questo paese ha anche il maggior costo pro-capite della sanità, secondo i dati OCSE sulla spesa pro-capite, calcolati a parità di potere d'acquisto.

A fronte di una spesa media pro-capite OCSE di 2117\$, negli Stati Uniti l'ammontare è di 4.887\$, più del doppio. La spesa pubblica pro-capite è pari in questo paese a 2.170\$, superiore a quella di tutti i paesi OCSE, con l'esclusione dei paesi scandinavi dove però le risorse pubbliche contribuiscono a finanziare oltre l'80% della spesa pro-capite. Si stima che in media ogni cittadino degli Stati Uniti spenda oltre 700\$ l'anno in pagamenti diretti delle prestazioni ricevute, in aggiunta al costo delle assicurazioni e del costo a carico della fiscalità generale che come visto è confrontabile con quello medio degli altri paesi.

In Italia l'incidenza della spesa pubblica per la sanità è pari al 6,3% del PIL, in linea con i valori medi dei paesi OCSE, così come la spesa totale pro-capite (2.212\$) e la spesa pubblica pro-capite (1.666\$). È inoltre da notare che il costo medio pro-capite delle prestazioni pagate direttamente dai cittadini (448\$) è ben inferiore a quello di paesi come gli Stati Uniti o la Svizzera, ove lo Stato copre una percentuale molto inferiore delle spese totali. Il sistema italiano è caratterizzato da un'elevata incidenza della spesa per farmaci (22,3% del totale della spesa).

Anche nel Regno Unito l'incidenza della spesa pubblica per la sanità è in linea con quella media OCSE, anche se la stessa rappresenta oltre quattro quinti (82%) della spesa totale. La spesa pro-capite totale è in questo paese inferiore al valore medio OCSE. Tra gli altri paesi dell'UE, Francia e Germania mostrano un'incidenza della spesa pubblica sul PIL superiore alla media di oltre un punto percentuale (rispettivamente 8,0% e 7,2%), anche la stessa costituisce solo i tre quarti della spesa totale. In Spagna, al contrario, la spesa pubblica per la sanità è pari a solo il 5,4 del PIL.

ТАВ. 3. Аммонitare e composizione della spesa sanitaria nei paesi OCSE (dati relativi al 2001)

	Spesa totale per la sanità, % PIL	Spesa pubblica per la sanità, % PIL	Spesa pubblica per la sanità, % Spesa totale per la sanità	Spesa pro-capite totale per la sanità, US\$, PPP	Spesa pubblica pro-capite per la sanità, US\$, PPP	Spesa privata pro-capite per la sanità, US\$, PPP	Pagamenti diretti pro-capite, US\$, PPP	Spesa totale per farmaci, % Spesa totale per la sanità
Australia	9,2	6,2	68,9	2.513	1.706	807	481	13,8
Austria	7,7	5,3	69,7	2.191	1.488	703	411	15,1
Belgio	9,0	6,4	71,7	2.490	1.785	705	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>
Canada	9,7	6,9	70,8	2.792	1.977	815	<i>n.d.</i>	16,2
Danimarca	8,6	7,1	82,4	2.503	2.062	441	400	8,9
Finlandia	7,0	5,3	75,6	1.841	1.392	449	371	15,7
Francia	9,5	7,2	76,0	2.561	1.946	615	262	21,0
Germania	10,7	8,0	74,9	2.808	2.103	705	299	14,3
Giappone	8,0	6,2	78,3	2.131	1.660	471	353	18,7
Grecia	9,4	5,2	56,0	1.511	846	665	<i>n.d.</i>	14,0
Irlanda	6,5	4,9	76,0	1.935	1.471	464	257	10,3
Islanda	9,2	7,6	82,9	2.643	2.191	452	451	<i>n.d.</i>
Italia	8,4	6,3	75,3	2.212	1.666	546	448	22,3

TAB. 3. (segue)

