



Astrid

Associazione per gli Studi e le ricerche sulla Riforma delle Istituzioni Democratiche
e sull'innovazione nelle amministrazioni pubbliche

L'amministrazione del welfare fra pubblico e privato

Nota – Il gruppo di lavoro che ha redatto questo paper è stato coordinato da Luisa Torchia, ed è composto da: Franco Bassanini, Alessandra De Marco, Renato Finocchi Gherzi, Fabio Giglioni, Alessandro Natalini, Silvia Paparo, Jacopo Sce, Andrea Tardiola. Alle prime riunioni del Gruppo hanno partecipato anche Claudio De Vincenti, Edwin Morley Fletcher e Paolo Onofri.

Roma, marzo 2004

Parte Prima

1.1 Welfare e cittadinanza. I livelli essenziali dei diritti civili e sociali nella Costituzione

In tutti i paesi europei i sistemi di *welfare* sono al centro di un serrato dibattito, volto a mettere in luce le ragioni di crisi e ad elaborare possibili opzioni di riforma. Si tratta di un dibattito centrale sia in ambito nazionale, perché discutere di *welfare* significa discutere del modello di società al quale si aspira, sia in ambito europeo, perché la nuova Costituzione europea si caratterizzerà anche per l'equilibrio fra libertà, uguaglianza e solidarietà che si riterrà giusto per i cittadini europei.

In tutti i paesi europei, infatti, il dibattito sul welfare non è solo una discussione sui costi del sistema, ma piuttosto sui nuovi bisogni e sui nuovi rischi ai quali occorre far fronte, assumendo come centrale il riferimento alla persona e alle sue capacità. La necessità di una rilettura aggiornata dei rischi ai quali gli individui e le famiglie vanno incontro oggi è imposta dai cambiamenti sempre più veloci dell'economia e della società, che creano nuove opportunità, ma anche nuove difficoltà, nuovi strumenti di copertura del rischio, ma anche nuove situazioni di debolezza e di precarietà. Occorre quindi "aggiornare" il sistema del welfare non solo per renderlo sostenibile economicamente, ma anche per renderlo adeguato alle nuove esigenze. Senza questa riprogettazione il rischio è che interi gruppi o categorie di individui non dispongano di alcuna copertura, che i servizi siano erogati e distribuiti iniquamente, non secondo i bisogni ma secondo la "forza" (elettorale, economica, sociale) di ciascun gruppo e che venga messo in pericolo, quindi, proprio il principio fondamentale del quale il welfare costituisce applicazione: il principio di solidarietà e di coesione sociale che ha caratterizzato sinora l'esperienza delle democrazie europee e che è stato a lungo, e deve tornare ad essere, anche un fattore di sviluppo economico.

Il dibattito sul welfare non può essere ridotto, quindi, ad una discussione sui costi della protezione offerta da ciascun sistema e sui possibili modi di contenimento, ma deve considerare il welfare per quello che è stato nell'esperienza europea: e cioè uno strumento collettivo per garantire sicurezza contro i rischi della vita a cui ciascuno è esposto. I sistemi di welfare nascono per dare all'individuo ciò che l'individuo da solo non riesce ad assicurarsi e hanno quindi le loro basi nel principio mutualistico e solidaristico e tendono all'universalismo dei servizi, anche se ciascun paese ha trovato uno specifico equilibrio fra le diverse esigenze. Questo equilibrio essendo, peraltro, storicamente datato, risulta oggi spesso inadeguato alle nuove esigenze e proprio dall'analisi dei profili critici occorre muovere per la progettazione delle misure di modernizzazione.

Le critiche che oggi vengono mosse ai sistemi di welfare possono essere raggruppate in due grandi e diverse tendenze: chi ritiene che il welfare vada abbandonato e che non debba esservi alcuna responsabilità pubblica o collettiva, ma ciascuno debba provvedere, secondo le sue capacità, alla propria protezione e quelle di chi ritiene che i sistemi di welfare vadano aggiornati e modernizzati, per

far fronte ai rischi, alle esigenze e ai bisogni di oggi, che sono diversi da quelli di ieri e richiedono nuovi strumenti e nuove regole.

Le riflessioni e le proposte esposte in questo paper sono basate sull'idea che la società moderna abbia ancora bisogno di un sistema di welfare, sia quale condizione per la sicurezza collettiva e individuale, sia quale fattore dello stesso sviluppo economico. La contrapposizione fra welfare e sviluppo economico che viene sostenuta soprattutto dalla destra è, infatti, solo una contrapposizione ideologica, che non trova alcun fondamento nell'analisi della realtà. In questa concezione il welfare non è poi troppo diverso dall'elemosina che chi ha di più fa a chi ha di meno ed è costituito quindi di misure che si limitano ad attenuare le condizioni di estrema povertà o marginalità. Ma questa concezione, oltre a negare i diritti di cittadinanza scritti e tutelati nella nostra Costituzione, dimentica che condizione essenziale dello sviluppo economico è proprio la partecipazione del maggior numero di cittadini al mercato: al mercato del lavoro, alla produzione, al consumo e quindi le misure che consentono, aiutano e sviluppano questa partecipazione sono misure essenziali per ogni progetto di sviluppo economico, in particolare oggi, quando le condizioni di rischio vengono percepite acutamente dagli individui e dalla società e producono una diffusa sensazione di incertezza e di insicurezza.

Il dibattito in corso sulla modernizzazione dei sistemi di welfare ha portato all'elaborazione di molte delle nuove proposte - il minimo vitale, la "*basic income*", il *child bond*, la società degli *stakeholders*, i conti di *welfare*, i titoli di credito di servizi, la formazione permanente, le misure volte a garantire, più che gli occupati, l'occupabilità - che condividono una impostazione universalista quanto all'accesso, alla conformazione dei benefici e alla finalizzazione degli interventi e pongono, di converso, l'accento sulla responsabilità individuale quanto all'utilizzo dei benefici e alla loro trasformazione in fattori di garanzia della libertà e dell'uguaglianza. E' questo anche il quadro di riferimento delle analisi e delle proposte presentate e argomentate in questo paper, muovendo da un punto di partenza che oggi costituisce opinione diffusa: il welfare italiano è, nella sua attuale conformazione, ben lontano dal garantire i servizi necessari a chi ne ha bisogno, è un sistema incompleto, vecchio e frammentato, fonte di distorsioni, privilegi ed ingiustizie.

Alle criticità del sistema del welfare si aggiungono, poi, oggi, le criticità del sistema istituzionale, interessato da un processo di federalizzazione che è ancora lontano dall'essere compiuto, ma che ha ormai sufficienti radici da rendere impensabile un ritorno all'indietro.

Il nuovo sistema del welfare non può allora essere pensato con riferimento ad un assetto pubblico organizzato intorno ad un assetto statale unitario ed uniforme, perché occorre tenere conto della distribuzione dei compiti fra diversi livelli di governo e della inevitabile differenziazione che si creerà per il diverso modo con il quale i diversi enti svolgeranno i propri compiti.

Il nuovo Titolo V della Costituzione ha peraltro affrontato il problema, che è comune a tutti i sistemi federali, dell'equilibrio fra unità e differenziazione, attribuendo alla legge dello Stato, fra le altre materie, la "*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*" (art.117, comma 2, lett.m). La norma prevede, dunque, non solo che vi sono diritti civili e sociali che devono essere garantiti sull'intero territorio nazionale, e quindi

con riferimento alla generalità della collettività, ma anche che questi per questi diritti la legge statale deve indicare “i livelli essenziali delle prestazioni” e, quindi, il concreto contenuto di quel nucleo dei diritti che è essenziale e costituisce, in ragione della sua essenzialità, un diritto esigibile per i soggetti aventi diritto e un obbligo di prestazione per i soggetti responsabili per l’attuazione di quei diritti.

La norma costituzionale ha, naturalmente, una portata generale e il sistema del welfare costituisce solo uno dei settori ai quali essa trova applicazione, ma essa fornisce, al contempo, uno strumento fondamentale – i livelli essenziali delle prestazioni – che consente di individuare concretamente le prestazioni che costituiscono, e ancor più dovranno costituire, il rinnovato sistema del welfare. Si tratta, come si cercherà di dimostrare in questo paper, di uno strumento flessibile, che consente allo stesso tempo di dare pienezza di cogenza ai diritti e di modificare e aggiornare il sistema in modo relativamente semplice, di assicurare la crescita graduale del sistema e di far fronte alle emergenze o ai casi di ritardo e arretratezza: in altri termini, si tratta di uno strumento fondamentale per la garanzia dei diritti di cittadinanza e per la costruzione di un sistema di welfare in un assetto federale.

L’obiettivo di questo paper è appunto l’analisi delle condizioni di utilizzo e messa in opera dei livelli essenziali delle prestazioni e non, invece, la proposta di scelte di policy in ordine a questo o quel settore del welfare. Quali che siano queste scelte, esse non potranno prescindere dalla necessità di definire i livelli essenziali delle prestazioni che la policy è volta ad assicurare: lo studio delle concrete condizioni di messa in opera dello strumento è quindi utile in generale, anche se dovrà naturalmente tenere conto delle peculiarità e specificità di ogni materia. Nelle pagine che seguono questo studio sarà svolto, quindi, dopo un sintetico esame delle caratteristiche attuali del welfare italiano, non in astratto, ma con riferimento a due settori fondamentali del welfare: la sanità e l’assistenza. Per ciascuno dei settori si esamineranno le condizioni di partenza, lo stato attuale e le tendenze in corso, per evidenziare in che modo i livelli essenziali delle prestazioni sono stati sinora utilizzati e come potrebbero esserlo in futuro. Nella seconda parte del paper si indicheranno, in via esemplificativa, i modi, le condizioni e gli strumenti per la effettiva messa in opera dei livelli essenziali nei due settori.

1.2 Il welfare italiano e i livelli essenziali delle prestazioni

Le caratteristiche del welfare italiano possono essere riassunte, in estrema sintesi, come segue:

- la prevalenza degli strumenti di protezione del lavoratore, piuttosto che del cittadino;
- la prevalenza del ricorso a strumenti di tipo contributivo-assicurativo
- l’accentuata frammentazione delle misure e degli strumenti, con coperture che si aggiungono o vengono estese categoria per categoria, in assenza di un disegno complessivo;
- l’incompletezza del sistema, che non garantisce copertura a rischi o bisogni che non siano direttamente connessi alla posizione della persona sul c.d. “mercato del lavoro”: di modo che proprio coloro che si trovano in posizione di particolare debolezza e privi di occupazione non usufruiscono di alcun tipo di copertura..

All'incompletezza del welfare italiano si sono tradizionalmente accompagnati fenomeni di supplenza, che se per qualche tempo hanno funzionato da rimedio, poi si sono tramutati in causa di ulteriori contraddizioni. Il principale ruolo di supplenza è stato assunto dalla famiglia e, all'interno di essa, dal lavoro non retribuito delle donne, a fronte di un sistema di sicurezza sociale finalizzato a tutelare, fondamentalmente e prevalentemente, il maschio adulto capofamiglia occupato. I servizi di cura sono stati a lungo prodotti all'interno della famiglia da parte di donne che lavoravano, non remunerate, a tempo pieno, senza avere accesso alle misure di sicurezza apprestate per i lavoratori.

Un secondo ruolo di supplenza è stato svolto dal sistema previdenziale. Si sono utilizzati i contributi dei lavoratori dipendenti per assicurare copertura previdenziale anche ad altre categorie - si pensi ai lavoratori agricoli e ad una parte dei lavoratori autonomi - caricando il sistema previdenziale di fini che non sono suoi propri e ponendo così le basi per uno squilibrio di cui oggi si vedono gli effetti, con una spesa previdenziale che è, per l'Italia, più alta che per gli altri paesi europei, pur all'interno di una spesa complessiva per il welfare di ammontare totale comparabile.

Distribuzione % della spesa per protezione sociale

	Italia	Germania	Francia	Regno Unito	Spagna	EU-15
Vecchiaia e superstiti	63,3	42,3	44,1	47,5	39,1	46,4
Malattia, sanità	25,0	28,3	29,1	25,9	27,1	27,3
Invalità	6,0	7,8	5,8	9,5	12,0	8,1
Disoccupazione	1,7	8,4	6,9	3,2	6,5	6,3
Famiglia e Infanzia	3,8	10,6	9,6	7,1	10,8	8,2
Alloggio ed esclusione sociale	0,2	2,6	4,5	6,8	4,5	3,7
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Eurostat 2003

I fenomeni di supplenza fungono da rimedio sul breve periodo, ma poi divengono essi stessi parte del problema, perché impediscono lo sviluppo di istituzioni e meccanismi più adeguati e moderni. Così, oggi, il peso eccessivo del sistema previdenziale crea un pericoloso conflitto intergenerazionale, mentre d'altra parte la famiglia, in Italia come in tutti gli altri paesi sviluppati, ha perso di coesione e di omogeneità e non è più in grado di assolvere al ruolo di supplenza storicamente assunto. Qualsiasi scelta di policy in materia deve necessariamente tenere conto di questo fenomeno e fare i conti con il fatto che utilizzare ancora oggi la famiglia come unico o principale referente delle misure di *welfare* può portare a disincentivare il lavoro delle donne e l'autonomia e la mobilità dei figli, creando una "trappola del *welfare*" che aggrava, invece di attenuare il problema che si vuole risolvere.

Il welfare italiano ha poi un ulteriore problema connesso all'inefficienza dell'amministrazione fiscale e all'orientamento particolaristico-clientelare dei processi di decisione, tanto sul piano legislativo come sul piano dell'attuazione amministrativa, con una diffusa e spesso fondata sensazione, da parte dei cittadini, di un sistema che è ingiusto sia quando prende sia quando dà, per via delle forti disparità fra gruppi, categorie e territori. Anche i controlli sull'effettiva resa delle prestazioni e sulle condizioni

di accesso alle stesse sono fortemente carenti e mancano addirittura i sistemi informativi necessari per il monitoraggio del sistema e dell'uso delle risorse.

Il sistema è oggi, inoltre, fortemente differenziato quanto a qualità e quantità delle prestazioni e questa differenziazione non riflette diversi orientamenti degli individui o delle collettività, ma solo l'inefficienza e l'inefficacia di un sistema che spesso non riesce ad intercettare i bisogni reali, né a fornire risposte adeguate.

E' necessario e urgente avviare un processo di costruzione di un nuovo welfare mix, caratterizzato sul piano dei contenuti da una forte accentuazione del riconoscimento dei diritti e dei bisogni individuali connessi alla cittadinanza rispetto a quelli connessi alla situazione lavorativa e sul piano delle condizioni istituzionali e organizzative dalla piena assunzione di responsabilità di tutti i livelli di governo, ciascuno secondo le competenze assegnate dal nuovo Titolo V della Costituzione, secondo il seguente quadro

Tab. 1: Riparto di competenze tra stato e regioni nelle materie di *Welfare*. Il giallo indica l'estensione della competenza statale; il blu quella regionale

a) <i>Norme generali sull'istruzione</i> b) <i>Tutela della previdenza sociale</i>	a) <i>Tutela della salute</i> b) <i>Istruzione</i> c) <i>Tutela e sicurezza del lavoro</i>	a) <i>Assistenza</i> b) <i>Beneficenza</i> c) <i>Formazione professionale</i>
L E P		

In questo quadro assume particolare rilevanza, come si è già detto in precedenza, la "costituzionalizzazione" dei livelli essenziali - che erano già stati previsti da leggi ordinarie, in particolare in materia di sanità e di assistenza - con almeno due conseguenze importanti.

Si può affermare, in primo luogo, che le nuove norme costituzionali confermano il mantenimento in capo alla responsabilità pubblica della determinazione delle prestazioni di welfare: queste prestazioni potranno poi essere rese con una pluralità di meccanismi e strumenti, pubblici e privati, ma la responsabilità finale resta in capo al potere pubblico quanto alla determinazione del contenuto essenziale di ciascun diritto e quindi di ciascun servizio.

Si può dire, poi, in secondo luogo, che la determinazione dei livelli essenziali comporta la contestuale determinazione dei “doveri” di prestazione che incombono sul servizio pubblico nei confronti dei destinatari del servizio stesso. Dal punto di vista del soggetto erogatore del servizio quei “doveri” costituiscono un impegno imprescindibile, a fronte del quale sussiste il riconoscimento di un diritto - a quella tipologia e a quel livello di prestazione - in capo ai destinatari.

La formula contenuta in Costituzione è riferita ai diritti civili e sociali che devono essere garantiti su “tutto il territorio nazionale”: diritti “aterritoriali”, che non ammettono differenziazione in ragione dello spazio. Per questi diritti occorre individuare, mediante il livello essenziale di prestazione, quel quantum *tantum* di tutela, garanzia e soddisfazione che deve essere comunque disponibile per il titolare del diritto, con la conseguenza che se la prestazione non viene garantita, il diritto sarà violato e il suo titolare dovrà disporre di adeguati strumenti di reazione.

La definizione dei livelli essenziali di prestazione potrebbe essere allora, per un legislatore dotato di coraggio e intelligenza, una grande occasione di ridefinizione del *welfare* nel suo complesso e di correzione delle sue storture, offrendo tutela e garanzia ai bisogni e ai rischi che oggi non ricevono copertura e riequilibrando le disparità e le ingiustizie fra le categorie, i settori e i territori.

1.3 Le risorse e i poteri sostitutivi

L’“aterritorialità” dei diritti sul piano del dovere di prestazione è ribadita con chiarezza anche in altre due disposizioni del nuovo testo costituzionale, relative, rispettivamente, alla previsione di interventi speciali e alla previsione di poteri sostitutivi.

La Costituzione attribuisce allo Stato, infatti, all’art.119, comma 5, il potere di destinare risorse aggiuntive e di effettuare interventi speciali in favore di determinati enti territoriali “per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l’effettivo esercizio dei diritti della persona”.

La Costituzione prevede, poi, quale meccanismo di garanzia dell’equilibrio fra tutela dei diritti e autonomia delle regioni e degli enti locali, l’attivazione di un potere sostitutivo “quando lo richiedono la tutela dell’unità giuridica o dell’unità economica e in particolare dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali” (art.120, comma 2): la tutela dei livelli essenziali è ricondotta dunque direttamente alla tutela dell’unità.

La clausola relativa ai livelli essenziali può divenire, dunque, in prospettiva, la chiave di volta del rapporto tra *welfare* e federalismo nel nostro ordinamento quale base per la costruzione di un sistema unitario, nel quale siano coerentemente distribuite le responsabilità fra livelli di governo.

Nelle pagine che seguono si verifica questa ipotesi con particolare riferimento al settore della sanità e al settore dell'assistenza, esaminando prima i problemi specifici di ciascun settore e poi i problemi ad essi comuni per quanto riguarda i sistemi informativi e i poteri sostitutivi.