	Spesa totale per la sanità, % PIL	Spesa pubblica per la sanità, % PIL	Spesa pubblica per la sanità, % Spesa totale per la sanità	Spesa pro-capite totale per la sanità, US\$, PPP	Spesa pubblica pro-capite per la sanità, US\$, PPP	Spesa privata pro-capite per la sanità, US\$, PPP	Pagamenti diretti pro-capite, US\$, PPP	Spesa totale per farmaci, % Spesa totale per la sanità
Messico	6,0	2,7	45,0	536	241	295	280	19,9
Norvegia	8,0	6,8	85,5	2.920	2.497	423	409	n.d.
Nuova Zelanda	8,1	6,2	76,7	1.710	1.306	404	290	n.d.
Paesi Bassi	8,9	5,7	63,3	2.626	1.662	964	232	10,1
Polonia	6,3	4,6	71,9	629	452	177	n.d.	n.d.
Portogallo	9,2	6,3	69,0	1.613	1.113	500	n.d.	n.d.
Regno Unito	7,6	6,2	82,2	1.992	1.637	355	n.d.	n.d.
Repubblica Ceca	7,3	6,7	91,4	1.106	1.011	95	95	21,9
Slovacchia	5,7	5,1	89,3	682	609	73	73	34,0
Spagna	7,5	5,4	71,4	1.600	1.142	458	379	n.d.
Svezia	8,7	7,4	85,2	2.270	1.934	336	n.d.	13,5
Svizzera	11,1	6,4	55,6	3.322	1.897	1.425	1052	10,6
Ungheria	6,8	5,1	75,0	911	683	228	195	30,7
Usa	13,9	6,2	44,4	4.887	2.170	2.717	722	12,4
OCSE	8,4	6,0	72,0	2.117	1.524	593	N.A.	N.A.

Fonte: OECD Health Data 2003.

LE POLITICHE SOCIALI: APPENDICE STATISTICA

Le informazioni di cui si dispone in Europa, anche ai fini di un confronto tra paesi sulla situazione sociale e sulla spesa per protezione sociale deve tenere conto di differenze di rilievo, prima tra le quali il diverso livello di consolidamento di basi di dati tra i diversi settori: i sistemi statistici inerenti il settore sanitario sono tradizionalmente più strutturati di quelli dell'assistenza¹, ed in questa breve rassegna saranno considerati confronti europei. In secondo luogo, con riferimento ai dati sulla situazione sociale, occorre evidenziare come le statistiche italiane e quelle europee non siano allineate sul piano temporale, e se per l'Italia si dispone del dato sulla povertà elaborato dall'ISTAT ciascun anno per l'anno precedente, l'unica sede di confronto di informazioni in Europa sulla povertà è data dal panel europeo delle famiglie che attesta l'ultima offerta di dati al 1999.

Il rischio di povertà in Europa e in Italia

Il «rischio di povertà» in Italia, definito come percentuale di individui con una spesa in consumi equivalente o, alternativamente, un reddito netto equivalente inferiore ad una soglia definita, presenta una scala diversa a seconda della misura e della metodologia utilizzata: l'indicatore comunitario, basato sui redditi, evidenzia un tasso di povertà compreso tra il 18 e il 19%, mentre quello nazionale, basato sui consumi, si situa tra il 12 e il 14%.

¹ Così come anche i dati sulla previdenza, settore che non viene preso in considerazione in questa sede sono ???.

Le diverse metodologie per il calcolo del rischio di povertà²

	Italia
Consumi – metodologia nazionale ^a	13,1
Consumi – metodologia comunitaria ^b	17,3
Redditi – metodologia comunitaria ^b	18,4

Note:

^a La soglia di povertà è definita per una famiglia di due persone ponendola pari alla spesa media pro-capite per consumi della popolazione. La scala di equivalenza è la cd. «scala Carbonaro» che tiene conto solo del numero e non dell'età dei componenti secondo i seguenti coefficienti: 0,60 (famiglia di 1 componente), 1,00 (2 comp.), 1,33 (3 comp.), 1,63 (4 comp.), 1,90 (5 comp.), 2,16 (6 comp.), 2,40 (7 o più comp.).

^b La soglia di povertà è calcolata come il 60% della mediana del reddito netto equivalente della popolazione. La scala di equivalenza è quella nota come «scala Oecd modificata» che assegna i seguenti pesi: 1,0 al primo adulto, 0,5 alle altre persone con 14 o più anni che vivono in famiglia, 0,3 alle persone con meno di 14 anni.

Fonte: ISTAT, *Panel europeo delle famiglie*, Udb 1-5, per i dati sui redditi, *Indagine sui Consumi delle Famiglie* per i dati sui consumi.

Rispetto alla metodologia per definire l'indice *Rischio di povertà* è utile sottolineare come i consumi siano forse una misura migliore di (mancanza di) benessere economico: essi mostrano una maggiore stabilità rispetto alle fluttuazioni del reddito che possono derivare da eventi di natura temporanea (ad esempio la perdita del posto di lavoro)³ e sono meno soggetti al cd fenomeno dell'*under-reporting*, specialmente per un paese con una forte componente di economia sommersa e di redditi evasi. Alla luce di tali considerazione può essere interpretato con maggiore chiarezza lo scarto fra il tasso di povertà calcola-

² Mentre le più recenti statistiche sulla povertà italiana sono aggiornate ai consumi del 2002, il confronto europeo non va oltre l'analisi dei redditi del 1999, proprio per l'esigenza di adeguare l'indagine nazionale alla metodologia comunitaria.

³ Ciò vale a parità di metodologia utilizzata. In realtà, nella differenza tra la metodologia comunitaria e quella nazionale entrano in gioco anche fattori legati alle proprietà statistiche della misura di sintesi della distribuzione (dei redditi o dei consumi) utilizzata nella definizione della soglia di povertà: la mediana, propria della metodologia comunitaria, dipende meno rispetto alla media, propria della metodologia nazionale, di variazioni nelle code della distribuzione.

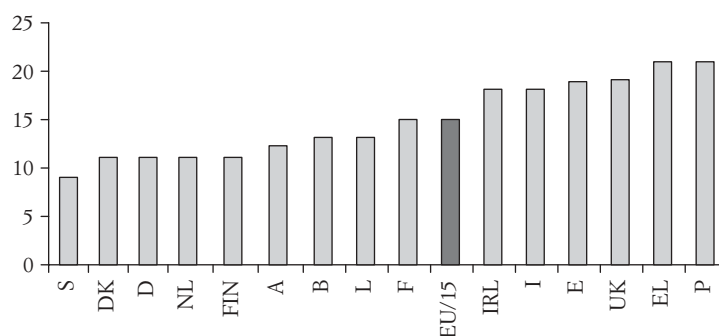


FIG. 1. Tasso di rischio di povertà nei paesi UE - 1999.

to con la metodologia nazionale e quello calcolato con la metodologia comunitaria.

Le informazioni relative all'Italia sono, invece, più recenti, come è stato evidenziato in premessa. I dati presentati nel 2003 dall'ISTAT e inclusi nel *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale* della Commissione di indagine sull'esclusione sociale presentano la situazione nella tabella 1 a pagina seguente.

Il dato ISTAT espresso nella tabella 1 evidenzia un numero di 926.000 famiglie (4,2% del totale), pari a 2 milioni 916 mila individui (5,1% della popolazione) che nell'anno 2002 sono sta all'interno della fascia di povertà assoluta che, quindi «non sono cioè in grado di acquistare molti dei beni che consideriamo essenziali per condurre una vita minimamente dignitosa, conforme agli standard vigenti nel nostro paese. In pratica, non hanno la possibilità di avere una dieta alimentare abbondante e diversificata, risiedono in abitazioni poco confortevoli e talora malsane, fanno fatica ad acquistare con regolarità giornali e libri e sono di fatto costrette a ridurre al minimo gli spostamenti, i viaggi, le comunicazioni distanza»⁴. La soglia di povertà assoluta è stata stabilita per l'anno 2002 in una capacità di spesa media mensile pari a 823 euro (per una famiglia di due persone), mentre la povertà assoluta in una spesa di 574 euro al mese.

⁴ Commissione di indagine sull'esclusione sociale, *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale*.