2.1 I servizi sanitari

L'introduzione del sistema elettorale maggioritario nel nostro paese, e quindi l'alternanza di maggioranze governative di orientamento diverso, ha prodotto evidenti ripercussioni su una materia come la sanità nella quale - più che in altre - si riflettono le differenze culturali e di interessi tra i diversi schieramenti politici. Da diversi anni è ormai molto frequente leggere e ascoltare la tesi secondo la quale le politiche promosse dalla sinistra e dalla destra si equivarrebbero nella sostanza, tanto che non sarebbe più facilmente distinguibile la cultura di riferimento che sottende alcune scelte strategiche dell'una e dell'altra. Anche ad ammettere che questa tesi abbia qualche fondamento, si può senz'altro dubitare che ciò sia confermato dalle scelte che in questi anni sono state operate dai governi di centrosinistra e da quello di centrodestra (ancora in opera) in materia di sanità. Le riforme approvate sinora mostrano, infatti, come radicalmente diverse siano, prima ancora che le singole soluzioni ai problemi affrontati, le priorità a cui si è dato spazio, manifestando in tal modo anche le diversità di orientamento culturale tra i due diversi schieramenti. Tali priorità vengono esaminate di seguito e poi messe a confronto con l'attuale quadro costituzionale e le esigenze di adeguamento e modernizzazione che ne derivano

2.2 Le priorità del centrosinistra.

Dopo l'importante riforma in materia sanitaria del 1992-1993, finalizzata principalmente all'obiettivo di ridurre la spesa sanitaria in aderenza con un contesto di contabilità nazionale che si stava manifestando drammaticamente instabile, durante il governo di centrosinistra è stata operata una serie di scelte con le quali, da una parte, si è tentato di portare a compimento il processo di riforma che aveva affrontato solo parzialmente i problemi del settore sanitario e, dall'altra, si è cercato comunque di non recedere dalla scelta del 1978 di istituzione del servizio sanitario nazionale ma, semmai, di rafforzarne il ruolo in un contesto molto diverso da quello di 25 anni fa. In questo modo ha avuto origine la riforma del 1999 che ha apportato notevoli modifiche ai decreti legislativi del 1992 e del 1993.

Volendo delineare schematicamente le direttrici di maggior rilievo degli interventi operati in materia sanitaria dai governi di centrosinistra, si possono individuare tre filoni essenziali: quello del risanamento e della responsabilizzazione rispetto al *deficit* sanitario, quello del rafforzamento del servizio sanitario nazionale e, infine, quello dei nuovi equilibri istituzionali in un sistema tendenzialmente federale.

In relazione alla questione del *deficit* sanitario, il principale problema al quale si è tentato di dare una risposta non è stato tanto quello di ridurre la spesa sanitaria pubblica che nel nostro paese è in linea con la media UE (si veda in proposito la relativa tabella nell'appendice del volume), quanto

quello di porre sotto maggiore controllo la spesa che si presenta fortemente decentrata e a responsabilità piena delle regioni.

Ciò ha comportato gravi problemi soprattutto sotto il profilo della responsabilità del reperimento delle risorse, giacché nel precedente sistema istituzionale le regioni erano sostanzialmente sollevate dall'onere di ricercarle. Quindi, da un lato, si è assistito a interventi di stile tradizionale, soprattutto nella finanziaria 1997, con cui si è proceduto al ripianamento a piè di lista dei debiti pregressi accumulati dalle regioni e a fissare varie misure di risparmio (come la razionalizzazione della rete territoriale ospedaliera), ma dall'altro si è proceduto a istituire vari strumenti con i quali si è tentato di dotare le regioni di risorse proprie, dando loro maggiore responsabilità. Si possono fare, in proposito, gli esempi dell'istituzione dell'IRAP in sostituzione dei contributi gravanti sui rapporti di lavoro, dell'inclusione della spesa sanitaria nella contabilità valida per il rispetto del patto di stabilità interna, nonché della ben più radicale riforma del federalismo fiscale¹, con cui si è stabilito che tutte le risorse da destinare al servizio sanitario siano di origine, direttamente o indirettamente, regionale.

Questa evoluzione del sistema di finanziamento non è tuttavia entrata pienamente in funzione e nel 2000 è parzialmente fallita la Conferenza Stato-Regioni che aveva come oggetto il ripianamento dei debiti delle regioni. Nonostante ciò la spesa sanitaria è rimasta pressoché costante e allineata con la media UE, tanto che nella finanziaria 2001 sono stati aboliti i *ticket* per le prescrizioni mediche e si è prevista l'abolizione dei *ticket* anche per le prestazioni diagnostiche e specialistiche per il 2002, che rappresentavano, soprattutto i primi, misure fortemente inique di compartecipazione al finanziamento del servizio sanitario. Tali misure, tuttavia, hanno contribuito non poco all'espansione della spesa farmaceutica negli esercizi finanziari del 2002 e del 2003.

Quanto al secondo filone è da rilevare che le riforme avviate dal centrosinistra hanno avuto come riferimento essenziale la centralità del servizio sanitario nazionale. Si è, infatti, scelto in modo chiaro di non prescindere da un sistema a responsabilità pubblica e anzi sono stati approvati provvedimenti che lo hanno decisamente rafforzato, in alternativa al sistema assicurativo, che pure era stato prospettato dal partito radicale con il tentativo fallito nel 2000 di ricorrere al referendum per abrogare l'iscrizione obbligatoria al SSN.

Rientrano in questa categoria di provvedimenti le norme con cui si è dato luogo al rapporto esclusivo dei medici con il servizio sanitario, attraverso il quale si è posto fine a un privilegio fortemente penalizzante per gli assistiti tentando al contempo di dare nuove motivazioni al personale del servizio pubblico. Va inoltre rilevato che la riforma *ter*² del SSN ha ancorato chiaramente e decisamente il servizio sanitario alla realizzazione dei livelli essenziali di assistenza ponendo i due elementi in stretta correlazione, cosicché ora in tanto esiste il servizio sanitario in quanto devono essere soddisfatti i livelli essenziali, riconoscendo così al servizio sanitario un ruolo essenziale a garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie e dell'universalità del servizio. Questo

¹ Si tratta del sistema con il quale si è soppiantato, sia pure con previsione graduale, il sistema tradizionale di finanziamento della spesa pubblica sanitaria, passando dai trasferimenti di bilancio dallo stato al criterio dell'assicurazione di risorse proprie per le regioni attraverso forme di compartecipazione ai tributi erariali, istituzione di tributi regionali e autonomia relativa nell'apposizione di addizionali IRPEF. Tale sistema è stato istituito con d.lgs. 56/2000.

² La riforma è stata realizzata con il d.lgs. 229/1999.

ancoraggio rafforza ancora di più il ruolo del servizio sanitario nelle politiche sanitarie, soprattutto alla luce della successiva costituzionalizzazione dei livelli essenziali che si è avuta alla fine del 2001. Sempre in questa luce vanno valutate anche le disposizioni che hanno dato sviluppo all'istituto dell'accreditamento che, diversamente dalle convenzioni, ridisegna con maggiore chiarezza il rapporto tra operatori privati e servizio sanitario nazionale, consentendo, sia pure nel contesto di criteri di selezione più rigidi, lo sviluppo di un regime concorrenziale a responsabilità e a programmazione pubblica.

Nel terzo filone, infine, sono da ricomprendere le c.d. "leggi Bassanini"³, ma in via ancora più incisiva, il già citato federalismo fiscale e la riforma del titolo V della costituzione. L'assistenza sanitaria si è sempre caratterizzata come materia a forte autonomia regionale dal momento che era presente anche nella formulazione originale dell'art. 117 cost., tuttavia durante i governi del centrosinistra questa tendenza è stata accentuata fino ad arrivare alla riforma costituzionale che conferisce alla legislazione concorrente dello stato e delle regioni la materia della tutela della salute, lasciando allo stato il solo compito di fissare i principi generali in materia. Ciò peraltro appare conforme col nuovo criterio di finanziamento previsto dal c.d. federalismo fiscale (coerente in linea di massima anche con il nuovo art. 119 cost.), con cui allo stato è attribuito in sostanza un mero ruolo di arbitro di perequazione delle risorse finanziarie, che appartengono invece in prima istanza alle regioni da cui esse hanno origine. Sempre in questa luce di sviluppo dell'autonomia organizzativa delle regioni va visto anche l'allargamento della possibilità di diversi soggetti di istituire fondi integrativi per la prestazione di servizi aggiuntivi a quelli garantiti dal servizio sanitario, nonché la possibilità da parte delle regioni, sia pure previo accordo con lo stato, di dare corso a forme sperimentali di gestione con ricorso anche a società miste di capitale. Se ne ricava perciò un disegno istituzionale che è fondato su un'accentuata autonomia regionale sia in materia di disciplina che di gestione, cui fa da contrappeso un ruolo dello stato che è, in parte, di equilibrio e, in parte, di garanzia dei diritti riferiti ai livelli essenziali sull'intero territorio nazionale.

2.3 Le priorità del centrodestra.

Le scelte operate dalla seconda metà del 2001 dal governo di centrodestra palesano obiettivi molto diversi. Intanto nell'arco di questa legislatura periodicamente si sono annunciati indirizzi politici che sembrerebbero mettere in dubbio la stessa centralità del servizio sanitario nazionale nelle politiche della salute e si scorgono evidenti segnali che manifestano l'intenzione di introdurre strumenti che, se non sono alternativi al servizio sanitario nazionale, tendono a introdurre sistemi paralleli. Già nel Dpef 2002 è accennata l'intenzione di ricorrere a casse volontarie gestite autonomamente da soggetti privati e/o pubblici deputate al finanziamento di prestazioni sanitarie integrative a quelle del servizio sanitario, senza che tuttavia siano chiariti i limiti e l'ambito di applicazione di tali fondi. In particolare, nulla viene detto a proposito dell'ammissibilità delle politiche di selezione dei rischi da parte dei gestori dei fondi, né si rende esplicito per le prestazioni a responsabilità composita, come quelle sociosanitarie, se le casse volontarie debbano garantire la totalità o quota-parte delle prestazioni, o debbano coprire

³ Nello specifico si fa riferimento in particolare al d.lgs. 112/1998.

solo i costi sostenuti dai beneficiari. Questa vaghezza nell'individuazione del preciso campo di applicazione dei fondi rischia di riproporre schemi mutualistici già in vigore prima dell'istituzione del SSN.

Tali intenzioni sembrano confermate anche dal tentativo, reiterato da ultimo anche nel corso dell'approvazione della finanziaria 2003, di modificare le regole in materia di esclusività del rapporto di lavoro dei medici col servizio sanitario, consentendo così ai medici di poter svolgere contestualmente anche la libera attività professionale *extramoenia*. Appaiono coerenti con questa linea politica anche le proposte di volta in volta affacciate di costituire fondi speciali attraverso contributi straordinari di solidarietà.

Ma è evidente che la centralità del servizio sanitario nazionale potrebbe venire meno nel caso in cui venga approvato il nuovo progetto di riforma costituzionale del Titolo V presentato dal governo che, consentendo l'attivazione della competenza legislativa esclusiva in capo alle regioni dell'assistenza e dell'organizzazione sanitaria, potrebbe definitivamente creare un sistema complesso con 20 differenti modalità organizzative. Al di là dalla confusione che un tale testo di modifica potrà comportare in costanza di alcune delle norme costituzionali dell'attuale Titolo V che verrebbero fatte salve (basterebbe, in questo senso, immaginare le difficoltà per l'interprete di ricostruire un quadro sistematico coerente in presenza della perdurante competenza concorrente in materia di tutela della salute, in cui lo stato è comunque chiamato a stabilire principi generali che inevitabilmente condizionano anche l'organizzazione sanitaria su cui, però, vi sarebbe ora una competenza esclusiva delle regioni), è evidente che l'esclusività della competenza legislativa potrebbe indurre le regioni a organizzare i servizi sanitari in modo del tutto libero con ricorso anche al sistema assicurativo, pur rimanendo vigenti gli obblighi inerenti ai livelli essenziali.

Se ci si riferisce invece ai fatti e ai provvedimenti concreti risulta comunque chiara la diversa matrice culturale di alcuni provvedimenti assunti dalla maggioranza di centrodestra. Sul piano degli obiettivi di spesa sanitaria, il governo di centrodestra si è prefissato l'obiettivo di portare la spesa sanitaria al 5% del p.i.l. nel medio periodo. In sede di Conferenza Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 si è stabilito tuttavia che lo Stato dovesse provvedere a un forte esborso per il risanamento dei *deficit* sanitari regionali degli anni 2000 e 2001, ricorrendo nuovamente al sistema della copertura a pié di lista e rinviando di fatto così l'applicazione del meccanismo del federalismo fiscale. Almeno nelle intenzioni tale soluzione avrebbe dovuto costituire una sorta di anno zero dei disavanzi regionali pregressi, dopo il quale sarebbe entrata in vigore una maggiore responsabilizzazione delle regioni. Contestualmente le regioni sono dotate di nuovi strumenti con la finalità di tenere maggiormente sotto controllo i *deficit* regionali. La legge 405 del 2001 consente loro di: a) ripristinare i *ticket* sulle prescrizioni mediche mentre lo stato ha provveduto a annullare (successivamente) la previsione dell'abolizione di quelli per la diagnostica e specialistica; b) procedere alle variazioni dell'aliquota addizionale IRPEF o, limitatamente al 2002, a istituire specifici tributi regionali; c) agire sui meccanismi di distribuzione dei farmaci e spostare i farmaci da una fascia all'altra del prontuario farmaceutico, ponendo a carico degli

assistiti farmaci che, pur rientrando tra quelli essenziali, sono giudicati dal CUF sovrapponibili ad altri farmaci di maggiore efficacia terapeutica omogenea⁴.

Nel 2002 si è potuto constatare come la quasi totalità delle regioni (soprattutto quelle guidate dal centrodestra) hanno ripristinato i *ticket* sulle prescrizioni mediche e hanno operato una forte redistribuzione dei farmaci tra le diverse fasce previste dal prontuario farmaceutico, colpendo in modo pressoché indiscriminato le persone che maggiormente consumano servizi sanitari e hanno redditi bassi e determinando anche forti diversità territoriali in relazione al servizio di distribuzione farmaceutica. Più correttamente inseriti in una logica federale di amministrazione della spesa rientrano i provvedimenti⁵ che hanno riguardato l'individuazione delle regole per il monitoraggio della spesa corrente di aziende sanitarie e ospedaliere attraverso la verifica del sistema informativo, da cui si fanno derivare anche una serie di conseguenze in materia di riparto di risorse finanziarie. Per il resto si deve registrare il ritardo con cui si è assicurato il riparto delle risorse del fondo sanitario e del fondo perequativo per l'anno 2002 e il valore incerto di misure di grande impatto propagandistico ma di dubbia efficacia concreta, come la previsione della decadenza automatica dei direttori generali in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie e ospedaliere.

Al governo di centrodestra si deve, poi, l'emanazione di alcuni provvedimenti fondamentali come il d.p.c.m. 29 novembre 2001, che ha definito i LEP, il d.m. 12 dicembre 2001, con cui sono stati definiti per la prima volta degli indicatori di assistenza per il monitoraggio del rispetto della qualità delle prestazioni sanitarie, e il PSN 2003-5.

Rispetto al primo decreto è da rimarcare che il procedimento adottato ha estromesso completamente il parlamento nazionale, anche dall'attività di rilasciare un parere sui livelli essenziali, come invece era previsto nella procedura che rimetteva al PSN la definizione dei LEP.

Questa scelta sembrerebbe porsi in contrasto con i nuovi vincoli costituzionali e, in particolare, con l'art. 117 c. 2 lett. *m*). Difatti va ricordato come la corte costituzionale, con la sentenza n. 88 del 2003, abbia stabilito, sia pure per *obiter dictum*, che le scelte concernenti i livelli essenziali delle prestazioni incidono sulla misura dei diritti di tutti i soggetti e, per questa ragione, debbano trovare delineate nella fonte legislativa statale almeno le linee generali, attribuendo poi ad altri atti formali il potere di specificare e articolare meglio i diversi livelli in relazione alle differenti necessità che si registrano nei diversi settori. I problemi che questo decreto pone sono però anche di natura sostanziale.

Intanto è mancato completamente uno sforzo di individuazione dei livelli essenziali che tenesse conto dell'avvenuta costituzionalizzazione e i livelli individuati non sono altro che un elenco di prestazioni e servizi che il servizio sanitario è chiamato a garantire: è quindi difficile distinguerli dalle indicazioni che erano già presenti nei precedenti PSN, se non nelle diverse scelte concrete operate.

In secondo luogo, la definizione dei LEP è da ricondurre all'esigenza di dare un quadro di certezza alle regioni circa le prestazioni da garantire, secondo l'accordo 8 agosto 2001, e non invece all'esigenza di dare effettiva attuazione al nuovo art. 117 c. 2 lett. *m*). In sostanza è piuttosto evidente

⁴ Tale criterio, come poi si dirà, è stato in seguito abbandonato per effetto dell'entrata in vigore della legge n. 178 del 2002.

⁵ Si tratta delle leggi n. 112 e 289 del 2002.

che appaiono non consapevolmente colte le potenzialità derivanti dall'introduzione in costituzione dei LEP, come strumento di definizione di diritti esigibili dagli assistiti e dagli interessati alle prestazioni sanitarie. È conferma di questa impostazione la sperimentazione che il governo di centrodestra vuole promuovere con la distribuzione gratuita delle protesi dentarie alla popolazione anziana, che ricalca uno schema in cui l'assistenza viene concepita come concessione discrezionale (in cui magari si palesa manifestamente il nome del *donatore*) piuttosto che effetto obbligato di un diritto della persona assistita che può autonomamente reclamare, come invece dovrebbe ormai dedursi dal nuovo contesto costituzionale.

In questo senso anche il d.m. 12 dicembre 2001 non sembra avere avuto una reale attuazione fino a questo momento, ritardando la possibilità di riconoscere, come è possibile, non solo un diritto alle prestazioni incluse nei LEP da parte degli assistiti, ma finanche un diritto a una qualità *standard* delle prestazioni. Infine, la determinazione dei livelli essenziali al di fuori del PSN ha reso quest'ultimo un mero testo di indirizzo capace di palesare solamente alcune linee culturali di sviluppo del «sistema salute», come pure si legge nello stesso PSN 2003-5.

Sotto altra prospettiva si possono riscontrare scelte molto contraddittorie in materia di organizzazione sanitaria e in relazione al rapporto tra stato e regioni. Infatti, se da una parte, sono stati emanati provvedimenti con i quali si è conferita alle regioni una forte autonomia nel reperimento delle risorse finanziarie e nella gestione dei servizi sanitari (in questo senso importanti modifiche sono state fatte in materia di sperimentazioni gestionali), dall'altra, le finanziarie relative agli anni 2003 e 2004 hanno disposto il divieto per le regioni di agire sul lato dell'addizionale IRPEF, disponendo un limite su una delle leve finanziarie dove più evidentemente le regioni possono reperire autonomamente le proprie risorse, in netta disarmonia con il sistema di federalismo fiscale e, probabilmente, in contrasto anche con l'art. 119 cost.. In questo quadro frammentato e incoerente rientra pure il blocco relativo della spesa pubblica disposto dal d.m. 29 novembre 2002, emanato dal Ministero dell'economia, che ha colpito le asl e le aziende ospedaliere. Oltretutto si ripropongono soluzioni, come la misura con la quale⁶ sono state poste a carico dello stato ulteriori risorse finanziarie a compensazione delle minori entrate proprie delle regioni, che sembrano andare in controtendenza rispetto a un ruolo di maggiore responsabilità finanziaria delle regioni e che, in ogni caso, ancora una volta, palesano un'incapacità del sistema a funzionare adeguatamente ai propri principi. Tale contraddizione risulta evidente anche in relazione alle misure con cui si dispone la riduzione delle liste di attesa, stabilendo che le regioni debbano provvedere autonomamente orientandosi per l'apertura di sette giorni su sette degli ambulatori e delle strutture specialistiche, senza che ciò però comporti alcun onere per lo stato, che tuttavia è il soggetto che negozia gli accordi contrattuali del personale sanitario medico e non. Di fatto non è difficile immaginare come questa misura sia praticamente inefficace e comunque lesiva dell'autonomia delle regioni. Prevale così un modo di affrontare i problemi che risponde più a una logica di contingenza che a una di sistema.