TAB. 1. *Povert  relativa per ripartizione geografica – anno 2002*

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002
Migliaia di unit�								
Famiglie povere	534	537	363	289	1.766	1.630	2.663	2.456
Famiglie residenti	10.634	10.682	4.304	4.325	7.254	7.263	22.192	22.270
Persone povere	1.339	1.384	1.057	870	5.452	4.886	7.828	7.140
Persone residenti	25.593	25.668	11.061	11.096	20.746	20.734	57.400	57.498
Composizione %								
Famiglie povere	20,1	21,9	13,6	11,8	66,3	66,3	100,0	100,0
Famiglie residenti	47,9	48,0	19,4	19,4	32,7	32,6	100,0	100,0
Persone povere	17,1	19,4	13,5	12,2	69,4	68,4	100,0	100,0
Persone residenti	44,6	44,6	19,3	19,3	36,1	36,1	100,0	100,0
Incidenza della povert� (%)*								
Famiglie	5,0	5,0	8,4	6,7	24,3	22,4	12,0	11,0
Persone	5,2	5,4	9,6	7,9	26,2	23,6	13,6	12,4
Intensit� della povert�**								
Famiglie	17,5	19,3	17,8	20,0	22,9	22,3	21,1	21,4

* *L'incidenza della povert * corrisponde al rapporto tra il numero delle famiglie con spesa media mensile per consumi pari o al di sotto della soglia di povert  e il totale delle famiglie residenti.

** *L'intensit  della povert * misura di quanto in percentuale la spesa media delle famiglie definite povere   al di sotto della soglia di povert .

In relazione alla tendenza degli ultimi due anni si evidenzia una riduzione della povert  assoluta e relativa: diminuisce la povert  relativa per 207.000 unit  (688 mila persone), mentre la povert  assoluta diminuisce per 14.000 (112 mila persone). Questo dato merita un sintetico commento: in parte la riduzione della povert    da collegare alla riduzione dei consumi (quindi ad una riduzione dei consumi pi  forte dell'aumento dell'inflazione) generato dalla situazione di bassa crescita economica (meno dell'1% nel 2002); in parte   da ricollegarsi ad alcune misure, come l'aumento delle c.d. pensioni minime, che vanno ad incidere su una fascia di popolazione – gli anziani – particolarmente colpiti da situazioni di povert .

Quest'ultimo dato mette in luce una caratteristica importante del sistema italiano di protezione sociale, il forte effetto di contrasto alla povert  dei trasferimenti di natura pensionistica. Questo accade perch , in primo luogo, il principale stru-

TAB. 2. *Rischio di povertà prima dei trasferimenti sociali. 1998, 1999 – (valori percentuali)*

	Prima dei trasferimenti sociali (pensioni + trasf. assistenziali)		Prima dei trasferimenti sociali assistenziali (escluse le pensioni)		Dopo i trasferimenti sociali	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
<i>Rip. territoriale</i>						
Nord	31,3	31,4	8,5	7,7	6,7	6,4
Centro	36,7	40,8	15,3	16,5	11,8	13,7
Mezzogiorno	54,2	55,1	38,4	38,8	34,7	35,1
<i>Classe d'età</i>						
0-15	27,3	30,8	24,2	27,2	22,2	25,0
16-24	37,1	36,4	28,3	27,5	24,9	24,8
25-49	27,1	28,5	19,1	19,8	16,9	17,8
50-64	46,2	46,1	18,9	18,1	15,8	15,4
65+	79,9	80,9	18,7	16,7	14,5	13,2
Totale	40,8	42,0	20,9	20,9	18,0	18,4

Fonte: ISTAT, Panel europeo sulle famiglie, Udb 1-7. Anni 1999-2000.

TAB. 3. *Linea relativa e assoluta di povertà per ampiezza della famiglia e scale di equivalenza. Spesa media mensile pro-capite anno 2001 e 2002 (euro correnti per mese)*

Ampiezza della famiglia	Povertà relativa			Povertà assoluta		
	2001	2002	Scala Carbonaro	2001	2002	Scala implicita
1	489	494	0,60	373	383	0,67
2	815	823	1,00	560	574	1,00
3	1.083	1.095	1,33	795	815	1,42
4	1.328	1.342	1,63	1.007	1.032	1,80
5	1.548	1.565	1,90	1.269	1.300	2,27
6	1.759	1.779	2,16	1.462	1.499	2,61
7 o più	1.955	1976	2,40	1.650	1.671	2,95

mento di redistribuzione del reddito – quello fiscale – non riesce ad esprimere effetti significativi per contrastare la povertà, proprio perché i quintili di reddito più basso non sono soggetti a tassazione, e su di essi, di conseguenza, non incidono meccanismi di detrazione o deduzione. In secondo luogo, perché al

di là degli schemi di trasferimento economico, il sistema dei servizi alla persona è strutturalmente carente, e lo è maggiormente proprio nelle aree meridionali del paese dove, com'è noto, il rischio di povertà è maggiore. La conseguenza di tali fattori è, dunque un forte effetto redistributivo dei trasferimenti sociali – specie quelli pensionistici, come si evidenzia nella tabella 2.

Infine, occorre la tabella 3 mette in evidenza la variazione della linea di povertà relativa e assoluta in relazione alla variazione dell'ampiezza del nucleo familiare, sulla base delle scale di equivalenza.

La spesa in protezione sociale

Anche per questo tipo di informazioni occorre precisare che i dati resi disponibili fanno riferimento a basi di dati caratterizzate da differente significatività: la spesa per sanità e previdenza sono ricostruite grazie ai sistemi informativi del Sistema sanitario nazionale e dell'INPS; differentemente (anche se questa quota di spesa rappresenta una componente decisamente minore) è molto difficile ricostruire la spesa per i servizi di assistenza perché questi ultimi sono erogati da sistemi di protezione territoriali tanto diversificati (Comuni singoli, associati, consorzi, zone, delega ad Aziende asl ecc.) da rendere molto difficoltoso ricostruire la rispettiva quota di spesa.

In ogni caso, la spesa italiana per protezione sociale aggregata dall'ISTAT attraverso il sistema Esspross, che comprende tutte le istituzioni, pubbliche e private, è stata nel 2002 pari a 330.265 milioni di euro: il 26,2% del PIL. La quota di spesa per protezione sociale sul totale del reddito è cresciuta rispetto l'anno precedente di circa lo 0,5% (ma anche questa variazione è da addebitare alla minore crescita economica), tuttavia l'Italia spende meno della media degli altri paesi europei (tab. 4). La figura 2 mostra, invece, la distribuzione della spesa sociale pro-capite.

Un ulteriore fattore che differenzia la spesa sociale italiana dal contesto europeo è la distribuzione all'interno delle sue funzioni. Le statistiche Esspross confermano un dato ampiamente dibattuto: la prevalenza della spesa per vecchiaia e superstiti, che consuma il 62,2% del totale della spesa sociale (15,7% del PIL, mentre nella media UE le spese per tali funzioni sono meno della metà del totale, in Italia quasi i due ter-

TAB. 4. Spesa per protezione sociale dei paesi dell'UE

Paese	%
Austria	28,8
Belgio	26,7
Danimarca	28,8
Finlandia	25,2
Francia	29,7
Germania	29,5
Grecia	26,4
Irlanda	14,1
<i>Italia</i>	25,2
Olanda	27,4
Portogallo	22,7
Regno Unito	26,8
Spagna	20,1
Svezia	32,3
UE 15	27,3

Fonte: Eurostat, dati Esspross 2000.

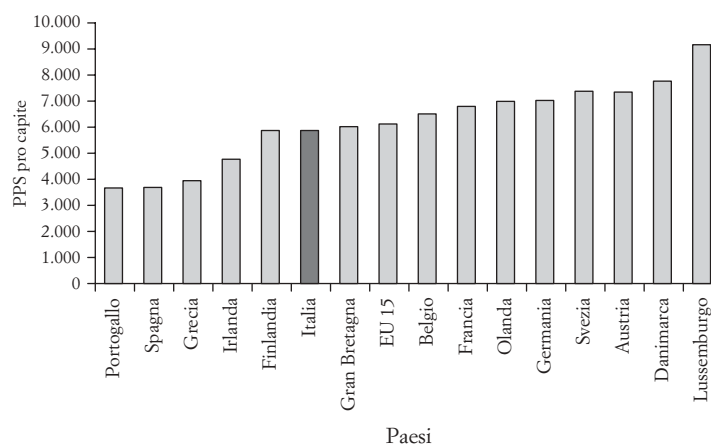


FIG. 2. Spesa sociale pro-capite.