Una significativa inversione di tendenza rispetto alla precedente legislatura si ricava anche dai provvedimenti presi in relazione al servizio di distribuzione dei farmaci, dove l'assetto disciplinare

⁶ La misura è prevista nella l. n. 289/2002.

complessivo appare radicalmente mutato. In primo luogo, è stato approvato il nuovo prontuario farmaceutico⁷ composto soltanto di due fasce, una comprendente farmaci a totale rimborso dello Stato, l'altra comprendente farmaci a carico degli assistiti. Il sistema appare così maggiormente irrigidito anche rispetto alla scelta di affidare alle regioni il potere di modulare l'assegnazione dei farmaci nelle diverse fasce, come aveva previsto la legge n. 405 del 2001. In secondo luogo, nel provvedimento che ha istituito il nuovo prontuario farmaceutico è stato ripristinato il criterio costo-efficacia dei medicinali quale meccanismo di redistribuzione di essi tra le due fasce, riesumando così un ordine di valutazione prevalentemente economico invece che riferito all'efficacia terapeutica.

A conferma di questa impostazione può citarsi la previsione secondo la quale l'elenco dei farmaci interamente rimborsabili dal servizio sanitario deve essere rinnovato ogni anno, rimettendo implicitamente a questa leva parte delle politiche di risparmio dei costi del servizio sanitario. Infine, è stata costituita l'Agenzia italiana del Farmaco⁸, che andrà a sostituire interamente il CUF, a cui è affidato di fatto il compito di operare una vigilanza in merito al rispetto dei tetti annui di spesa farmaceutica e di proporre variazioni sulla composizione del prontuario farmaceutico, sull'immissione di nuovi farmaci, nonché sulla ridefinizione a carico di farmacisti e produttori delle quote di spettanza qualora siano stati valicati i limiti di spesa farmaceutica. Si vede come in questo caso, dove pure sono in gioco interessi e diritti correlati ai livelli essenziali delle prestazioni di somministrazione farmaceutica, la valutazione dell'ampiezza e del contenuto dei livelli essenziali è fundamentalmente rimessa a una struttura tecnica e dipende da ragioni di preminente interesse finanziario.

2.4 I livelli essenziali e la tutela della salute.

L'approvazione della legge costituzionale n. 3 del 2001 pone il tema dei livelli essenziali al centro delle riflessioni relative alle politiche sociali e a quelle sanitarie in particolare. Il concetto, infatti, costituisce il crocevia di un equilibrio di diverse esigenze come quelle dilemmatiche tra equità e libera ricerca di soddisfazione del bisogno, oppure quelle tra ambito di competenze statali e competenze delle autonomie territoriali, tra responsabilità pubblica e responsabilità privata. Per la sanità la questione non si manifesta certo per la prima volta; anzi va sottolineato come proprio in questo settore sia emersa in via originale la necessità di collegare l'attività di un sistema di offerta di servizi a responsabilità pubblica, quale quello del SSN, al raggiungimento di certi livelli di prestazione da garantire a tutti i cittadini⁹ senza distinzioni di alcun tipo.

In origine la determinazione dei livelli essenziali, definiti nei PSN approvati per legge, costituiva il vincolo attribuito al SSN per assicurare condizioni e garanzie di uniformità su tutto il territorio nazionale, con un'interpretazione rigida del principio universalistico valevole sia con riferimento all'accesso al SSN, sia alla quantità delle prestazioni offerte. Di fatto, nella realtà, non essendo stati mai emanati i PSN per moltissimi anni, i livelli essenziali dei diritti di salute sono coincisi con quello che lo stato, le regioni e gli enti locali riuscivano a produrre tramite gli enti di SSN in base alle risorse definite di volta in volta nel FSN. L'eguaglianza implicita nelle politiche di salute si traduceva nell'attribuzione

⁷ Si veda in proposito la l. n. 178/2002.

⁸ La nuova agenzia è stata istituita con il d.l. 269/2003.

⁹ Così l'art. 3 l.n. 833/1978.

alle regioni delle risorse determinate dal FSN secondo il criterio puro del finanziamento pro-capite: il finanziamento regionale dipendeva esclusivamente dai dati relativi alla popolazione regionale. Questo sistema, se da una parte ha consentito di diminuire il *gap* di spesa e di prestazioni sanitarie tra regioni del nord e regioni del sud, ha tuttavia alimentato un meccanismo perverso di irresponsabilità della spesa pubblica sanitaria che ha creato continui e accresciuti disavanzi, ripianati sistematicamente dallo stato con finanziamenti a pié di lista. Inoltre l'inattuazione della determinazione dei livelli essenziali ha reso di fatto il diritto sanitario un mero diritto finanziariamente condizionato, il cui soddisfacimento qualitativo è pure rimasto completamente nell'ombra.

Nella riforma del 1992-1993 i livelli di tutela sanitaria sono ancora definiti come livelli uniformi di assistenza sanitaria, in cui a prevalere è l'assicurazione di un accesso garantito a tutti ma anche la predeterminazione ugualitaria sul territorio delle dotazioni minime degli strumenti produttivi, a prescindere dai bisogni individuali e dalle esigenze specifiche territoriali. Nella c.d. riforma *bis* della sanità, quindi, i livelli di prestazione garantiti continuano ad essere collegati al concetto di uniformità; muta solamente il soggetto responsabile della loro determinazione che non è più il parlamento ma il governo tramite la formazione del PSN, mentre lentamente il finanziamento tramite FSN passa da un criterio puro per testa, a un modello pro-capite corretto dalla c.d. mobilità sanitaria e da indici anagrafici.

Con la riforma *ter* viene infine introdotto il concetto di "livelli essenziali" quale parametro di riferimento dell'offerta dei servizi sanitari. L'adozione di questa diversa espressione non è indifferente. Intanto la connotazione di essenzialità dei livelli da garantire comporta necessariamente la presa in carico non solo della dotazione degli strumenti di offerta, ma più specificamente del bisogno da soddisfare; una prestazione o certe misure (si pensi anche alle misure di prevenzione) possono definirsi essenziali in quanto presentino le caratteristiche necessarie e sufficienti a soddisfare un certo bisogno. Si introduce così il parametro del bisogno quale requisito per l'individuazione delle prestazioni da garantire; l'oggetto di riferimento si sposta dalle strutture produttive alla domanda di salute. Ciò ha almeno due ulteriori implicazioni che infatti sono prese in considerazione già dalla riforma del 1999: da un lato, l'essenzialità si correla anche con l'appropriatezza delle misure predisposte, la capacità cioè di saper soddisfare con un certo grado di probabilità certi bisogni (criterio del bisogno corretto dal beneficio), dall'altro, essa comporta il passaggio da un sistema che persegue l'eguaglianza (parità di strumenti a tutti) a uno che invece ricerca l'equità (pari possibilità di soddisfare certi bisogni presi in carico). Il passaggio al concetto di livello essenziale, quindi, non comporta alcuna implicazione sul carattere universale del SSN, che rimane tale ed anzi è rafforzato, né implica alcuna equiparazione forzata con il concetto di livelli minimi che invece presuppone una valutazione dei servizi da offrire in cui a prevalere è l'esigenza economica e finanziaria; esso inerisce a una relazione col bisogno individuale e collettivo che dunque fa rientrare quei livelli come pretese immediate azionabili da parte degli utenti. Nel PSN 2003-5 viene ricordato, invece, come la definizione dei LEP presente nel d.p.c.m. 29 novembre 2001 si basi sulla distinzione tra *servizi essenziali* e servizi che non lo sono, prescindendo da qualsiasi collegamento dell'essenzialità con i bisogni sanitari. Inoltre nel PSN 2003-5 si evince che per servizi essenziali debbano intendersi quei servizi prestati in modo appropriato,

efficiente ed efficace e che siano *socialmente accettabili*, categoria non del tutto chiara che sembrerebbe rimandare a valutazioni di natura etica, comunque estranee al mondo dei diritti.

Naturalmente questo collegamento ai bisogni personali dei livelli da assicurare e la correlata attribuzione della sfera di pretesa nella diretta azione dei cittadini risulta oltremodo rafforzata dalla loro previsione in Costituzione, ai sensi dell'art. 117, diventando oramai un vincolo immediatamente cogente per l'esercizio del potere pubblico organizzativo. In questo senso si ritiene che quelle situazioni specifiche in cui la giurisprudenza, già a partire dagli anni ottanta dello scorso secolo, ha riconosciuto al diritto alla salute il valore di diritto soggettivo pienamente esigibile, possano essere ora ampliate equiparando a quelle tutte le prestazioni e gli *standard* rientranti nei livelli essenziali.

Come è noto la giurisprudenza cui si fa riferimento ha stabilito una serie di principi di piena esigibilità del diritto alla salute al verificarsi di certe situazioni, che possono essere così sintetizzate:

- a) esigibilità di prestazioni nei confronti dei soggetti istituiti, accreditati o convenzionati per la fornitura di servizi che costituiscono specifico oggetto di obblighi giuridici;
- b) pretesa del rimborso delle spese sostenute presso soggetti estranei al ssn, qualora i soggetti pubblici (o quelli accreditati o convenzionati) non siano in grado di assicurare tempestivamente le cure occorrenti, o non abbiano in dotazione gli strumenti necessari o le qualifiche professionali necessarie, sempreché si stia in un caso di urgenza e di assoluta indifferibilità, pena il pregiudizio della salute o il grave peggioramento dell'assistito;
- c) la fornitura dei farmaci non compresi nel prontuario farmaceutico, ma la cui somministrazione è considerata indispensabile e insostituibile per la cura di una patologia da cui possa derivare un grave pregiudizio per la salute.

Queste forme di tutela a immediata esigibilità sono comunque sempre condizionate dal rispetto dell'appropriatezza della cura che è una condizione essenziale che è a monte della stessa assistenza sanitaria. Le ragioni che stanno alla base di questa giurisprudenza (il diritto alla salute quale diritto fondamentale della persona) possono valere anche per le prestazioni ricomprese nei livelli essenziali, stante la natura che qui si attribuisce loro di determinazione contestuale di un diritto esigibile in capo al titolare del bisogno e di obbligo di prestazione in capo al soggetto titolare del servizio..

La piena attuazione dell'art.117, c.2, lettera m) della Costituzione richiede allora l'approvazione di una legge che faccia una ricognizione dei livelli essenziali in materia di sanità. Ci sono infatti diverse ragioni che rendono il d.p.c.m. 29 novembre 2001 assolutamente insoddisfacente e, innanzitutto, il modo in cui i livelli essenziali sono stati individuati: è noto che il decreto del presidente del consiglio dei ministri non fa altro che recepire l'accordo del 22 novembre 2001 in sede di Conferenza Stato-Regioni che si è limitato a definire gli obblighi di copertura assistenziale delle regioni nei confronti dello stato, lasciando a margine i diritti dei cittadini.

Inoltre il d.p.c.m. 29 novembre 2001 utilizza un parametro esclusivamente quantitativo di definizione dei livelli essenziali disinteressandosi del livello anche qualitativo da garantire. L'individuazione degli *standard* da assicurare in via diretta dai vari soggetti del SSN può aversi con

diversi strumenti: un decreto ministeriale, espressione del consenso maturato nel confronto con le diverse parti interessate, in cui sono definiti *standard* inderogabili per prestazioni singole e per gruppi di prestazioni e per il cui mancato rispetto siano previste forme di indennizzo a favore degli utenti od obblighi di prestazioni supplementari e/o sostitutive a carico dei soggetti inadempienti; atti amministrativi regionali che fissano ulteriori *standard* vevoli per la specifica realtà territoriale; carte di servizio emanate direttamente dagli operatori del SSN. Nei confronti degli *standard* riferiti alle singole prestazioni sarebbe configurabile un vero e proprio diritto alla qualità degli utenti immediatamente esigibile e tutelabile, mentre nei confronti degli *standard* riferiti a un certo gruppo di prestazioni, potrebbero essere previste forme di responsabilità sanzionabili con le tecniche tipiche della *moral suasion*: diffusione pubblica degli *standard* raggiunti, pubblicazione dei commenti critici delle associazioni degli utenti maggiormente rappresentative, ecc. Nei casi più gravi, ovviamente, la persistente incapacità degli operatori di garantire certi livelli di qualità può comportare conseguenze più gravi di carattere amministrativo (revoca dell'accreditamento, rimozione dei dirigenti apicali, ecc.).

Infine, nella procedura che ha dato vita al d.p.c.m. 29 novembre 2001 il parlamento è stato completamente pretermesso, se si esclude il momento della conversione del decreto legge emanato subito dopo il già citato accordo dell'agosto 2001 e che è alla base dell'emanazione successiva dello stesso d.p.c.m. La procedura prevista¹⁰ disegna nuovi equilibri nei rapporti tra parlamento e governo in materia di politica sanitaria tutti a vantaggio del governo; non esiste più neppure il potere consultivo obbligatorio e vincolante delle commissioni parlamentari competenti come era stabilito nella riforma *bis* del SSN¹¹. Tale squilibrio è da reputarsi definitivo dal momento che con la finanziaria 2003¹² è stato previsto che le variazioni del d.p.c.m. 29 novembre 2001 possano avvenire con decreto del Presidente del consiglio dei ministri d'intesa con la Conferenza permanente delle regioni, in relazione alle segnalazioni proposte dalla Commissione di monitoraggio sui livelli essenziali istituita dalla legge n. 112 del 2002.

Questa procedura è da un canto totalmente inopportuna, avendo i livelli essenziali una intrinseca natura politica oltreché tecnica, ma soprattutto fuori dell'attuale quadro costituzionale che rimette esplicitamente al legislatore la determinazione dei livelli essenziali. Con ciò non si vuole sostenere che l'individuazione dei livelli essenziali sia da definire esclusivamente per legge, dato anche il carattere tecnico di questa competenza; semmai si può stabilire che la legge definisca le linee generali, i bisogni prioritari cui dare soddisfazione e l'ambito di operatività dei livelli essenziali, la cui specifica determinazione può aversi con un regolamento successivo. Si tratta dunque di una riserva relativa di legge, ma che non tollera certamente aggiramenti del ruolo del parlamento nazionale.

Anche la relativa potestà regolamentare spetterebbe peraltro allo stato, come recita espressamente l'art. 117 c. 6 cost., rientrando la definizione dei LEP nella competenza legislativa esclusiva statale. Tuttavia, in questo caso specifico, la clausola prevista nell'art. 117 c. 6, «salvo delega alle regioni», non dovrebbe ammettersi giacché il connotato di «aterritorialità» che caratterizzerebbe i LEP è decisivo per la salvaguardia dei diritti fondamentali e dei diritti comuni di cittadinanza sociale, i

¹⁰ Si tratta della procedura approvata dalla l. n. 405/2001.

¹¹ La riforma *bis* del SSN trova il suo testo di riferimento nel d.lgs. 502/1993.

¹² È il procedimento ora previsto dall'art. 54 della l.n. 289/2002.

quali, viceversa, verrebbero certamente meno nell'ipotesi in cui alle regioni fosse attribuito un margine di discrezionalità nell'individuazione concreta dei LEP. D'altra parte, la determinazione dei livelli essenziali è una mera competenza a incidenza orizzontale sulle varie materie, come ha chiarito la corte costituzionale con la sent. 282 del 2002, e non, dunque, una materia in senso proprio; se ne potrebbe dedurre, allora, che poiché la norma costituzionale menzionata richiama in modo esclusivo il concetto di "materia", essa non trova totale applicazione nel caso di individuazione dei LEP.

Peraltro sarebbe estremamente utile ripristinare in sede di definizione concreta dei livelli essenziali l'obbligo di trovare un'intesa non solo con le regioni, ma anche con le organizzazioni rappresentative delle diverse componenti del settore, in modo che i livelli essenziali siano il frutto di un ampio consenso a copertura dei molteplici e diversi interessi. Di fatto l'aver rimesso al mero accordo tra governo e regioni la determinazione dei livelli essenziali denuncia un approccio nella loro definizione che è più rispondente a quello proprio dei livelli minimi: le parti finanziariamente responsabili si mettono d'accordo per stabilire fino a che punto sono disposte a coprire il costo di certe prestazioni, con lo stato che definisce le prestazioni minime da assicurare. Si tratta di una cultura che è completamente estranea allo spirito costituzionale del titolo V e andrebbe pertanto corretta. In questo modo, infatti, il diritto alla salute continua a rimanere un diritto finanziariamente condizionato e, ancor di più, la decisione sull'ammontare del finanziamento è presa da un livello di governo diverso da quello che è chiamato a garantire le prestazioni.

2.5 Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie: tempi e luogo

Per assicurare l'erogazione di livelli che rispondano anche a parametri qualitativi, tra gli standard che i vari soggetti del SSN devono assicurare devono essere considerate le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie da parte degli utenti, ed in particolare i tempi di attesa ed i luoghi ove le stesse sono erogate. Queste sono infatti le due variabili che maggiormente condizionano l'effettiva rispondenza delle prestazioni sanitarie erogate ai bisogni del soggetto che le riceve.

La determinazione da parte delle AUSL e delle aziende ospedaliere di tempi massimi d'attesa per le prestazioni di diagnostica ambulatoriale o in day hospital e per le prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale è stata prevista dal D. Lgs 124/98. Spetta alle regioni l'individuazione dei criteri generali e l'eventuale adozione di programmi finalizzati al rispetto dei tempi. Come strumento fondamentale per la riduzione dei tempi di attesa è previsto il ricorso all'attività professionale intramoenia, senza maggiori oneri per i destinatari della prestazione.

L'erogazione delle prestazioni entro i termini appropriati alle necessità di cura degli assistiti è divenuta una "componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza" con il DPCM del 16/4/2002, che ha inserito la previsione di criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni e di tempi massimi di attesa come allegato al DPCM del 29 novembre 2001 di determinazione dei livelli essenziali. Al riconoscimento del tempo quale componente dei livelli non è tuttavia seguita la previsione dell'uniformità degli stessi su tutto il territorio nazionale. Infatti il decreto prevede che le regioni e le province autonome indichino i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e

terapeutiche sulla base di valutazioni di appropriatezza ed urgenza nonché le modalità per la gestione delle liste di prenotazione e inoltre sulla base di tali criteri definiscano i tempi massimi di attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche urgenti. Sono inoltre previste iniziative per responsabilizzare i medici di base ad attivarsi per migliorare il rapporto tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie. È responsabilità dei direttori generali delle AUSL e delle aziende ospedaliere di attuare le indicazioni regionali e provinciali. In situazioni di particolare urgenza le regioni e le province autonome possono disciplinare l'attribuzione di incentivi alle equipe sanitarie, l'espletamento di prestazioni libero-professionali nei confronti dell'azienda stessa da parte di proprio personale dipendente e la stipula di contratti a termine con liberi professionisti.