zi) a scapito delle funzioni «famiglia» (la quota sul totale in Italia è meno della metà rispetto a quella media in Europa), «disoccupazione» (la quota italiana poco più di un quarto di quella europea) e «abitazione» ed «esclusione sociale» (in Italia

TAB. 5. *Distribuzione della per protezione sociale dei paesi dell'UE*

Paese	Vecchiaia e superstiti	Malattia/ Sanità	Invalidità	Famiglia/ cura dei figli	Disocc.	Alloggio/ escl. soc.
Austria	48,3	26	8,2	10,6	4,7	2,1
Belgio	43,8	27,3	8,1	8,2	6,3	3,7
Danimarca	38,1	20,2	12	13,1	10,5	6,1
Finlandia	35,8	23,8	13,9	12,5	10,4	3,5
Francia	44,1	29,1	5,8	9,6	6,9	4,5
Germania	42,2	28,3	7,8	10,6	8,4	2,6
Grecia	49,4	26,6	5,1	7,4	6,2	5,4
Irlanda	25,4	41,2	5,3	13	9,7	5,5
<i>Italia</i>	<i>63,4</i>	<i>25</i>	<i>6</i>	<i>3,8</i>	<i>1,7</i>	<i>0,2</i>
Lussemburgo	40	25,2	13,7	16,6	3,3	1,2
Olanda	42,4	29,3	11,8	4,6	5,1	6,8
Portogallo	45,6	30,6	13	5,5	3,8	1,5
Regno Unito	47,7	25,9	9,5	7,1	3,2	6,8
Spagna	46,3	26,6	7,6	2,7	12,2	1,6
Svezia	39,1	27,1	12	10,8	6,5	4,5
<i>UE 15</i>	<i>46,4</i>	<i>27,3</i>	<i>8,1</i>	<i>8,2</i>	<i>6,3</i>	<i>3,7</i>

praticamente irrilevanti). Più in linea con la distribuzione europea invece la quota di spese destinate a sanità e invalidità. Da notare comunque che mentre la quota destinata in Italia a vecchiaia e superstiti, come segnalato, sembra ridursi negli ultimi anni, nella media della UE è in costante seppur lenta crescita sin dal 1993.

IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI SOCIALI DI NIZZA

Nell'ambito del metodo di coordinamento aperto adottato dall'Unione Europea per diffondere le buone prassi e conseguire una maggiore convergenza verso le finalità principali dell'UE acquista una importanza centrale l'utilizzo di strumenti di misurazione che consentano il periodico svolgimento di attività di monitoraggio, verifica e valutazione.

Per tali finalità nel 2001, sulla base di quanto stabilito nell'Agenda Sociale Europea approvata nel Consiglio europeo di Nizza del dicembre 2000, il Comitato di Protezione Sociale ha elaborato un sistema di indicatori (10 indicatori primari e otto secondari) che sono stati approvati durante il summit di Laeken-Brussels del 14 dicembre 2001.

Tali obiettivi vengono utilizzati per monitorare il progresso nella realizzazione degli obiettivi di Inclusione Sociale precedentemente approvati durante il Consiglio Europeo di Nizza, e ciascuno Stato membro imposta il proprio Piano nazionale di inclusione, sia nelle sue componenti di analisi e diagnosi, che nella parte di target tenendo conto dei 18 indicatori.

<i>Primo livello</i>	<i>Secondo livello</i>
1. Rischio di povertà	11. Persistenza del rischio di povertà con soglia di povertà più bassa
2. Persistenza del rischio di povertà	12. Dispersione del rischio di povertà
3. Intensità del rischio di povertà	13. Rischio di povertà con soglia di povertà fissa
4. Disuguaglianza dei redditi – rapporto tra quintili estremi	14. Rischio di povertà prima dei trasferimenti sociali
5. Tasso di disoccupazione di lunga durata	15. Disuguaglianza dei redditi – indice di Gini
6. Famiglie senza lavoro	16. Incidenza della disoccupazione di lunga durata
7. Giovani con basso livello d'istruzione	17. Tasso di disoccupazione di durata molto lunga
8. Speranza di vita	18. Adulti con basso livello d'istruzione
9. Stato di salute auto-dichiarato e condizione economica	
10. Coesione regionale – dispersione regionale dell'occupazione	

Nel primo ciclo dei Piani nazionali di inclusione (Nap), approvati nel luglio 2001 (per il triennio 2001-2003) gli indicatori sono stati poco utilizzati, a ragione della loro recente definizione. Il vero banco di prova sull'uso degli indicatori sono i Nap presentati dai governi nel luglio 2003 (per il triennio 2003-2005). Una valutazione sull'utilizzo verrà messo in luce nel Rapporto congiunto sui Nap che la Commissione Europea deve presentare nei primi mesi del 2004.