La normativa attuale prefigura quindi uno scenario dove i tempi di attesa che concretamente ogni cittadino dovrà attendere per ricevere una prestazione sono suscettibili di variare da regione a regione, e non sono quindi garantiti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale. Questo potrebbe generare il persistere di disparità a livello regionale, oltre che all'interno della stessa regione. La rilevazione del Ministero della Salute sullo stato degli interventi attuati in tema di liste e tempi d'attesa dalle aziende USL ed ospedaliere, attuata nel primo semestre 2002, ha evidenziato la presenza di una situazione molto diversificata a livello territoriale. L'85% delle aziende ha attivato un Centro Unificato di Prenotazioni (CUP) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e questi centri, nel 85% dei casi hanno una dimensione aziendale o sub aziendale. Le differenze regionali sono molto marcate, con 11 regioni nelle quali oltre il 95% delle aziende ha istituito i CUP e le restanti regioni con percentuali di presenza dei CUP molto inferiori (fino al 33% delle aziende). Solo il 22% delle aziende ha invece un CUP per i ricoveri ospedalieri, con molte regioni nelle quali non si rinviene neanche un'azienda che l'ha istituito. In generale la situazione appare particolarmente critica per le regioni del mezzogiorno che hanno attivato alcune tipologie di interventi in misura del 50% rispetto al resto d'Italia.

Un ulteriore elemento di problematicità è che le situazioni di particolare urgenza nelle quali le regioni possono disciplinare l'attribuzione di incentivi, l'espletamento di prestazioni libero professionali e la stipula dei contratti a termine non sono definite in modo univoco, e neanche è previsto un collegamento diretto tra questi interventi straordinari e il mancato rispetto dei tempi massimi di attesa. Questo implica un certo grado di arbitrarietà nella individuazione dei casi in cui intervenire, che si può tradurre in disservizi per i cittadini (non intervento a fronte di situazioni di disagio non rilevate in tempi rapidi) o, al contrario, in un utilizzo non ottimale delle risorse nei casi di intervento con risorse aggiuntive in casi in cui potrebbero invece essere sufficienti modifiche nelle modalità organizzative con cui le prestazioni sono erogate.

In sintesi estrema, l'impianto così disegnato non sembra in grado di fornire alla esigibilità della prestazione in un preciso momento le caratteristiche di generalità ed universalità proprie dei LEP su tutto il territorio nazionale. Al contrario, la concreta possibilità per i cittadini di fruire di una determinata prestazione entro tempi predefiniti è demandata ai criteri stabiliti a livello regionale, alla caratterizzazione di una situazione come particolarmente urgente, alle scelte organizzative operate dalle

ASL e alla disponibilità finanziaria delle regioni e province per attuare gli interventi previsti per i casi di particolare urgenza.

2.6 Il sistema di indicatori previsto dal DM 12 dicembre 2001

Il DM 12 dicembre 2001 ha definito un sistema di indicatori finalizzato a verificare in ciascuna regione l'effettiva applicazione dei LEP. SE l'effettuazione di rilevazioni quantitative è un elemento centrale ed insostituibile per il monitoraggio a livello centrale del rispetto dei LEP su tutto il territorio nazionale, tuttavia vi sono alcune perplessità su quanto gli indicatori definiti dal DM in oggetto siano concretamente atti a rispondere alle finalità per le quali sono stati introdotti.

In particolare dall'esame degli indicatori previsti dal decreto emergono numerose criticità, così sintetizzabili:

- *Indicatori non collegati ai LEP.* Non sussiste una corrispondenza diretta tra indicatori – o gruppi di indicatori – ed i LEP definiti dal DPCM 29.11.2001. Vi è invece una corrispondenza generica tra gruppi di indicatori e le tre grandi aree di offerta di prestazioni in cui sono classificati in LEP. Pertanto, di fronte ad indicatori che assumono valori insufficienti non è possibile individuare per quale tipologia di prestazione i LEP non sono soddisfatti.
- *Indicatori sbilanciati su misurazioni di efficienza e non di risultato.* La maggior parte degli indicatori misura i costi dei servizi resi (ben 6 su 8, ad esempio, nel caso degli indicatori riferiti all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro) e fornisce quindi misurazioni di efficienza (utilizzo di risorse) e non di efficacia (conseguimento di risultati e quindi rispondenza ai bisogni dei cittadini). I costi di riferimento individuati per la valutazione degli indicatori sono i valori medi nazionali, quindi in realtà gli indicatori misurano lo scostamento in più o in meno dei costi dei servizi di una regione rispetto ai dati medi delle altre regioni. Inoltre, numerosi altri indicatori danno un'idea delle dotazioni di partenza di cui dispongono le regioni, e non di come le stesse vengono utilizzate (es. disponibilità di pediatri di libera scelta, percentuale di aziende dotate di centrale operativa 118). Solo un ristretto gruppo di indicatori tenta di misurare risultati conseguiti.
- *Eccessiva sinteticità degli indicatori di risultato.* Gli indicatori di risultato, che costituiscono un gruppo a parte, risultano essere estremamente sintetici, ovvero permettono di misurare i risultati complessivamente ottenuti dal sistema sanitario in quella regione, mentre non forniscono indicazioni sul rispetto dei singoli LEP (ad es.: quoziente di mortalità infantile, tasso di mortalità evitabile per cause selezionate). Anche per questi indicatori è previsto il confronto con i valori medi nazionali. Il disporre di indicatori tanto sintetici non permette l'identificazione puntuale delle cause di scostamento dalla media nazionale per le regioni che mostrano i valori più bassi.

- *Collegamento tra indicatori, indicatori di risultato e le “informazioni sullo stato di salute e sul contesto”*. Le informazioni riportate dal set di indicatori dovrebbero essere interpretate alla luce dei dati riguardanti lo stato di salute ed il contesto socio-ambientale e demografico delle popolazioni di riferimento. Non è prevista una metodologia nè un modello secondo cui queste informazioni generali – peraltro assai numerose – saranno utilizzate per “normalizzare” gli indicatori emersi, ovvero per renderli confrontabili alla luce delle diversità riscontrabili nei diversi contesti regionali. A ragione del taglio quantitativo impresso a questa metodologia di valutazione sarebbe stata auspicabile l'individuazione di algoritmi precisi.

Vi è inoltre da aggiungere che il sistema di monitoraggio disegnato dal DM 12.12.2001 non è collegato ad un sistema di preventiva assegnazione di obiettivi o di standard da rispettare. Gli indicatori sono confrontati con i valori medi nazionali, piuttosto che con obiettivi di servizio preventivamente assegnati o concordati. La mancanza di una progettazione a monte rispetto alla verifica dei valori assunti dagli indicatori e l'aggregazione eccessiva prevista per i dati, calcolati a livello di regione, non permettono di individuare a livello centrale le cause di scostamento degli indicatori dai valori medi e quindi di disegnare possibili soluzioni per porre rimedio a valori insufficienti. In sintesi, il sistema così disegnato non sembra in grado di assicurare un effettivo monitoraggio sull'applicazione dei singoli LEP.

Per favorire il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e la responsabilizzazione delle AUSL, delle aziende ospedaliere e delle Regioni sulle risorse impiegate è necessaria la predisposizione di un sistema informativo sanitario in grado di monitorare efficacemente il rispetto dei singoli LEP. In primo luogo, il SIS dovrebbe essere incentrato su indicatori in grado di misurare per ciascuna prestazione inserita nei livelli essenziali sia i risultati ottenuti che le risorse impiegate e soprattutto in grado di collegare i risultati con le risorse. Questi indicatori dovrebbero essere opportunamente disaggregabili, ovvero ciascuno di essi dovrebbe essere riferibile ad un contesto organizzativo (unità di analisi) facente capo ad un centro di responsabilità e per il quale è possibile, in seguito al monitoraggio, prevedere interventi per porre rimedio a situazioni di mancato rispetto dei livelli essenziali. L'unità di analisi dovrebbe coincidere almeno con le aziende. Inoltre il sistema di monitoraggio dovrebbe essere collegato ad un sistema di programmazione, almeno in termini di preventiva definizione di obiettivi, mentre il sistema disegnato dal DM 12.12.2001 effettua il monitoraggio ex post, senza un collegamento con alcuna preventiva definizione di obiettivi. Infine, il sistema informativo dovrebbe fornire dati ed informazioni tali da permettere di analizzare in modo oggettivo le cause degli scostamenti degli indicatori dai valori obiettivo precedentemente definiti.

3.1 I servizi sociali e l'assistenza

L'approvazione della legge quadro per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali ha costituito un risultato significativo conseguito durante la fase finale della scorsa legislatura che, come sottolineato da più parti, ha registrato consistenti novità nel settore, avviando la riforma del sistema assistenziale. La legge 8 novembre 2000, n. 328, è stata preceduta da una serie di provvedimenti che

pur avendo una portata settoriale sono stati concepiti in vista della più complessiva riforma della materia.

La riforma è seguita ad un vuoto normativo denunciato fin dalla prima regionalizzazione del 1972, ed aggravatosi dopo il secondo trasferimento di funzioni previsto dal d.P.R. n. 616 del 1977, quando pur abbandonandosi la concezione angusta basata sulla “beneficienza pubblica”, si modellò il decentramento per settori organici, introducendo la nozione di servizi sociali. Fin da allora le relative funzioni furono conferite direttamente ai comuni secondo quanto previsto dall’art. 118 della Costituzione. A questa innovazione, che agiva in prevalenza sul versante del decentramento, non seguì la formulazione di un quadro di riferimento unitario di principi, standard e strumenti per l’attuazione di un sistema assistenziale connotato da caratteristiche comuni su tutto il territorio nazionale.

Questa carenza era ulteriormente accentuata dalla natura della legislazione in materia, che si configura prevalentemente come una legislazione di spesa, senza una esauriente disciplina degli interventi. Questi fattori hanno determinato squilibri territoriali, specie tra nord e sud, essendo stata lasciata all’autonoma determinazione degli enti locali la scelta in ordine agli indirizzi della spesa e alla relativa individuazione degli interventi. Il divario e la frammentazione che ne è scaturita hanno penalizzato fortemente il mezzogiorno rispetto ad altre aree del paese, facendo assumere ai requisiti della nascita e della residenza un valore discriminante nell’offerta dei servizi.

Un ulteriore fattore di squilibrio e di disuguaglianza è costituito dalla segmentazione categoriale: anche all’interno dei trattamenti realizzati mediante trasferimenti finanziari vige una separazione per categorie (es. invalidi civili, ciechi, sordomuti) alle quali corrispondono specifiche discipline, e fino al 1998 non esisteva, neppure in via sperimentale, un istituto che garantisse una soglia di reddito minimo vitale quale misura contro la povertà.

Il concreto avvio del processo di riforma è stato condizionato dalla successiva approvazione della legge costituzionale n. 3/2001, che riformando il titolo V della Costituzione ha inciso sia sull’assetto istituzionale delle competenze legislative e amministrative anche nel settore dei servizi sociali, sia sulle modalità di esercizio delle relative funzioni. La strategia basata su una forte contrapposizione politica che l’attuale maggioranza ha adottato in riferimento alle riforme della scorsa legislatura ha di fatto favorito un’errata opinione secondo la quale vi sarebbe stata la sostanziale “decadenza” delle norme della legge quadro (sul presupposto della competenza esclusiva assegnata alle regioni nella materia dei servizi sociali).

Questa conclusione è in realtà strumentale ad un totale *revirement* nell’approccio al tema della riforma dello stato sociale, come delineato dalla legge n. 328: ai principi di universalismo selettivo, di decentramento e sussidiarietà, di pluralismo e di messa in rete dei soggetti pubblici e privati, di garanzia dei livelli essenziali, di sviluppo dell’integrazione sociosanitaria, di rafforzamento della tutela delle posizioni soggettive degli utenti si contrappone una logica di abbandono e di inerzia pressochè totale nel procedere di qualunque indirizzo riformatore, indirettamente giustificato dall’intervenuta riforma del titolo V della Costituzione.

Una conferma della fase di stallo si trae anche dai contenuti del Libro bianco presentato dal Governo lo scorso anno. In questo documento, ad una analisi ormai in gran parte nota delle disfunzioni del sistema di welfare radicatosi in Italia, ed ad una analisi condivisa delle problematiche attuali (denatalità, invecchiamento, necessità di servizi per gli anziani, non autosufficienti, ecc.), non segue l'indicazione realistica di una strategia di intervento calibrata sull'individuazione degli obiettivi e soprattutto delle risorse che si intende mettere in campo. In particolare, cominciando dall'assetto istituzionale, ci si limita a chiedersi "come saranno influenzati i meccanismi di sussidiarietà contenuti nella legge 328/2000 dall'evoluzione in corso a livello europeo e dall'applicazione degli indirizzi del nuovo Titolo V ?" In altri termini, il documento governativo non si fa in alcun modo carico di individuare l'assetto istituzionale derivato dalla riforma costituzionale e di indicare, sulla base di tale assetto, gli obiettivi da perseguire, i livelli di governo ritenuti competenti nei diversi settori, l'utilizzabilità di strumenti già introdotti nella fase di prima attuazione della legge n. 328 (es. i livelli essenziali individuati con il Piano delle politiche sociali relativo al triennio 2001-2003).

In secondo luogo le azioni riportate nella parte propositiva del Libro bianco, e che dovrebbero comporre la c.d. agenzia sociale costituiscono un quadro non dotato di certezza, quanto alla realizzazione concreta, a causa della mancanza di riferimenti alle risorse ed a modalità operative che restano alquanto indefinite. Ad esempio, si afferma che già per il 2003 alla scadenza della sperimentazione del reddito minimo di inserimento, sarebbe previsto un reddito "di ultima istanza" "da realizzare e cofinanziare in modo coordinato con il sistema regionale e locale, attraverso programmi che distinguano in modo finalizzato le carenze reddituali derivanti esclusivamente da mancanza di opportunità lavorativa (da affrontare attraverso politiche attive del lavoro che evitino l'instaurarsi di percorsi di cronicità e dipendenza assistenziale) e carenze tipiche delle fragilità e marginalità sociali che necessitano di misure di integrazione sociali e reddituali". E' troppo nota la complessità dell'attuazione di misure siffatte, che presuppongono una revisione dell'assetto degli ammortizzatori sociali e la realizzazione effettiva di politiche attive di riavvicinamento al lavoro, per ritenere che la semplice indicazione di meccanismi di cofinanziamento possa supplire tali carenze. Ne è prova la circostanza che alla soppressione del reddito minimo di inserimento non è seguita alcuna misura.

3.2 Le riforme parziali della XIII legislatura in materia di assistenza

Dalla consapevolezza dei ritardi esistenti nell'ambito delle politiche sociali è derivata l'adozione, nella prima metà della scorsa legislatura, di alcuni provvedimenti parziali che hanno trovato nella legge n. 328 un più compiuto quadro di riferimento. Ci si riferisce alle leggi nn. 284 e 285 del 1997, rispettivamente a favore di servizi per i disabili e per i minori, n. 162 del 1998 a sostegno dei portatori di handicap grave, al rifinanziamento degli interventi per il contrasto delle tossicodipendenze (legge n. 45 del 1999), alla disciplina delle azioni a favore dell'integrazione sociale degli immigrati di cui al d.P.R. n. 286 del 1998, recante il testo unico delle leggi sull'immigrazione, nonché alle disposizioni che hanno introdotto interventi a favore della famiglia, quali l'assegno speciale ai nuclei familiari nei quali siano presenti tre figli minori e l'assegno di maternità esteso alle madri non lavoratrici (artt. 65 e 66 della legge

23 dicembre 1998, n. 448, finanziaria 1999) e la riforma dei congedi parentali attuata dalla legge n. 53 del 2000, e dal successivo testo unico adottato con d.lgs 26.3.2001, n. 151.

La tipologia degli interventi previsti (con l'eccezione degli ultimi citati), si è basata sull'offerta di servizi da parte degli enti locali, mentre allo Stato residuano compiti di ripartizione delle risorse sulla base di principi e standard determinati, l'indirizzo, il coordinamento e la valutazione dei risultati conseguiti dalla spesa per le politiche sociali. L'istituzione del Fondo nazionale per le politiche sociali, prevista dall'art. 59, comma 44 della legge n. 449 del 1997 ha anticipato la razionalizzazione del sistema di finanziamento poi recepito dalla legge quadro. Nel Fondo sono infatti confluite le risorse stanziare dalle leggi richiamate e da altre precedenti (es. legge n. 216 del 1991, per interventi a favore dei minori a rischio di attività criminose, legge quadro sul volontariato, n. 266 del 1991 ecc.).

L'istituzione del Fondo ("in attesa dell'entrata in vigore della legge generale di riforma dell'assistenza", come recita l'art. 59, comma 44, della legge n. 449 del 1997) ha costituito, in primo luogo, un fattore di razionalizzazione della spesa, superando la parcellizzazione degli stanziamenti previsti da provvedimenti settoriali.

Ulteriore finalità dell'istituzione del Fondo è stato l'aumento del grado di flessibilità della spesa, dal momento che il ministro competente, secondo quanto disposto dall'art. 59, comma 46 citato, può modulare l'assegnazione delle risorse senza il vincolo predeterminato dalle singole leggi. Nei limiti delle risorse assegnate al Fondo il ministro può individuare gli stanziamenti annuali con il decreto di ripartizione, così selezionando priorità e limitando il rischio di sovrapposizioni degli interventi. Infine, con l'istituzione del Fondo sono state identificate le finalità delle politiche di assistenza, laddove sono stati elencati i diversi ambiti degli interventi.

In secondo luogo, la disciplina degli interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza ha assunto rilievo emblematico circa la nuova politica di attivazione di servizi che si è inteso avviare. La legge n. 285 del 1997 ha infatti istituito un apposito fondo, dotato di circa 300 mdi annui, da ripartire alle regioni sulla base di criteri quali le carenze strutturali dei servizi per la prima infanzia, il numero di minori presenti in presidi residenziali socioassistenziali (istituti minorili ecc.), percentuali di dispersione scolastica, di attività criminose minorili e di famiglie al disotto della soglia di povertà.

3.3 Le misure integrative del reddito e l'istituzione dell'ISE

L'indirizzo a favore dell'istituzione di servizi alla persona ha trovato alcune rilevanti eccezioni, concernenti i nuovi assegni previsti dalla legge finanziaria per il 1999 a favore dei nuclei familiari con almeno tre figli minori ed a favore della maternità, e disciplinati dal D.M. 15 luglio 1999, n. 306 e successive modificazioni. Il primo intervento si configura come un'azione contro la povertà, e può essere concesso ai nuclei familiari con almeno tre figli minori degli anni 18, per tredici mensilità con possibilità di rinnovo. La selezione delle famiglie beneficiarie è effettuata mediante l'indicatore della situazione economica equivalente (il limite di reddito a tal fine è individuato in lire 30 milioni e 800 mila

lire), e per le famiglie con più di cinque componenti le soglie relative sono calcolate mediante la scala di equivalenza dell'ISE.

L'assegno di maternità consiste invece in una misura a favore delle madri non beneficiarie dell'ordinario trattamento previdenziale previsto in quanto lavoratrici, e si caratterizza quale sostegno alla scelta della filiazione da parte di soggetti (es. casalinghe) non considerati dalla precedente legislazione lavoristica. L'assegno è erogato per cinque mesi e anche in questo caso la concessione è condizionata dalla soglia massima del reddito annuo (50 milioni) calcolato mediante l'ISE, e trova applicazione la scala di equivalenza per famiglie più numerose ovvero con componenti inabili.

Sono infine da richiamare, tra gli antecedenti di rilievo per inquadrare le innovazioni previste, la sperimentazione del reddito minimo di inserimento attuato dal d. lgs n. 237 del 1998 e l'introduzione, con d.lgs n. 109 del 1998, della disciplina dei criteri unificati della situazione economica (c.d. ricometro o ISE) quale strumento di selezione dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate. Si tratta di due novità di grande rilievo nel panorama delle politiche sociali, la cui portata può qui solo accennarsi.

Il primo strumento, anch'esso proposto nelle conclusioni della Commissione Onofri ed inserito nell'ambito di una complessiva riforma del welfare, intende introdurre, in prospettiva su tutto il territorio nazionale, una misura di garanzia a favore di coloro (singoli o famiglie) che si trovino, anche temporaneamente, al di sotto della soglia di povertà. In proposito, si è notato in varie sedi che la situazione italiana è contraddistinta, da un lato, dall'assenza di una misura nazionale di questo tipo, e dall'altro, da misure adottate dagli enti locali che se contribuiscono certamente ad alleviare il problema, realizzano oggettivamente una ulteriore disparità di trattamento dei cittadini, in dipendenza del comune di residenza, e più in generale accentuano le differenze nord-sud. Inoltre, la configurazione delle misure a favore delle famiglie (es. detrazioni fiscali, assegni familiari) presuppone l'esistenza di requisiti da parte dei beneficiari, quali la percezione di un reddito e lo svolgimento di attività lavorative che non si rinvergono nei soggetti che versano in stato di povertà: ciò produce quindi una ulteriore disparità nelle fasce più basse della società.

Il reddito minimo di inserimento (RMI), disciplinato in via sperimentale per il triennio 1998-2000 dal d. lgs n. 237 del 1998, consisteva nell'erogazione di un minimo vitale a favore di coloro che non raggiungano la soglia di povertà estrema, convenzionalmente fissata in lire 500.000 mensili. La sperimentazione è stata avviata in 39 comuni individuati a campione, mentre l'estensione su tutto il territorio nazionale di una simile misura, stimata in 4000 mdi di lire comporta, per gli oneri finanziari connessi, la riforma del sistema degli ammortizzatori sociali e degli strumenti di garanzia del reddito previsti nell'ambito della disciplina lavoristica, sui quali come noto la trattativa con le parti sociali ha incontrato forti difficoltà.

La valenza dell'istituto è di notevole rilievo, volendosi superare l'assetto categoriale degli ammortizzatori sociali, che genera sperequazioni soprattutto a favore delle fasce giovanili e di quelle occupate in settori a tasso elevato di flessibilità del lavoro, e introdurre una misura composta non solo

da meri trasferimenti monetari ma che accompagni il soggetto in difficoltà mediante formazione, servizi, offerta di riqualificazione e di ricerca del lavoro che contribuiscano al suo reinserimento.

L'esperimento del RMI è stato interrotto dall'attuale Governo, senza che fossero discussi e comunicati al Parlamento i risultati della sperimentazione, come invece richiesto dalla legge che lo aveva istituito.

L'indicatore della situazione economica (ISE) è stato previsto dalla delega contenuta nell'art. 59, commi 51 e 52 della legge finanziaria 27 dicembre 1997, n. 449, ed attuato dal d.lgs n. 109 del 1998 successivamente modificato con decreto correttivo n. 130 del 1999. Le ragioni dell'inadeguatezza del mero parametro fiscale ai fini dell'individuazione dei soggetti meritevoli di prestazioni agevolate, che hanno comportato la previsione di altri criteri nei settori dell'istruzione secondaria e universitaria, nella sanità e in altri ambiti, sono state più volte sottolineate. In sintesi, esse discendono dall'esistenza di consistenti settori di economia sommersa, nella divaricazione tra reddito fiscale e consistenza del patrimonio immobiliare, nella incapacità del criterio fiscale a far emergere la situazione economica complessiva del nucleo familiare. Si è così prevista una disciplina che anche nell'ambito delle prestazioni sociali agevolate consentisse agli enti erogatori di definire la soglia di accesso secondo criteri unificati sia di valutazione della situazione economica, sia di dichiarazione da parte degli utenti delle informazioni richieste ai fini del calcolo del parametro.

L'adozione di un indicatore uniforme della situazione economica ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate costituisce un approdo recente, dopo due diverse fasi nelle quali, inizialmente, non esistevano criteri, preferendosi una scelta universalistica senza alcun discrimine o vi erano criteri non collegati allo stato di bisogno, e successivamente si era passati a criteri basati sul reddito (c.d. redditometro), peraltro molto diversificati tra loro. Quali esempi della prima fase possono richiamarsi l'integrazione al minimo delle pensioni, per la quale fino al 1983 non esisteva un criterio di concessione che tenesse conto della condizione economica del beneficiario, e l'esonero dal ticket sanitario; tipiche della seconda fase sono varie prestazioni INPS (es. pensione ai superstiti e cumulabilità dell'assegno di invalidità, assegni a favore del nucleo familiare, assegni di invalidità ecc.).

3.4 I principi della legge quadro

L'esame della legge n. 328 viene qui condotto privilegiando i seguenti contenuti: in primo luogo i principi attorno ai quali ruota la riforma; secondariamente, l'articolazione dei rapporti Stato-Regioni-Enti locali; un terzo aspetto di rilievo concerne le garanzie previste a tutela degli utenti; infine, gli strumenti innovativi introdotti ai fini dell'offerta dei servizi. Questa sequenza sembra preferibile anche a causa della complessità di alcune formulazioni e di qualche sovrapposizione nel testo della legge che sotto questo profilo risente di un iter parlamentare peculiare: il d.d.l. governativo, A.C. n. 4931, presentato il 28 maggio 1998, ha costituito il testo base del comitato ristretto approvato dalla Camera il 31 maggio 2000. Dopo questa lunga gestazione, a causa della scadenza della scorsa legislatura, la legge è stata definitivamente approvata dal Senato il 18 ottobre 2000 senza apportare modifiche rispetto al

testo proveniente dalla Camera. Ciò ha senz'altro impedito un lavoro di ulteriore affinamento e ripulitura dell'articolato.

L'analisi del testo è utile sia al fine di individuare i contenuti della riforma, che recepisce indirizzi elaborati da tempo (es. l'istituzione di servizi "a rete"), sia per mettere a confronto tali contenuti con il nuovo assetto derivante dal nuovo Titolo V della Costituzione.

L'art. 1, intitolato principi e finalità, indica in realtà qualcosa di più, riferendosi ai soggetti e alla strumentazione per l'erogazione dei servizi. Al comma 1 viene esplicitato uno dei principi cardine della riforma rappresentato dall'universalismo delle prestazioni. L'accento nella definizione adottata è sulla finalità di assicurare il benessere "psico-fisico" della persona, riconoscendosi l'esigenza di fornire servizi per il superamento delle varie situazioni di bisogno e di difficoltà, non solo economica.

La formulazione prescelta, secondo la quale "La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali", si contrappone a quella presente in alcune proposte delle forze politiche che all'epoca erano di opposizione, che anche se dislocate sui fronti opposti dello schieramento politico¹³ propugnavano una concezione di "welfare residuale", ritenendo che le risorse, per definizione ritenute scarse, dovessero essere indirizzate esclusivamente a favore di soggetti marginali (in stato di povertà, affetti da determinate disabilità, malattie o tossicodipendenze). Questa concezione comporterebbe un elevato livello di privatizzazione dei servizi che la maggioranza della popolazione dovrebbe assicurarsi in base a strumenti di mercato e si fonda sulla possibilità di individuare in ogni caso categorie specifiche e cristallizzate di destinatari delle prestazioni. La scelta universalista si richiama invece alle esperienze nordeuropee, scandinave e anglosassoni, che vantano le più solide tradizioni nello sviluppo del welfare come diritto di cittadinanza, e si basa, oltre che su motivi etici, sulle mutate condizioni sociali e di vita intervenute nell'ultimo scorcio del secolo nella società italiana. La condizione degli anziani, l'allungamento della vita media, le nuove forme assunte dalle famiglie (single, monoparentali,) e il declino della rete protettiva offerta dalla famiglia tradizionale, la flessibilità del mercato del lavoro e le nuove povertà, sono tra i principali fattori di tale mutamento sociale: qui interessa rilevare che nelle nuove condizioni di vita i confini tra stato di bisogno sono divenuti più labili e più diffusa è la possibilità di entrare e uscire da uno stato di necessità temporaneo.

In terzo luogo il principio universalistico si contrappone a quello categoriale, tipico dell'esperienza italiana, che ha favorito il proliferare di particolarismi cresciuti intorno al riconoscimento di specifici diritti soggettivi¹⁴.

¹³ La concezione di un sistema di welfare residuale, orientato verso soggetti ritenuti marginali e contrario ad un indirizzo universalista è identificabile in vari emendamenti proposti al testo unificato redatto dal comitato ristretto della Camera dei deputati e poi esaminato dall'aula. Si vedano in tal senso gli emendamenti a firma di alcuni deputati di Rifondazione comunista secondo i quali hanno diritto agli interventi erogati dal sistema dei servizi sociali le persone che presentino insufficienza del reddito, incapacità a provvedere alle proprie esigenze per cause diverse da malattie acute, ovvero che siano sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendano necessari azioni di sostegno sociale. Di opposto segno politico, ma coincidenti nelle finalità, si vedano gli emendamenti presentati da deputati della Lega Nord tendenti a sopprimere il carattere di universalità delle prestazioni.

¹⁴ Per questa analisi, cfr M. Ferrera, *Le trappole del welfare*, Bologna, Il Mulino, 1997, e C. Saraceno in AA.VV., *Regionalismo, federalismo, welfare state*, Milano, Giffrè, 1997, T. Boeri,Bologna, Il Mulino, 2000.

L'art. 1 della legge quadro chiarisce anche i principi di base sui rapporti pubblico-privato nella materia. Se il comma 3 fissa le responsabilità pubbliche dei diversi livelli di governo (statale, regionale e degli enti locali) richiamandosi al decentramento realizzato con il d.lgs n. 112 del 1998, il comma 4 contiene l'elenco dei soggetti privati che operano nell'ambito dei servizi, che sembra volutamente ampio ed esaustivo, a riconoscimento del ruolo di tali soggetti, mentre al comma 5 essi sono parimenti richiamati per indicare che ove assumano la "qualità di soggetti attivi" nell'ambito del sistema sono ammessi alla gestione e alla programmazione degli interventi. Una delle principali innovazioni della legge è quindi quella di configurare un sistema di servizi a rete, a composizione mista, nel quale accanto alla fissazione delle basilari responsabilità pubbliche comunque ribadite si affianca un doppio riconoscimento dei privati, in quanto collegati o meno al sistema mediante strumenti di concertazione. A questo assetto organizzativo e gestionale, l'ispirazione fondata su un approccio orientato a fasce determinate e marginali della popolazione cui si è fatto sopra cenno, contrapponeva un modulo imperniato sugli enti pubblici coinvolti, consentendo soltanto la stipula di convenzioni con i privati e relegando questi ad un ruolo residuale. Ulteriore corollario di questa impostazione era la distinzione proposta tra interventi obbligatori e facoltativi, che attribuisce alle regioni ed agli enti locali solo quelli discrezionali, ritenendo per questa via di offrire la massima garanzia (statale ?) a determinate categorie. Seppure minoritaria, questa posizione estrema esplicita la valenza innovativa della legge, che da questa concezione si è distaccata nettamente.

La scelta a favore della collaborazione pubblico-privato contenuta nella legge n. 328 valorizza quindi il principio di sussidiarietà orizzontale, accentuando il ruolo dei soggetti del c.d. "privato-sociale", accanto al riconoscimento della "responsabilità pubblica" per le attività di regolazione e di garanzia delle prestazioni offerte. Le differenze rispetto ad altri settori compresi nel sistema di welfare, quali i servizi sanitario e scolastico sono molteplici. In primo luogo si è scelto di non istituire una sorta di "servizio sociale nazionale" imperniato sulle amministrazioni pubbliche. Secondariamente, la presenza ormai consolidata di esperienze maturate in alcuni ambiti locali del centro-nord, dove la collaborazione tra volontariato e altri soggetti privati con le amministrazioni pubbliche ha dato i migliori frutti, ha suggerito di diffondere questo modello, integrandolo con la esplicita indicazione di tutti i soggetti potenzialmente coinvolti (dalle organizzazioni cooperative, a quelle meno strutturate, alle organizzazioni sindacali). Inoltre, il ruolo del complesso dei soggetti pubblici, Stato-Regioni-Enti locali, non è concepito in modo dirigista, lasciandosi alla libera scelta dei privati la partecipazione alla rete dei servizi, e viene configurato quale funzione di programmazione, ai diversi livelli territoriali. E' prevista l'integrazione nella funzione dei soggetti privati che partecipano alla rete, e, sempre per i soggetti pubblici, un altro compito concerne la regolazione mediante l'indicazione di standard, di strumenti di verifica e di garanzia all'utenza. Infine, anche il finanziamento risente di questo sistema misto, attingendo sia a risorse statali, sia a quelle degli enti di autonomia e dei privati.

Queste differenziazioni nell'assetto del rapporto pubblico-privato confermano l'approccio che non considera in modo univoco l'attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale, ma che invece sottolinea come questo principio debba essere concepito in modo differenziato, in dipendenza delle funzioni. Se quelle indicate sono attività nelle quali i soggetti privati possono esercitare un ruolo che

connota la sussidiarietà, questo principio trova invece scarsa o nessuna possibilità di esplicarsi nell'ambito delle funzioni di ordine, di sicurezza e di giustizia, dove prevale nettamente l'esigenza di garanzia e di parità di trattamento dei cittadini rispetto a misure che privilegino esclusivamente il raggiungimento di standard di efficienza.

Al principio di sussidiarietà si collega indirettamente la previsione, al comma 6 dell'art. 1, della legge-quadro, della promozione della partecipazione attiva dei cittadini-utenti, delle relative associazioni ed organizzazioni sindacali alla realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali. Questa partecipazione costituisce infatti la forma attraverso la quale mobilitare le forze disponibili della società civile. In tal senso la legge intende valorizzare strumenti quali le carte dei servizi, l'istituzione di sistemi di concertazione, di valutazione e controllo, aperti agli utenti, della qualità delle prestazioni offerte.

Gli altri principi richiamati dall'art. 1 coincidono con quelli che hanno caratterizzato la stagione di riforme amministrative avviate durante la scorsa legislatura, previsti dalla legge delega n. 59 del 1997. Così, i principi di cooperazione, efficacia efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali hanno qui il significato di orientare l'azione amministrativa necessaria per la realizzazione del sistema integrato in modo coerente alle riforme in corso, relative al decentramento, alla riforma degli apparati centrali, alla semplificazione, alla delegificazione. Le riforme amministrative avviate coinvolgono anche il settore dei servizi sociali: si pensi al ruolo dei comuni, titolari delle funzioni amministrative in materia, e ai rischi del neo-centralismo regionale; all'esigenza di facilitare l'accesso ai servizi e quindi di semplificazione e trasparenza; alla valutazione delle politiche sociali, sia da parte del centro che degli enti di autonomia; all'individuazione dei criteri di allocazione delle risorse del Fondo nazionale delle politiche sociali; alla necessità di stabilire standard di servizi essenziali da garantire su tutto il territorio nazionale ed alle relazioni con i principi di efficacia ed economicità.

3.5 L'articolazione Stato - Regioni- Enti locali

La dislocazione delle funzioni nella materia dei servizi assistenziali risulta oggi condizionata dall'attuazione della riforma del titolo V della Costituzione prevista dalla legge costituzionale n. 3/2001. Per ricostruire il sistema è comunque rilevante constatare che la legge quadro ha confermato la scelta che privilegia i comuni quali titolari delle funzioni relative ai servizi sociali offerti a livello locale, già presente nella seconda e terza legge di decentramento, con alcuni ampliamenti e specificazioni connessi al concetto di rete. Si passa così dai compiti di erogazione dei servizi alla attribuzione della titolarità delle funzioni, comprendenti la programmazione e realizzazione in ambito locale, alla erogazione di servizi e prestazioni economiche, alle attività di autorizzazione, accreditamento (secondo i requisiti stabiliti dalla disciplina regionale integrativa di dei requisiti minimi statali, v. art. 11) e vigilanza delle strutture erogatrici, nonché dei parametri di individuazione delle persone destinatarie con priorità degli interventi. E' anche prevista la partecipazione necessaria dei comuni interessati al procedimento regionale per l'individuazione degli ambiti territoriali del sistema locale della rete di servizi, che "di norma" devono coincidere con i distretti sanitari, al fine di assicurare la necessaria integrazione.

Nella descrizione delle funzioni, il comma 3 dell'art. 6 elenca in modo non esaustivo i compiti che dovrebbero connotare alcune innovazioni sperimentate finora solo in determinate aree del paese: ci si riferisce a forme di "banche del tempo" e di sviluppo di relazioni di servizi comunitari realizzati localmente, alla valutazione dei servizi e alla partecipazione dei cittadini. In riferimento ai compiti dei comuni va richiamato il collegamento con la riforma sanitaria prevista dal d.lgs n. 229 del 1999, che all'art. 3 septies ha disciplinato la materia dell'integrazione socio sanitaria, individuando tre categorie di prestazioni sociosanitarie: quelle sociali a rilevanza sanitaria, quelle sanitarie a rilevanza sociale e quelle ad elevata integrazione sanitaria. Se nelle prime due opera una compartecipazione nella spesa da parte dei comuni e delle A.S.L. in diversa misura a seconda del prevalere del contenuto sociale o sanitario della prestazione, per quelle ad elevata integrazione sanitaria la copertura finanziaria è interamente a carico del servizio sanitario nazionale. Per le ragioni richiamate, riguardanti il mutamento delle condizioni sociali, le attività di integrazione sociosanitaria hanno assunto un ruolo fondamentale nel nuovo welfare: lo stesso art. 3 septies ha rinviato ad un atto di indirizzo e coordinamento, adottato con DPCM 14.2.2001, per l'individuazione delle prestazioni rientranti nelle tre categorie indicate, e la rilevanza di questa innovazione è confermata dalla disposizione che inserisce di diritto le prestazioni ad elevata integrazione tra quelle rientranti nei livelli essenziali di assistenza sanitaria. Le attività sociosanitarie saranno quindi comprese nelle diverse articolazioni della pianificazione sanitaria, a livello centrale, ma soprattutto nei piani di zona. Alcune leggi regionali hanno, a questo proposito, istituito la "zona sociosanitaria" quale sede della programmazione delle attività sociali realizzate dalle aziende sanitarie.

La legge n. 328 dedica particolare attenzione a questa riforma degli interventi sociosanitari, stabilendo che i piani di zona siano approvati d'intesa dai comuni associati nell'ambito dei distretti e dalle aziende sanitarie (art. 6, comma 3, lett. b). Nella medesima direzione deve leggersi la disposizione del comma 3, lett. b) dell'art. 6, che nell'ambito delle funzioni dei comuni promuove il coordinamento dei programmi e delle attività di integrazione sociale, da realizzare mediante intese con le aziende sanitarie. Il collegamento è quindi previsto sia al livello istituzionale del piano di zona, sia con modalità che i comuni possono promuovere autonomamente per specifici progetti da realizzare d'intesa con il sistema sanitario.