I RIFERIMENTI NORMATIVI SUI LIVELLI ESSENZIALI

<i>Anno</i>	<i>Norma di riferimento</i>	<i>Definizione</i>	<i>Ambito</i>
2001	legge cost. n. 3/01	« <i>livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali</i> »	sanità
1978	art. 3, legge n. 833/78	« <i>livelli di assistenza e condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale</i> »	sanità
1992	legge n. 421/92	Delega al Governo per emanare uno o più decreti legislativi per il riordino del sistema, concernente anche la definizione di « <i>livelli di assistenza, uniformi e obbligatori</i> , sono definiti ed espressi per le attività rivolte agli individui in termini di prestazioni, stabilendo comunque l'individuazione di una soglia minima di riferimento, da garantire a tutti i cittadini»	
1992	art. 1, I, co., art. 4 lett. b d.lgs. n. 502/92	«Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del Servizio sanitario nazionale nonché i <i>livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale</i> ed i relativi finanziamenti di parte corrente ed in conto capitale sono stabiliti con il Piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale». « <i>Livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul ter-</i>	sanità

(segue)

<i>Anno</i>	<i>Norma di riferimento</i>	<i>Definizione</i>	<i>Ambito</i>
		ritorio nazionale» (art. 1, I co.) « <i>Livelli uniformi di assistenza sanitaria</i> da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti, rapportati al volume delle risorse a disposizione» (art. 4, lett. <i>b</i>)	
1997	art. 21, legge n. 59/97	« <i>livelli unitari e nazionali</i> di fruizione del diritto allo studio, nonché gli elementi comuni all'intero sistema scolastico pubblico in materia di gestione e programmazione definiti dallo Stato»	istruzione
1998	Piano sanitario nazionale 1998-2001 d.p.r. 23/7/98	« <i>Livelli di assistenza, essenziali, efficaci, appropriati ed uniformi</i> »	sanità
1998	Art. 59, co. 44, l. n. 449/1998 (Finanziaria 1999)	«Interventi per la realizzazione di <i>standard essenziali ed uniformi di prestazioni sociali su tutto il territorio dello Stato</i> 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 ed il trattamento delle tossicodipendenze, l'inserimento e l'integrazione dei cittadini stranieri»	assistenza
1999	d.lgs. n. 229/99	« <i>livelli essenziali ed uniformi di assistenza</i> definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo a specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse»	sanità
2000	art. 9, I co., lett. <i>b</i> , legge quadro n. 328/00	«individuazione dei <i>livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni</i> , comprese le funzioni in materia assistenziale, svolte per i	assistenza

(segue)

<i>Anno</i>	<i>Norma di riferimento</i>	<i>Definizione</i>	<i>Ambito</i>
		minori ed adulti dal Ministero di Giustizia, all'interno del settore penale»	
2000	art. 22, II co., legge quadro n. 328/00	«(...) gli interventi di seguito indicati costituiscono il <i>livello essenziale delle prestazioni sociali</i> erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse già destinate dagli enti locali alla spesa sociale»	assistenza
2001	Piano sociale nazionale 2001-2003 d.p.r. 3/5/01	I livelli essenziali delle prestazioni sono 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 a 1) un insieme di principi generali, ispiratori della legge quadro e alla base della programmazione delle politiche sociali; 2) una griglia articolata su tre dimensioni: aree di intervento; tipologie di servizi e prestazioni; direttrici per l'innovazione nella costruzione della rete degli interventi e dei servizi sociali	assistenza
2001	d.p.c.m. 29 novembre 2001	« <i>livelli essenziali di assistenza</i> » (LEA)	sanità
2002	art. 26 legge n. 289/02	« <i>livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali</i> »	assistenza
2003	art. 1, I co., art. 2 I co., lett. <i>c, b, l</i> , art. 7, I co., lett. <i>a</i> legge n. 58/03	«Al fine di favorire la crescita e la valorizzazione della persona umana, nel rispetto dei ritmi dell'età evolutiva, delle differenze e dell'identità di ciascuno e delle scelte educative della famiglie, in coerenza con il principio di autonomia delle istituzioni	istruzione