Ai comuni, secondo l'art. 6, comma 2, sono confermate le funzioni già conferite dall'art. 131 del d.lgs n. 112, che riveste un contenuto anticipatore della riforma, laddove prevede che spettino loro i compiti di progettazione e di realizzazione della rete dei servizi sociali; inoltre, ad essi competono i compiti correlati alle funzioni suddette, concernenti l'autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei soggetti che intervengono nella rete, la definizione dei parametri di valutazione dei nuclei familiari per l'accesso a prestazioni agevolate, così confermandosi l'impostazione in materia di ISE prevista dal d.lgs n. 109 del 1998. Infine, al comma 3 sono elencati alcuni compiti che tendono a collegare la realizzazione della rete dei servizi con la sperimentazione e con recenti indirizzi delle riforme amministrative: questi riguardano forme collaborative per favorire attività di autoaiuto e di volontariato e reciprocità tra le persone, l'adozione sistematica di strumenti di semplificazione amministrativa, controllo e valutazione dell'efficacia che prevedano la partecipazione degli utenti.

Il ruolo delle province risulta limitato al concorso nella programmazione ed a compiti conoscitivi e di analisi dell'offerta assistenziale. La dimensione provinciale, stretta tra quella dei distretti e quella comunale ha quindi assunto una funzione residuale.

Alle regioni sono attribuiti compiti di programmazione, coordinamento, indirizzo e valutazione della complessiva attuazione del sistema integrato nell'ambito territoriale di competenza. Queste funzioni sono ulteriormente specificate all'art. 8, comma 3, che contiene un elenco di compiti da attuarsi "nel rispetto di quanto previsto" dal d.lgs n. 112 del 1998. Esse riguardano la determinazione dei distretti, secondo le modalità procedurali indicate sopra (e cioè con il coinvolgimento degli enti locali interessati), l'integrazione con altri servizi di competenza regionale (es. collocamento, trasporti e comunicazioni, servizi del tempo libero ecc.), promozione della sperimentazione e di metodi per la valutazione delle politiche sociali. Spetta alle regioni l'indicazione di una serie di criteri indirizzati agli enti erogatori, concernenti la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni, la definizione delle tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati e la concessione di buoni-servizio che consentono l'erogazione di prestazioni da parte di privati. Infine, l'accentuazione della responsabilità politica e amministrativa delle regioni nell'implementazione del sistema è alla base della previsione dei poteri sostitutivi ad esse conferiti. Le residue funzioni statali riprendono formulazioni presenti, in primo luogo, nel d.lgs n. 112, e in altre leggi approvate nel corso della scorsa legislatura in materia di servizi sociali¹⁵ che hanno limitato le competenze statali a quelle strettamente connesse ai compiti di indirizzo e coordinamento mediante l'indicazione di standard, e di ripartizione delle risorse.

I compiti indicati alle lettere a), b), c) e d) dell'art. 9, comma 1, riguardano l'indicazione dei principi e degli obiettivi delle politiche sociali, mediante l'adozione del piano nazionale degli interventi e servizi sociali, che sul modello di quanto previsto nell'ambito della sanità, costituisce il fondamentale atto di programmazione in materia; l'individuazione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni, dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi nonché dei requisiti e dei profili per le professioni sociali. A questi ultimi due compiti sono dedicati gli artt. 11 e 12: il primo modula l'assetto delle competenze statali, regionali e locali nell'individuazione dei criteri di autorizzazione e accreditamento, introducendo una disposizione transitoria che consente ai requisiti minimi nazionali di operare per i servizi e le strutture di nuova istituzione, mentre per quelli già esistenti si prevede che le regioni stabiliscano un termine di adeguamento, comunque compreso nel massimo in cinque anni.

L'art. 12 è dedicato, anche qui sul modello del personale sanitario, alle figure professionali dei servizi sociali. I profili professionali avrebbero dovuto essere individuati con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, di concerto con tutti i Ministri interessati, sulla base di criteri stabiliti d'intesa con la Conferenza unificata. Con uno specifico regolamento, emanato a seguito di analoga procedura, si sarebbe dovuto definire i diversi livelli formativi per le figure in questione, operandosi il collegamento con le recenti norme di riforma degli ordinamenti didattici delle università; infine, un ulteriore decreto

¹⁵ Il riferimento è alle leggi approvate nella scorsa legislatura richiamate sopra nel testo al par.

interministeriale disciplina l'accesso alla dirigenza nel settore, finora escluso. Questi adempimenti sono però ormai preclusi dall'entrata in vigore della riforma costituzionale.

Con riferimento alla ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali, l'art. 20 prevede l'incremento di circa mille miliardi a decorrere dal 2002, e una nuova disciplina del procedimento di assegnazione delle risorse relative e delle procedure di riparto. Quanto alle modalità di ripartizione l'art. 80 della legge finanziaria 2001, al comma 15, ha previsto una nuova procedura di riparto delle risorse, che ha suscitato durante il dibattito al Senato e nella fase immediatamente successiva all'approvazione della legge una discussione che richiede alcuni approfondimenti. Le risorse del Fondo, istituito dall'art. 59, comma 44, della legge n. 449 del 1997, sono costituite dagli stanziamenti previsti da varie leggi di settore presenti nell'ambito dei servizi sociali e sono aggiuntive a quelle che gli enti di autonomia possono attivare nell'ambito degli stanziamenti previsti dai loro bilanci. L'introduzione del Fondo rispondeva quindi alla duplice esigenza di anticipare l'adozione di uno strumento unanimemente ritenuto "condizione e presupposto" per la riforma dei servizi sociali e di istituire un contenitore unico delle risorse frammentate in diversi canali finanziari al fine di razionalizzare la loro allocazione complessiva e conferire maggiore flessibilità a tale processo. Il potere di riparto del ministro di settore non è più vincolato dagli stanziamenti previsti dalle singole leggi, ma è strutturato in modo da consentire scostamenti rispetto a questi sulla base di criteri rimessi alla stessa autorità politica. L'innovazione era preordinata allo scopo di connettere i finanziamenti alla garanzia dell'offerta delle prestazioni che rientrano nei livelli essenziali dei servizi sociali, superando la frammentazione esistente e derivante da leggi e leggine parziali. Con la consapevolezza di questa esigenza, nel d.d.l. governativo che ha costituito il testo base della discussione alla Camera poi approvato con la legge n. 328, si era prevista (v. art. 10 dell' A.C. n. 4931) un'ampia delega per la riforma complessiva degli interventi previsti dalle varie leggi confluite nel Fondo. Si intendeva infatti procedere alla razionalizzazione degli interventi, favorendo la loro integrazione, definire le procedure di ripartizione superando le diverse discipline delle leggi speciali richiamate, introdurre incentivi finanziari all'associazionismo tra comuni e forme di cofinanziamento tra i diversi livelli di governo, nonché prevedere meccanismi che consentissero la specifica individuazione della spesa per servizi sociali autonomamente erogata dagli enti di autonomia sulla base di proprie risorse. E ciò al fine di consentire al Fondo di svolgere un ruolo di progressiva perequazione e di evitare rischi di improprie sostituzioni da parte degli enti locali delle quote di spesa sociale con gli stanziamenti ricevuti dal Fondo medesimo. Malgrado la previsione del parere parlamentare nell'ambito del procedimento di esercizio della delega, e pur se i principi e criteri direttivi indicati fossero sufficientemente dettagliati, è prevalso alla Camera un orientamento negativo sull'attribuzione di tale potere al Governo.

Una forte sollecitazione proveniente dalle regioni, accolta dalla maggioranza e dalle opposizioni durante la discussione della legge quadro al Senato ha indotto il Governo a presentare un emendamento al d.d.l. finanziaria contemporaneamente all'esame della Camera ora contenuto dall'art. 80, comma 15 della legge n. 388 del 2000. Tale disposizione, prevedendo che le risorse del Fondo siano ripartite annualmente alle regioni con un unico provvedimento del ministro, risolve uno degli inconvenienti lamentati, causato dalla possibile pluralità dei provvedimenti di riparto e dalla conseguente difficoltà

delle regioni nella programmazione finanziaria annuale, ma lascia aperti gli altri problemi. E' anche da notare anche che l'enfasi con la quale è stato accolto l'emendamento alla legge finanziaria ha fatto ritenere ad alcuni che da esso discendesse anche l'eliminazione di qualunque vincolo di destinazione alle risorse del Fondo. Questa convinzione sembra errata, dal momento che le leggi di settore non risultano abrogate, ma anzi si prevede che la ripartizione in unica soluzione sia disposta "sulla base della vigente normativa".

3.6 Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali

Il Piano nazionale delle politiche sociali, disciplinato dall'art. 18 della legge, costituisce il principale strumento di programmazione degli interventi e di orientamento di tali politiche. Anche su questo strumento incide la novità della riforma costituzionale, non essendo più possibile indicare "principi" alle regioni in presenza della riconosciuta competenza esclusiva in materia.

Quanto alla funzionalità di tale sistema, dall'esperienza maturata con l'approvazione del primo piano nazionale, adottato con d.P.R. 3.5.2001 (pubblicato in G.U. 6.8.2001, supplemento ordinario n. 204), può rilevarsi che questa non viene necessariamente pregiudicata dall'ampiezza della partecipazione. Il piano è stato infatti approvato nel termine di dodici mesi fissato dalla legge (art. 18, comma 4), anche se a tale risultato hanno concorso sia il forte impulso del Ministro pro-tempore, sia l'allora imminente conclusione della legislatura.

In riferimento ai contenuti, il primo piano nazionale, adottato con d.P.R. 3.5.2000 (pubblicato in G.U. 6.8.2001, supplemento ordinario n. 204) prevede alcune peculiarità rispetto ai settori elencati al comma 3 dell'art. 18, che presuppongono la complessiva messa a regime del servizio a rete. Essi comprendono "le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali" dei servizi, le priorità di intervento, le modalità di attuazione e di coordinamento con gli interventi previsti nell'ambito della sanità, dell'istruzione, della formazione e delle politiche del lavoro, gli indirizzi della sperimentazione, i parametri e gli indicatori per la valutazione delle politiche sociali, i criteri generali per la disciplina del concorso degli utenti ai costi dei servizi sociali, indirizzi per la predisposizione di specifici interventi a favore di determinate categorie, i finanziamenti relativi a ciascuno dei tre anni di vigenza del piano. Anche in questo caso l'elencazione presenta alcune sovrapposizioni, laddove ai punti l) ed o) del comma 3 sono indicati interventi a favore di soggetti necessariamente compresi nell'azione dei servizi sociali (anziani, disabili, minori ecc.).

In secondo luogo, alcuni contenuti del piano rischiano di duplicare (se non di invadere) ambiti rimessi alla competenza regionale e degli enti locali, o disciplinati da altri atti normativi: in tal senso, i criteri generali del "riccometro" indicati nel piano devono "tener conto" dei principi stabiliti dalla disciplina statale che ha avviato la sperimentazione di questo strumento (d.lgs n. 109/1998 e successive modificazioni e integrazioni); gli indicatori per la verifica dei risultati di integrazione sociale raggiunti (v. lett. f del comma 3), letteralmente intesi, rischiano di invadere l'autonomia locale e di prefigurare un sistema di controlli pervasivi, laddove la giusta esigenza di introdurre forme di valutazione e di analisi

costi-benefici degli interventi realizzati presuppone una funzione di stimolo e di supporto del livello centrale e l'avvio di un processo di costante aggiornamento ed elaborazione di dati in sede locale, di cui tener conto nella fase decisionale.

I contenuti del piano 2001-2003 sono in primo luogo caratterizzati dall'essere questo il "primo" piano nazionale delle politiche sociali, e dalla volontà politica di tempestiva approvazione nelle more della conclusione della scorsa legislatura. Conseguenza di ciò è stata una scelta di tipo pragmatico che ha comportato la preferenza per indirizzi ed orientamenti agli attori istituzionali che dovranno comporre la rete dei servizi, rispetto alle analisi ed alle argomentazioni di carattere generale, desumibili da altre fonti e dalla stessa impostazione di base della legge quadro. Questa opzione non è comunque da classificarsi di basso profilo, dal momento che con il piano in questione, proprio in quanto "primo" significativo atto di programmazione delle politiche sociali, si è inteso tracciare le linee guida del sistema oltre l'orizzonte triennale, formalmente previsto dalla legge.

I principi riaffermati nella prima parte fissano infatti i contenuti fondamentali della legge, trasferendoli nella programmazione degli interventi. In tal senso assumono il suddetto valore estensivo l'enfasi del richiamo all'universalismo delle prestazioni, "rivolte alla generalità degli individui", e preordinate ad "accompagnare" le persone e le famiglie lungo l'intera vita, con azioni flessibili, modulate sul bisogno ed al di fuori di rigide categorizzazioni. L'obiettivo delle politiche in questione è il perseguimento del "ben-essere sociale", identificato con lo sviluppo delle capacità degli individui, di tipo fisico e relazionale, quali "membri attivi" della società, ed a tal fine il sistema dei servizi "promuove la solidarietà sociale", volendo mobilitare oltre ai soggetti pubblici preposti tutte le forme del privato, da quelle organizzate a quelle delle famiglie, di auto-aiuto, di reciprocità tra le persone.

Il piano si articola quindi in tre parti, dedicate rispettivamente agli obiettivi prioritari, ai livelli essenziali delle prestazioni da realizzarsi in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, ai criteri di ripartizione tra le regioni delle risorse del Fondo nazionale delle politiche sociali. Se paragonata alla elencazione dettagliata di temi prevista dall'art. 18, comma 3 della legge, questa articolazione contribuisce a razionalizzarne i contenuti, pur dovendosi rilevare che l'esigenza di avviare la riforma ha favorito una certa selettività dei temi trattati.

Le priorità indicate, da un lato, si richiamano indirettamente alle varie analisi che hanno evidenziato le carenze del sistema di welfare consolidatosi in Italia, e dall'altro sono coerenti con le politiche avviate durante la passata legislatura. Esse riguardano: la valorizzazione e il sostegno alle responsabilità familiari; il rafforzamento dei diritti dei minori; il potenziamento degli interventi di contrasto della povertà; il sostegno delle persone non autosufficienti (in particolare anziani e disabili gravi) mediante servizi domiciliari.

Pur riconoscendosi la positività di sussidi economici per coprire le spese relative alla nascita dei figli introdotte in anni recenti dagli enti locali, il piano sottolinea che tali misure non devono considerarsi alternative all'offerta di servizi, così confermando uno degli indirizzi di fondo della legge n. 328. In particolare, si segnalano le carenze nella diffusione degli asili nido, specie nel mezzogiorno e

l'esigenza di un rinnovamento di questi servizi ¹⁶. Quanto all'obiettivo di valorizzare le responsabilità familiari, si prevede che i piani di zona "dovranno prevedere misure e servizi" in vari settori riguardanti: la conciliazione dei tempi di lavoro con le responsabilità familiari, specie delle madri, attivando gli strumenti previsti dalla recente riforma dei congedi parentali (legge n. 53/2000 e testo unico n. 151 del 2001); i servizi per l'infanzia finanziati dalla legge n. 285/97; agevolazioni alle famiglie disagiate (agevolazioni tariffarie, abitative, forme di autoaiuto ecc.).

Sembra qui rilevante che l'elencazione delle misure assume un carattere quasi prescrittivo e tale da far ritenere che gli interventi e servizi indicati costituiscano parte dei livelli essenziali dei servizi dei quali il piano si occupa in un altro capitolo. L'impressione è rafforzata dal ripetersi della medesima tecnica con riferimento ad altri obiettivi. In riferimento agli anziani, i piani di zona dovranno introdurre misure che il piano elenca in modo alquanto dettagliato, che vanno dall'istituzione di un "servizio civile" per gli anziani, ovviamente su base volontaria e finalizzato a valorizzarne le esperienze e le competenze, all'assistenza domiciliare, alla realizzazione di centri diurni.

Per quanto concerne il secondo obiettivo prioritario, identificato nel rafforzamento dei diritti dei minori, lo strumento indicato è il piano territoriale degli interventi per l'infanzia previsto dalla legge n. 285 del 1997 (art. 2, comma 2). Si tratta di una precisazione importante, anche perché contribuisce a chiarire che le specifiche norme di settore continuano a restare in vigore, anche dopo l'entrata in vigore della legge quadro e delle modalità di ripartizione delle risorse alle regioni introdotte dall'art. 80 della legge finanziaria 2001.

Le azioni previste dal piano per l'obiettivo 3, relativo al contrasto della povertà, risentono della fase ancora sperimentale nella quale è gestito il reddito minimo di inserimento. Prendendo atto dell'esistenza di misure analoghe adottate dagli enti locali, ma non diffuse in modo uniforme sul territorio, il piano intende favorire la razionalizzazione di queste iniziative, in attesa della possibile estensione del RMI a livello nazionale. Qui l'indicazione delle misure non assume forme di dettaglio come per gli altri obiettivi, ma la razionalizzazione dovrebbe realizzarsi mediante l'avvio di forme di sostegno del reddito coordinate a livello regionale e consistenti in "pacchetti" di risorse che comprendano l'integrazione del reddito, l'accesso a servizi e utenze, buoni per l'acquisto di beni ecc.. La strategia scelta punta quindi sul superamento dei sussidi consistenti in mere erogazioni monetarie, e sull'introduzione di "contratti di inserimento" con i destinatari ai quali partecipino diversi soggetti, pubblici e privati, che contribuiscano all'azione di contrasto della povertà mediante beni e servizi. La finalità, come per il RMI, è quella di pervenire al reinserimento del beneficiario nel contesto sociale e nel mercato del lavoro, evitando di cristallizzare la sua posizione nella percezione del sussidio.

Infine, l'obiettivo del sostegno dei servizi domiciliari per le persone non autosufficienti costituirà il banco di prova della nuova disciplina dell'integrazione socio-sanitaria, prevista dalla riforma sanitaria (d.lgs n. 229/99), ed adottata con atto di indirizzo e coordinamento (DPCM 14.2.2001). Questo

¹⁶ Sul tema della riforma degli asili nido, cfr il d.d.l. presentato dal governo il 23.3.1999, recante "Norme per lo sviluppo e per la qualificazione di un sistema di servizi per i bambini di età inferiore ai tre anni e per le loro famiglie" (A.C. n. 5838).

intervento assume una particolare centralità nel momento in cui i dati confermano la prevalente concentrazione tra gli anziani delle persone con disabilità (gli anziani sono il 73,2 % del totale dei disabili), e l'allungamento della vita conferma il trend di aumento del numero degli anziani. Questi dati sono alla base della scelta compiuta con il richiamato atto di indirizzo e coordinamento, con il quale sono state enucleate, secondo quanto previsto dalla legge (art. 3 septies del d.lgs n.229), le prestazioni sociali "ad elevata integrazione sanitaria": tali prestazioni sono caratterizzate "da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria" e riguardano oltre alle patologie terminali, e alle inabilità complessivamente intese, le patologie psichiatriche, da HIV, le tossicodipendenze. Queste patologie, come noto, hanno in comune la circostanza per cui alla fase acuta, nella quale prevale in via esclusiva l'assistenza sanitaria, segue una fase successiva caratterizzata "dal concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza". La classificazione non ha solo natura definitoria ma istituisce una nuova forma di intervento sociosanitario, prendendo atto della necessità di una assistenza personalizzata ed integrata per patologie che hanno spesso lunga durata, rispetto all'ordinario intervento sanitario, e presentano una peculiare necessità di integrazione.

La seconda rilevante innovazione concerne il finanziamento di queste prestazioni, che viene posto a carico del servizio sanitario nazionale. Qui vi è il riconoscimento della maggiore garanzia, allo stato attuale, delle prestazioni offerte dal s.s.n., rispetto ad un sistema di prestazioni sociali ancora largamente differenziato sul territorio nazionale in quanto dipendente da scelte discrezionali degli enti locali. Le prestazioni sociali ad elevata integrazione sanitaria, di cui si avverte la crescente necessità, specie per quanto riguarda gli anziani non autosufficienti, entrano quindi a far parte del contenuto del diritto alla salute.

Il piano nazionale prende atto di questo indirizzo (che il Ministro per la solidarietà sociale dell'epoca ha largamente concorso a determinare, d'intesa con il Ministro della sanità), promuovendo un progetto per le persone anziane non autosufficienti che consenta loro di usufruire dell'assistenza domiciliare, allo scopo di evitare i rischi di derivanti dall'istituzionalizzazione e dallo sradicamento dal proprio contesto sociale.

3.7 I livelli essenziali dei servizi sociali

Un elemento rilevante, anche alla luce del nuovo testo dell'art. 117 Cost. introdotto dalla legge n. 3/2001, che ha attribuito la materia allo Stato, si ricava dalla disposizione dell'art. 20, comma 4, della legge quadro, che seguendo il modello del Fondo sanitario prevede che la definizione dei livelli essenziali sia effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo, tenuto conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dagli enti di autonomia. In tal modo i vincoli alla spesa in questa materia non saranno più posti in modo unilaterale dal ministro che controlla la spesa (finora il tesoro, ora il ministro dell'economia e delle finanze) ma risulteranno da una procedura di verifica e

valutazione delle conseguenze degli impegni finanziari aperta alla partecipazione dei ministri interessati (in primis dal neo istituito ministro del lavoro e delle politiche sociali) e alle regioni ¹⁷.

L' art. 22 della legge n. 328 definisce il complesso delle misure che costituiscono il sistema integrato dei servizi sociali e fornisce una specifica indicazione delle prestazioni che, nell'ulteriore dettaglio individuato dal Piano delle politiche sociali, rappresentano i livelli essenziali dei servizi che dovranno essere offerti dal sistema. La previsione legislativa opera quindi come garanzia dell'inclusione nel Piano delle misure in questione.

L'individuazione dei livelli essenziali costituisce lo strumento principale per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali. Peraltro, la forte differenziazione del livello delle prestazioni attualmente offerte dagli enti locali e la fase iniziale in cui evidentemente si trova la riforma hanno suggerito un approccio graduale nella redazione del piano. I livelli essenziali non sono pertanto costruiti come una elencazione delle prestazioni cui sono tenuti gli enti erogatori. Una scelta siffatta sarebbe comunque problematica nell'ambito dei servizi alla persona, che possono essere realizzati con modalità diverse: ad un determinato bisogno della persona può infatti corrispondersi con un servizio offerto dall'ente pubblico, ovvero con un buono-servizio, mediante convenzione con soggetti del privato sociale, o infine con un'erogazione monetaria.

I livelli essenziali sono invece configurati come "una griglia articolata su tre dimensioni": la prima concerne le aree di intervento, la seconda le tipologie dei servizi e delle prestazioni e la terza le direttrici e gli orientamenti per l'innovazione nella costruzione della rete dei servizi. Con l'indicazione delle aree si intende procedere in primo luogo alla identificazione dei bisogni sociali cui il sistema dovrà far fronte. Se l'individuazione delle prestazioni in modo analitico costituirebbe, per quanto si è detto, un fattore di irrigidimento e di centralizzazione del sistema, il censimento dei bisogni rappresenta invece una necessaria scelta di orientamento per le azioni che gli enti erogatori dovranno autonomamente intraprendere per offrire interventi e risposte soddisfacenti. Le aree indicate, che in parte coincidono con gli obiettivi prioritari, riguardano: le responsabilità familiari, i diritti dei minori, le persone anziane, il contrasto della povertà, i disabili, la lotta contro la tossicodipendenza, le azioni di avvio della riforma. Una ulteriore area "orizzontale" è quella dell'integrazione degli immigrati, che interessa in particolare il settore dei minori, per i connessi fenomeni di abuso e sfruttamento.

L'approccio gradualista, nell'individuazione delle aree, è confermato dalla previsione di interventi specifici per "l'avvio della riforma". Si è così inteso segnalare l'esigenza di discontinuità con il passato, quando non esisteva un punto di riferimento nazionale per l'attuazione delle politiche sociali, e prevedere un'area dedicata all'adozione delle revisioni ed innovazioni, anche di tipo organizzativo, necessarie per la messa a regime del sistema di rete dei servizi. L'attenzione per questo aspetto è

¹⁷ All'istituzione del nuovo ministero del lavoro e delle politiche sociali si è giunti a seguito dell'approvazione della riforma del Governo prevista dal d.lgs n. 300 del 1999, poi modificato e dal decreto legge n. 217 del 2001, convertito dalla legge n. 317 del 2001. La riforma, nella sua ispirazione originaria prevedeva l'istituzione del ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, accorpando anche le funzioni del ministero della sanità. Su questa riforma, sia consentito il rinvio a R. Finocchi, Il ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, in A.Pajno, L. Torchia, (a cura di) La riforma del Governo, Bologna, Il Mulino, 2000.

confermata dai contenuti e dalle tipologie dei servizi e delle prestazioni disegnate per rispondere alle esigenze poste dalle aree dei bisogni sociali ora richiamate. Al primo posto si trova l'istituzione del servizio sociale professionale e del segretariato sociale per l'informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari. Il segretariato sociale, richiamato anche dall'art. 22, comma 4, lett. a) della legge, costituisce sia una nuova tipologia organizzativa, sia un nuovo servizio offerto. Esso si basa infatti sulla consapevolezza della scarsa diffusione delle informazioni in questa materia e delle difficoltà che le persone in stato di bisogno, spesso a causa della loro "debolezza" sociale, incontrano nell'accesso alle informazioni relative ai servizi presenti sul territorio.

Il compito di segretariato sociale disegnato dal piano è in primo luogo quello di offrire informazioni adeguate in merito alle prestazioni e alle modalità di accesso ai servizi, contribuendo a far conoscere le risorse sociali disponibili. Sul piano organizzativo, con l'istituzione del segretariato dovrebbe realizzarsi un punto unico di accesso ai servizi, da intendersi come uno sportello in grado di offrire informazioni e orientamento agli utenti sull'intera gamma delle prestazioni sociali e socio-sanitarie e, se necessario, accompagnarli nell'accesso ai servizi.

Anche la seconda tipologia di intervento prevista dal piano, costituita dall'istituzione di un "servizio sociale professionale" prende atto dell'esigenza di avviare la riforma. Le funzioni del servizio "sono finalizzate alla lettura e decodificazione della domanda, alla presa in carico della persona ... all'attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse in rete, all'accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione".

Le altre tipologie riguardano la realizzazione di forme di assistenza domiciliare, l'utilizzo di strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali e di centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Il terzo elemento sul quale si basano i livelli essenziali delle prestazioni è rappresentato dalle "direttrici per l'innovazione delle politiche sociali", volendosi in tal modo sintetizzare alcune linee guida da attivare in modo trasversale in tutte le aree di intervento e le tipologie dei servizi.

3.8 La riforma del Titolo v: i riflessi in materia di servizi sociali

Il primo problema che si sarebbe dovuto porre il governo, con riferimento alla materia in questione, è quello di verificare l'attuale assetto all'esito della prima attuazione della legge n. 328 e della riforma costituzionale. In ordine a questa verifica è bene precisare che, anche in base alle prime riflessioni della dottrina, su alcune conseguenze della revisione del titolo V vi è accordo pressoché generale, laddove invece per altri aspetti indotti dalla riforma sussistono ancora margini di incertezza. Al di fuori di queste riflessioni si situa invece l'uso politico dell'attuale maggioranza di governo tendente da un lato a considerare superati i contenuti della legge quadro n. 328 e dall'altro a non dare neppure attuazione, anche da parte regionale, al nuovo assetto costituzionale: ciò ha prodotto una fase di stallo che non giova alla riforma del settore, attesa da oltre un ventennio, e che l'analisi giuridica potrebbe almeno in parte contribuire a rimuovere.

Un primo contenuto della riforma costituzionale sul quale non vi sono dubbi interpretativi riguarda il trasferimento della materia in questione dall'area della competenza legislativa concorrente (come previsto dall' art. 117 Cost. nel testo previgente) a quella della competenza esclusiva, o primaria, delle regioni. Questa conclusione si ricava dal mancato richiamo della materia dei servizi sociali, nell'ambito del nuovo art. 117, nella elencazione delle materie sia di competenza esclusiva statale, sia di competenza regionale concorrente. Da ciò deriva, quale prima conseguenza, la perdita del valore di norme di principio delle disposizioni aventi questa natura previste dalla legge n. 328/2000, ma non della loro valenza di norme in parte ancora vigenti. Deve infatti negarsi che dal trasferimento della materia nell'ambito della competenza regionale esclusiva derivi una generale abrogazione della legge n. 328, dal momento che altre norme previste dalla riforma costituzionale risultano con essa coerenti.

In particolare, appaiono compatibili con la legge n. 3/2001 le scelte di riservare allo Stato l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni, l'articolazione istituzionale che privilegia i comuni quali titolari delle funzioni di organizzazione e erogazione dei servizi, la opzione a favore della natura integrata pubblico-privato nella gestione, la previsione di poteri sostitutivi. Per giungere a questa conclusione occorre innanzitutto rilevare che l'art. 117, comma 2, lett. m) attribuisce allo Stato la competenza legislativa esclusiva per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, tra i quali rientra, accanto al diritto alla salute ex art. 32 Cost., anche quello alla protezione sociale o all'assistenza, quale si ricava dagli artt. 2, 3, e 38 Cost.. Non a caso questi ultimi articoli sono citati dall'art. 1 della legge n. 328, che si definisce strumento di attuazione sul territorio nazionale dei principi in essi contenuti.

A questo forte aggancio costituzionale in tema di determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) si aggiungono altre competenze esclusive statali di tipo trasversale enumerate dal nuovo art. 117, dal cui esercizio possono derivare conseguenze circa la validità di norme della legge n. 328: il riferimento è alle competenze esclusive statali nelle materie della previdenza sociale (v. art. 24 della legge n. 328, di delega della riforma degli interventi a favore di portatori di handicap), delle norme generali sull'istruzione, dell'immigrazione, ad esempio in relazione all'estensione, a determinate condizioni (es. possesso di un determinato documento di soggiorno) delle prestazioni sociali agli stranieri.

Passando alle competenze concorrenti, nel cui ambito spetta ancora allo Stato la determinazione dei principi fondamentali, appaiono avere alcuni riflessi sul tema dei servizi sociali quelle enumerate dall'art. 117, comma 3 relative alla tutela e sicurezza del lavoro, in relazione alla tutela dalla disoccupazione e dalla povertà (es. reddito minimo di inserimento), all'istruzione, alle professioni (es. assetto delle neoistituite professioni sociali), alla tutela della salute (es. in riferimento all'integrazione socio-sanitaria), all'armonizzazione dei bilanci pubblici e al coordinamento della finanza pubblica.

La competenza statale nell'individuazione dei LEA convalida quindi le norme della legge n. 328 preordinate a questo scopo, sancendone la attuale vigenza: in primo luogo, ciò vale per le disposizioni dell'art. 22 che determinano le aree nelle quali devono esistere i servizi compresi nei LEA, ma anche gli strumenti a ciò ordinati. Le parti del Piano nazionale delle politiche sociali che individuano in questa

fase i livelli essenziali avrebbero dovuto considerarsi espressione della competenza statale, ed assumono carattere vincolante per l'attività amministrativa regionale; le disposizioni relative alla gestione e alla ripartizione del Fondo nazionale delle politiche sociali (art. 20) risultano anch'esse strumentali all'individuazione dei LEA, come testimoniato dalla procedura di stanziamento delle risorse statali, nel cui ambito la legge n. 328 prevede la loro quantificazione contestuale all'individuazione dei LEA, ed il carattere aggiuntivo rispetto alle risorse ordinarie proprio al fine di corrispondere all'impegno determinato dai livelli essenziali. La stessa prassi degli anni 2001-2002 relativa alla ripartizione delle risorse del Fondo da parte del Ministro del lavoro e delle politiche sociali (subentrato al Ministro per la solidarietà sociale in attuazione della recente riforma del governo), conferma la vigenza delle norme in questione.

Il definitivo assetto della materia risentirà ovviamente del grado di ampiezza che l'area dei LEA assumerà nella concreta attuazione: un dubbio può porsi, ad esempio, per l'individuazione dei requisiti strutturali delle residenze e delle altre strutture di accoglienza e di erogazione delle prestazioni dovranno. Almeno parzialmente, essi dovrebbero rientrare negli standard nazionali, dato lo stretto collegamento tra qualità del servizio e struttura preposta alla relativa offerta. In tal senso, può sostenersi che i requisiti minimi per l'accreditamento potranno rientrare nella disciplina nazionale, almeno nella misura in cui tali requisiti risultano coessenziali all'attuazione dei LEA.

Inoltre, il collegamento indicato a livello costituzionale tra livelli essenziali e diritti sociali sembra convalidare l'interpretazione secondo la quale le prestazioni comprese nei LEA assumono la natura di diritti soggettivi: come si è visto, tale classificazione era già desumibile dalla legge n. 328 (art. 2) e la strumentazione ivi prevista per la garanzia dei diritti (es. carta dei servizi) dovrà essere sviluppata dalla normativa regionale nel rispetto dei criteri individuati dai LEA. E' infatti evidente il collegamento tra la determinazione dei livelli essenziali e la carta dei servizi, quale garanzia della loro effettività.

Una seconda area sulla quale ha inciso la riforma costituzionale è l'articolazione dei livelli di governo del sistema. In base ai principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza, l'art. 118, comma 1, nel nuovo testo, attribuisce in via generale ai comuni l'esercizio delle funzioni amministrative, consentendo il conferimento a livelli di governo superiori (province, città metropolitane, Stato) solo nel caso ciò sia necessario per assicurarne l'esercizio unitario.

L'impatto della riforma non dovrebbe quindi alterare alla base l'assetto attuale, dal momento che gli artt. 6-8 della legge n. 328 ribadiscono l'indirizzo fondato sul principio di sussidiarietà già indicato nel d.lgs n. 112/1998, la titolarità dei comuni nella funzione amministrativa locale relativa alle prestazioni sociali, i compiti residuali delle province e i compiti di programmazione, coordinamento e indirizzo generale in capo alle regioni. In questo ambito le novità a seguito della prevista competenza legislativa esclusiva regionale sono due, una di ordine formale, l'altra sostanziale. Si prevede, da un lato, un mutamento della fonte della disciplina del conferimento delle funzioni ai comuni, non più nella legge statale ma in quella regionale, e dall'altro una possibile differenziazione dei modelli di governo regionale del settore, in dipendenza del livello di decentramento che si intende attuare. La diversità di tali modelli, determinata dal maggiore o minore grado di solidità del sistema delle autonomie locali nella singola

regione, e dalle autonome scelte che questa vorrà compiere, non potrà peraltro trasformarsi in un ingiustificato processo di accentramento delle funzioni a livello regionale senza violare il principio di sussidiarietà: è quindi prevedibile, e per molti versi auspicabile, che il ruolo fondamentale delle regioni continui ad esplicarsi nell'ambito della programmazione e dell'indirizzo generale, oltre che nella ripartizione delle risorse, seguendo il modulo prefigurato nella legge n. 328 e consentendo adeguate forme di partecipazione degli enti locali.

Anche il profilo della sussidiarietà orizzontale viene in larga misura a coincidere con le scelte di fondo operate con la norma dell'art. 118, comma 4, che dispone che lo stato e gli enti dotati di autonomia "favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà". Come si è visto, l'assunzione della responsabilità pubblica per la costruzione del sistema integrato dei servizi si accompagna a varie norme, previste dalla legge n. 328, che intendono favorire la partecipazione dei privati. In primo luogo, l'ampiezza del richiamo operato da questa legge ai vari soggetti privati che possono integrarsi nella rete: dalle singole persone alle forme di reciprocità e di autoaiuto, dalle organizzazioni sindacali alle diverse forme associative, agli enti che esercitano competenze nel settore. Questa scelta, se da un lato espone il legislatore alla critica di un eccessivo ampliamento delle categorie del terzo settore (specie dopo che la legislazione sulle ONLUS aveva tentato di costruire una categoria unitaria, seppure a fini fiscali), dall'altro testimonia della volontà di perseguire la massima sollecitazione verso i privati.

Nello stesso senso vanno letti gli strumenti previsti che favoriscono la collaborazione pubblico-privato, quali le convenzioni, le forme di autorizzazione, accreditamento, e gli accordi. Indipendentemente dalla problematica relativa alla permanenza nell'ordinamento della funzione di indirizzo e coordinamento, va nella stessa direzione l'adozione del D.P.C.M. 30 marzo 2001, recante l'atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi a soggetti del terzo settore.

Passando all'esame di questa problematica, l'orientamento prevalente della dottrina è nel senso del venir meno di questa funzione, a causa del silenzio della riforma costituzionale (silenzio particolarmente qualificato data la diffusione dell'esercizio della funzione nella legislazione previgente), dell'eliminazione del riferimento all'interesse nazionale, sul quale si era fondata la funzione di indirizzo e coordinamento nel vecchio testo dell'art. 117 Cost., e più in generale in ragione della riformulazione dei rapporti Stato-Regioni, con la limitazione della competenza statale alle materie specificamente indicate: e ciò seppure la riforma non abbia toccato l'art. 5 Cost. e il principio di unità della Repubblica sul quale pure la Corte costituzionale aveva basato l'esistenza della funzione di indirizzo e coordinamento e dichiarato l'inammissibilità dei referendum abrogativo delle norme ordinarie preordinate all'esercizio della stessa funzione.

Come detto, non si intende qui entrare nel merito delle due tesi circa la persistenza o meno della funzione, ma segnalare che i problemi alla base dell'utilizzo frequente di questo strumento, specie nelle materie sanitaria e dei servizi sociali, non vengono meno con l'entrata in vigore della riforma del titolo V. Con riferimento alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, può osservarsi che questa attribuzione statale non potrà certo esercitarsi con cadenza periodica con una legge che individui in

dettaglio i LEA (vista la “pesantezza” dello strumento legislativo, le incertezze legate all’approvazione, il carattere tecnico di alcune previsioni ecc.), ma che la legge statale dovrà necessariamente disciplinare la procedura per la loro adozione, rimessa poi ad atti secondari (regolamento, accordo Stato-Regioni-autonomie recepito da decreto del Presidente del Consiglio, come avvenuto per i LEA in materia sanitaria con l’adozione del d.P.C.M. 29 novembre 2001).