(segue)

Anno	Norma di riferimento	Definizione	Ambito
		<p>scolastiche e secondo i principi sanciti dalla Costituzione, il governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei <i>livelli essenziali delle prestazioni</i> in materia di istruzione e di istruzione e formazione professionale» (art. 1, I co.); «l'attuazione del diritto all'istruzione e alla formazione si realizza secondo livelli essenziali di prestazioni definiti su base nazionale a norma dell'art. 117, II co., lett. m» (art. 2, I co., lett. c); «i percorsi del sistema dell'istruzione e della formazione professionale realizzano profili educativi, culturali e professionali, ai quali conseguono titoli e qualifiche professionali di diverso livello, valevoli su tutto il territorio nazionale se rispondenti ai <i>livelli essenziali</i>» (art. 2, I co., lett. b); «i piani di studio personalizzati, nel rispetto dell'autonomia delle istituzioni scolastiche, contengono un <i>nucleo fondamentale, omogeneo su base nazionale</i>» (art. 2, I co., lett. l); «con regolamenti delegati si provvederà alla individuazione del <i>nucleo essenziale</i> dei piani di studio scolastici per la quota nazionale (...)» (art. 7, I co., lett. a).</p>	

LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE SOCIALE REGIONALE

La tabella che segue evidenzia le asimmetrie territoriali nell'attuazione dell'articolo 18 della legge 328/2000. Non tutte le Regioni hanno adottato un piano sociale regionale a seguito del piano nazionale: alcune hanno provveduto, altre hanno privilegiato un documento che indirizzasse nella redazione dei piani di zona; in alcuni casi, inoltre, l'assenza del piano regionale è legato alla scelta della regione di provvedere, prioritariamente, all'approvazione di una normativa quadro in materia di servizi sociali.

Regione	Leggi di riordino del sistema assistenziale regionale successive alla 328/2000	Strumenti di programmazione regionale
Abruzzo		«Piano sociale 2002-2004» approvato con d.c.r. n. 69/8 2002
Basilicata		«Piano Socio Assistenziale» 2000/2002 approvato con d.c.r. 1280/99
Bolzano		
Calabria	Legge nuova	
Campania		«Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali» approvato con d.g.r. 1886/2001
Emilia Romagna	Legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 «Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»	«Linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei piani sociali di zona 2002/2003», approvato con d.g.r. n. 329/2002
Friuli Venezia Giulia		«Programma per la prima attuazione della l. n. 328/200», approvato con d.g.r. n. 1891/2002

(segue)

Regione	Leggi di riordino del sistema assistenziale regionale successive alla 328/2000	Strumenti di programmazione regionale
Lazio		«Schema di piano socio-assistenziale regionale 2002-2004», approvato con d.g.r. n. 1408/2002
Liguria		«Piano triennale dei Servizi sociali 2002/2004» approvato con d.c.r. n. 65/2001
Lombardia		
Marche		«Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002», approvato con d.c.r. n. 306/2002
Molise		
Piemonte	Legge nuova	
Puglia	Testo di legge approvato in aula il 30 luglio 2003 «Sistema integrato di interventi e servizi sociali in Puglia»	
Sardegna		
Sicilia		
Toscana		«Piano integrato sociale regionale 2002/2004» approvato con d.c.r. n. 122/02
Trento		
Umbria		«Piano sociale 2000-2002», approvato con d.c.r. 759/1999
Valle d'Aosta		«Piano socio-sanitario per il triennio 2002-2004» approvato con l.r. n. 18/2001

(segue)

Regione	Leggi di riordino del sistema assistenziale regionale successive alla 328/2000	Strumenti di programmazione regionale
Veneto		«Piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità 2003-2005» approvato con l.r. del 10 giugno 2003 (?)