Questo indirizzo sembra potersi ricavare dalla recente sentenza della Corte costituzionale n. 88 del 2003, che ha annullato un decreto ministeriale avente natura sostanzialmente regolamentare in materia di disciplina dei SERT, adottato dai Ministri della salute, del lavoro e delle politiche sociali, per vizi procedurali dai quali è derivata la lesione del principio di leale collaborazione. In questa occasione la Corte ha affermato che le scelte generali in tema di livelli essenziali andranno adottate con legge, “che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie nei vari settori”. Il modello che viene proposto sembra quindi analogo a quello indicato dall’art. 22 della legge n. 328, che provvede ad indicare le aree di riferimento nelle quali dovranno obbligatoriamente essere individuati i livelli essenziali, e che dovrà essere integrato da specifiche norme procedurali che garantiscano la partecipazione degli enti di autonomia al procedimento.

Suscita invece molte incertezze la norma prevista dalla legge finanziaria 2003, sulla quale si tornerà più avanti, che si è limitata a demandare ad un D.P.C.M. adottato su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, con il concerto del Ministro dell’economia e d’intesa con la Conferenza unificata, la determinazione dei livelli essenziali: la disposizione non richiama l’art. 22 della legge n. 328, per l’individuazione delle aree considerate, né si fa carico di disciplinare una diversa modalità di individuazione dei livelli, come sembra richiedere la sentenza della Corte costituzionale ora richiamata, che riserva alla legge una sfera sua propria nella materia.

Un altro aspetto da approfondire deriva dal diverso assetto delle competenze regionali nelle materie contigue della sanità e dei servizi sociali: nella prima, permane la competenza concorrente, nella seconda come si è detto si passa alla competenza esclusiva. Se le ragioni alla base di questa distinzione non sono del tutto chiare, è certo che vi sono punti di contatto tra i due settori che pongono il problema della prevalenza, nelle scelte adottate, dell’una o dell’altra area di interventi. Un esempio di questa contiguità riguarda l’integrazione sociosanitaria, nel cui ambito, come si è visto, sussistono una serie di interventi qualificati dalla elevata integrazione che rientrano nei livelli essenziali che devono essere garantiti dal sistema sanitario. Ciò pone il quesito della possibile attrazione nell’area sanitaria, e quindi in una competenza concorrente, di questo settore; al contrario, sotto il profilo delle conseguenze sull’assetto istituzionale a livello locale, la competenza esclusiva nella materia assistenziale potrebbe spingere le regioni verso una deriva centralista e ridurre il ruolo riconosciuto ai comuni nella prestazione dei servizi sociosanitari.

3.9 L'attuale fase di stallo della riforma dei servizi sociali

L'attivismo legislativo della scorsa legislatura e le intervenute modifiche costituzionali avrebbero dovuto trovare una continuità quantomeno nell'attenzione per la riforma in atto dei servizi sociali, anche da parte di una diversa maggioranza di Governo che avesse inteso legittimamente apportarvi propri correttivi. L'inequivoco denominatore comune delle iniziative intraprese è invece nel senso dell'inerzia e dello smantellamento delle iniziative in corso, il cui prodotto, non è chiaro quanto consapevole, è nel senso dell'abbandono del processo riformatore.

Il passaggio attraverso il quale si è svolto questo progressivo disimpegno è costituito dallo smembramento del neo-istituito Ministero della salute, del lavoro e delle politiche sociali, previsto dal d.lgs n. 300/1999, con l'accorpamento del vecchio ministero del lavoro con il dipartimento degli affari sociali della Presidenza del Consiglio. E' così venuto meno un centro di decisioni integrate in materia di sanità e di servizi sociali, che la legislazione e le priorità emerse negli ultimi anni avevano consigliato di istituire (si pensi all'integrazione sociosanitaria, al rapporto tra ASL ed enti locali nelle materie considerate).

In secondo luogo, l'art. 46 della legge finanziaria 2003, ha profondamente inciso sull'assetto strutturale delle decisioni operative a livello centrale e sulla natura delle posizioni soggettive degli utenti dei servizi sociali: in entrambe i casi si nota un ritorno al passato, nel senso della marginalizzazione del settore. Ciò emerge chiaramente se si pone attenzione al fatto che una delle "storiche" rivendicazioni di coloro che hanno inteso istituire un sistema integrato di servizi sociali, era costituita dalla emancipazione e dall'irrobustimento delle strutture amministrative preposte, in modo da conferire loro un assetto adeguato e sottrarre le decisioni strategiche al tesoro. In questo senso andava anche letta l'istituzione di un ministero "forte" e concepito quale centro di decisioni strategiche.

Il ritorno alla marginalizzazione che ha contraddistinto quest'area per tutto il periodo di inattuazione del disegno poi previsto dalla legge quadro n. 328 emerge invece dalle norme dell'art. 46 che hanno introdotto il necessario concerto del Ministro dell'economia in riferimento a tutti gli atti di rilievo che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali deve adottare in materia. Il concerto è infatti previsto non solo per gli atti di riparto del Fondo nazionale delle politiche sociali, ma financo per il decreto di determinazione dei livelli essenziali dei servizi sociali.

Il processo di valorizzazione della riforma dei servizi sociali, perseguito con il nuovo ministero previsto dal d.lgs n. 300 e dalla legge quadro n. 328 viene quindi bruscamente invertito, e il prevalere di una logica nella quale la materia ritorna ad essere ancella delle decisioni di spesa è nuovamente confermata.

Questa logica riduttiva e residuale ispira anche il comma 3 dell'art. 46, dove le enunciazioni previste dalla legge n. 328 in tema di diritto soggettivo alle prestazioni costituenti livelli essenziali, che avevano aperto una nuova stagione anche nella riflessione giuridica, vengono ricondotte nella più tradizionale categoria dei condizionamenti della finanza pubblica in relazione ai diritti sociali (c.d. diritti finanziariamente condizionati).

Il comma 3 chiarisce infatti che i livelli essenziali dovranno assumere un carattere fortemente condizionato dalle scelte operate dal Ministro dell'economia nel DPEF, e che tale condizionamento giunge fino a valle della decisione in materia, con il richiamato concerto dello stesso Ministro nell'adozione dell'atto di individuazione dei livelli.

Il rischio evidente è che i livelli perdano la loro natura di “essenzialità” in riferimento al bene-vita, oggettivamente considerato, e finiscano per essere, semmai verranno effettivamente previsti (vista l'inattuazione di quelli previsti dal Piano sociale per le politiche sociali adottato nel 2001 dal precedente Governo), dei livelli “minimi” costruiti come variabili totalmente dipendenti dalle decisioni politiche annuali (quindi di corto respiro) relative alla spesa pubblica.

Inoltre, la rottura del principio di universalismo selettivo che era alla base della riforma può leggersi nella norma della stessa finanziaria (art. 46, comma 29) che ha inteso vincolare il 10% delle risorse stanziare dal Fondo per le politiche sociali per interventi a sostegno delle politiche a favore delle famiglie di nuova costituzione, in particolare per l'acquisto della prima casa di abitazione e per il sostegno alla natalità. Se in tale norma era anche evidente l'intento ministeriale di riappropriarsi di una quota del Fondo per indirizzarlo verso un obiettivo politicamente caro all'orientamento dell'attuale maggioranza, teso a favorire la famiglia legalmente costituita rispetto a quelle di fatto, deve anche notarsi che il settore prescelto, quello dell'edilizia, non pare rientrare nella materia dei servizi sociali intesi secondo la definizione dell'art. ... della legge n. 328, e ciò conferma il ritorno ad uno stato ancillare del tema dei servizi sociali e delle risorse per esso previste, cui può così attingersi anche per scopi non strettamente connessi con le priorità che pure la quotidianità provvede a far emergere in modo eclatante.

4. Proposte di definizione di Lep

Premessa

Le riforme introdotte nei sistemi della sanità e dei servizi sociali durante la scorsa legislatura, e la “costituzionalizzazione” della previsione di livelli essenziali di 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 la politica sociale e sanitaria alle scelte compiute annualmente in sede di legge finanziaria. Questo esito riduttivo è quello realizzatosi, a nostro avviso indebitamente, 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.

Questo indirizzo ha riportato indietro di decenni la faticosa costruzione 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 devono quindi riaffermarsi i contenuti presenti nella legislazione recente, da esaminare non solo in riferimento alla realizzazione della strumentazione organizzativa e funzionale preordinata alla individuazione dei livelli essenziali, ma da valorizzare al fine di 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.

A questo proposito, si osserva infatti che la complessità di questo obiettivo di tutela non può far venir meno il compito relativo alla sua attuazione, non trovando altrimenti giustificazione alcuna il percorso culturale e normativo che ha condotto alla nozione stessa di “livello essenziale”. 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 delega 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 diremmo 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'art. 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'art. 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 alle complessive 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 muoverebbe 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 probabilità quel determinato bisogno. Tale *standard* costituirebbe, 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, si può dire che hanno dato un esito piuttosto 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 ricostituirebbe 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 giudiziali. 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 provvedimenti 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 tesi che qui si vuole sostenere.

1.1 Introduzione

Nei paragrafi successivi saranno avanzate alcune proposte sui Lep in materia di sanità e di assistenza. Nel formularle 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. Autonomia e unità del sistema non sono in contraddizione tra loro. 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 non lo si configura in modo statico, per cui il riparto di competenze deve essere operato in modo fisso e immutabile,

impedendo al rapporto tra le amministrazioni di plasmarsi intorno ai concreti problemi che presenta l'attuazione della riforma costituzionale. Se si accetta l'idea che le trasformazioni del modello istituzionale non possano avere effetto immediato, ma sono 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 le proposte si è cercato di escludere quelle 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. E' 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 l. cost. 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 molto differenziate. 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.

1.21 Lep e la riorganizzazione dello Stato

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 protezione sociale 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 l. 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. Per cui non può più disporre in merito all'adozione di carte dei servizi, alla costituzione di segretariati sociali o all'accreditamento delle strutture. Infine, il Fondo nazionale per la protezione sociale dovrebbe essere soppresso, in quanto, come vedremo in seguito in modo più diffusivo, 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 l. 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.

Il dipartimento che all'interno del ministero del Lavoro e delle politiche sociali si occupa della materia dell'assistenza è organizzato secondo criteri che non appaiono in linea né con l'attuazione della l. n. 328/2000 né con la l. cost. n. 3/2001 (dPR 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 l. n. 328/2000 non è stato rivisto, è solo rimasto 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.

Sotto il primo profilo, il ministero del Welfare 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. DG per la famiglia, i diritti sociali e la responsabilità sociale delle imprese (CSR);
2. DG per la gestione del fondo nazionale delle politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale;
3. DG dell'Immigrazione;
4. DG 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 DG per l'attività ispettiva):

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

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

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

Questa articolazione evidenzia la scelta di collocare presso una DG 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 DG le politiche di tutela dei diritti dei minori che pure rappresentano in Italia un'area di urgente attualità¹⁸, stante 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 DG per il volontariato, l'associazionismo e le formazioni sociali, perché mette in luce l'anomalia

¹⁸ Cfr Commissione di indagine sull'esclusione sociale, Rapporto 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%) », pag. 91.

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 (DG Famiglie e CSR, DG immigrazione e DG volontariato) da quella 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 DG deputata alla elaborazione e monitoraggio dei LEP (come invece si può rintracciare nella struttura del Ministero della salute¹⁹). Da una parte viene istituita la già citata DG per la famiglia, *i diritti sociali* e la CSR, dall'altra, nella declaratoria delle funzioni della DG 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 DPR 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 DG 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 DG 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

¹⁹ Cfr Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, incardinata nel Dipartimento della Qualità.

- 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, anche mediante
- gestione del piano di dimissione 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, abdichi 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.

Sotto il secondo profilo, 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'art. 117 c. 3 Cost. (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 art. 117 Cost. 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. 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 l. n. 317/2001, che ha istituito il ministero della Salute incorporandolo da quello del *Welfare*, 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 d.p.r. 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.

2.1 Livelli essenziali di prestazione

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. 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, 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. In allegato è poi 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.

2.2 Il nuovo contenuto dei Lep: l'approccio multidimensionale

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 rispetto 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. E' 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. Indicatore
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 come quella che segue, 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.

	Macro-area di intervento	Prestazione	Descrizione sintetica	Destinatari	Indicatore	Valore obiettivo
LEA 1						
LEA 2						
...						

In allegato (pag. ...) è proposta una tabella che, per un ridotto numero di prestazioni riconducibili a diverse macro-aree della sanità e dell'assistenza, simula una possibile modalità di definizione delle diverse componenti. Gli esempi proposti prendono in considerazione 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 costituiscono il criterio generale di classificazione delle prestazioni. L'individuazione delle aree di intervento costituisce il presupposto per l'individuazione delle prestazioni che costituiscono i Lep. Per l'assistenza sarebbe opportuno utilizzare le macro-aree individuate dall'art. 22 della L. 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.

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 secondo 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 nuove 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 allegata 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, specificando 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. E' 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. E' il caso, tra gli esempi proposti nella tabella allegata, dei consultori, destinati a tutte le persone e le famiglie, e delle prestazioni di tele-assistenza da erogare 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 individuare i destinatari delle prestazioni di assistenza domiciliare può essere affidato al segretariato sociale.

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 necessari per la costruzione dei singoli indicatori. In secondo luogo rende possibile a livello centrale verificare il rispetto dei valori obiettivo nei diversi contesti territoriali 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 utilizzare 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. E' 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 conforme al livello qualitativo richiesto. L'utilizzo dei valori obiettivo conferisce al sistema di definizione dei Lep qui proposti 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*, 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. E' 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'art. 22 comma 4 della L. 328/2000.

Approfondimento: 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 effettività 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 definitivi 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.

Tab. 2. Indicatori di prestazione e di capacità del servizio

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

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 G l i s t r u m e n t i n o r m a t i v i

L'attuazione della disciplina costituzionale in materia di Lep dovrebbe 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 dovrebbe 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 dovrebbe limitarsi 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 può introdurre di nuovi, in base ad un'interpretazione evolutiva della disciplina costituzionale. La legge sui Lep dovrebbe 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 dovrebbero essere 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, dovrebbe essere fissato l'ammontare complessivo del gettito fiscale complessivamente assicurato alle autonomie locali e regionali (e i criteri di riparto tra di esse) per metterle in condizione di osservare i Lep. Inoltre, dovrebbe 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, dovrebbero essere quantificate le risorse aggiuntive a carico del bilancio dello Stato destinate a promuovere programmi di intervento straordinario.

Per questa ragione, alla legge di bilancio dovrebbero 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 procedura di determinazione dei Lep

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 Rimedi all'inosservanza dei Lep

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 alcuni 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'amministrazione 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'art. 120, co. 2 Cost. 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.

E' 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 forfettario. 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.

E' ipotizzabile che si verifichi una situazione in cui si verifichi una 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 dipenda 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'art. 120 Cost 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'art. 120 Cost., 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 Risorse finanziarie

In base all'art. 119 Cost., 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 dall'inapplicato d.lgs 56/2000 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 art. 119 cost. (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 prestazione; 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 d.lgs. n. 56/2000 dovrebbe essere esteso al settore della protezione sociale, per cui il relativo Fondo nazionale, in quanto contiene un vincolo di destinazione, dovrebbe essere soppresso. 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 del *welfare*, 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 capitario* 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 disuguaglianze 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 c. 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 degli 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 sociale;
- h) monitoraggio delle politiche e degli interventi del sociale 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.

In materia sanitaria, l'art 118 del D. Lgs. 112/98, ha lasciato allo Stato la gestione del Sistema Informativo Sanitario, con il compito di realizzare il coordinamento dei sistemi informativi regionali, in connessione con gli osservatori regionali. Con l'accordo quadro del 22 febbraio 2001 tra il Ministro 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 d.lgs. n. 56/2000, art. 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, farmaceutiche, 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.

In materia di servizi sociali, la legge n. 328/00 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 Dpcm 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 parte 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 verificano 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 DM 12.12.2001. 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 contemperata 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 archiviazione 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 prestazione, 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.

A p p r o f o n d i m e n t o : l ' o f f e r t a d i m o d a l i t à d i a c c e s s o a l t e r n a t i v e p e r i s e r v i z i s a n i t a r i

Le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie, nell'impianto dei Lep qui prospettato, possono essere ripensate partendo da due presupposti di fondo: a) che i tempi massimi di attesa per una determinata prestazione devono essere uguali su tutto il territorio nazionale e che b) il servizio offerto

alla collettività potrebbe meglio rispondere ad esigenze differenziate qualora fosse possibile offrire diverse alternative tra tempi di attesa e luoghi ove è possibile ricevere la prestazione, in modo tale che ciascuno possa scegliere quella più consona al proprio sistema di preferenze.

Gli indicatori di prestazione e di capacità di servizio da individuare in sede di determinazione dei Lep dovrebbero comprendere la previsione di tempi massimi di attesa e luoghi ove la prestazione viene erogata. Il tempo di attesa, per un'ampia porzione di servizi sanitari, può essere considerato un aspetto qualificante della prestazione e per lo stesso è già da tempo prevista la definizione da parte delle regioni di tempi massimi di attesa. Si ritiene invece che l'inclusione nei Lep di indicatori di prestazione comporti l'individuazione di tempi massimi di attesa per ciascuna prestazione uguali su tutto il territorio nazionale. In questa soluzione sarebbe lasciata alla discrezionalità delle regioni l'eventuale decisione di prevedere per alcune prestazioni tempi di attesa inferiori a quelli massimi definiti dai Lep.

La definizione dei tempi di attesa si può incrociare con la definizione dei luoghi ove le prestazioni sono erogate. A titolo esemplificativo, per le visite ambulatoriali specialistiche, allo stato attuale ciascun cittadino sceglie nell'ambito della propria ASL una struttura ove effettuare la prenotazione, e successivamente al contatto viene a conoscenza del giorno in cui la prestazione gli sarà erogata. Tuttavia in molti casi, per prestazioni non urgenti e nelle quali non vi è un precedente rapporto di fedeltà con una struttura (si pensi ad alcune prestazioni di diagnostica), utenti diversi esprimono sistemi di preferenze diversificate in relazione alla combinazione tempi di attesa-distanza da percorrere. Per alcuni utenti è preferibile percorrere una distanza superiore per ottenere in tempi più rapidi una prestazione. Per altri, invece, la minore distanza dalla propria abitazione assume carattere prioritario, mentre sono disposti ad accettare tempi di attesa superiori.

Per offrire al cittadino alternative tempo/luogo differenti per le prestazioni per le quali è possibile l'erogazione programmata, dovrebbe essere potenziata l'istituzione di punti unici di contatto in grado di offrire agli utenti più alternative per il soddisfacimento del bisogno, presso sedi diverse e con tempi di attesa predefiniti per ciascuna sede, in modo tale che sia data a loro la possibilità di scegliere quella che maggiormente si confà alle proprie esigenze.

Dal punto di vista organizzativo questo può essere attuato promuovendo, a livello regionale, la creazione di CUP informatizzati sovra-aziendali. L'attivazione di tali strutture permetterebbe anche di razionalizzare lo sfruttamento della capacità di offerta di diverse strutture localizzate su territori confinanti, favorendo in ogni struttura l'equilibrio tra domanda e offerta.