

**1° convegno nazionale di studio e confronto
LE POLITICHE DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CON FIGLI.
IL CONTESTO E LE PROPOSTE
6-7 Ottobre 2006, Modena**

**SERVIZI PER LE FAMIGLIE CON FIGLI E LIVELLI ESSENZIALI:
PROVE DI FATTIBILITÀ E SOSTENIBILITÀ**

Elena Innocenti e Tiziano Vecchiato

Stesura provvisoria

1. Il quadro concettuale di riferimento

1.1. Prestazioni o servizi?

Per definire un livello essenziale di assistenza la letteratura fa riferimento a tre parametri: l'entità di finanziamento delle prestazioni per diverse tipologie di bisogno; le modalità di erogazione delle risposte e il loro dimensionamento; i contenuti e le modalità di valutazione dei risultati di efficacia. Definendo i livelli essenziali di assistenza in questo modo, si possono meglio verificare l'equità delle risposte nel territorio e gli indici di tutela e di promozione sociale presenti al suo interno.

Il metodo di definizione di seguito utilizzato costituisce, pertanto, una fase necessaria per rendere possibile il passaggio da un'analisi basata su misure di spesa e/o di erogazione (intese come livelli essenziali di assistenza coerenti con quanto previsto dalla normativa sulla materia) ad un'analisi basata su misure ulteriori, di risposta ai bisogni della popolazione. È in questo senso che può inoltre essere letta l'evoluzione temporale del dibattito sui livelli essenziali di assistenza e sulle strategie per garantirli:

- dapprima concentrate sulla definizione di misure di finanziamento ritenute congrue con l'impegno di tutelare e promuovere il diritto alla salute, tecnicamente gestite sulla base del finanziamento pro capite ponderato; questa fase si conclude simbolicamente con il d.lgs n. 56/00;

- successivamente impegnate a definire i contenuti assistenziali da garantire su base universalistica; con il momento di sintesi più recente nel Dpcm 29 novembre 2001, seguito dal Dpcm 12 dicembre 2001 sul sistema di monitoraggio dei Lea e dal recente decreto ministeriale del marzo 2006 sull'istituzione del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS);
- ancora in corso, la definizione di indicatori di efficacia degli interventi basati su misure di impatto sulla popolazione che deve essere garantita equamente nel territorio.

Dalle considerazioni precedenti nasce l'esigenza di utilizzare compiutamente le potenzialità della strategia scelta, derivate dall'uso comparativo di indici ottenuti con osservazioni multidimensionali e il monitoraggio descritti successivamente. Più in specifico il metodo di lavoro è ispirato all'obiettivo di dare forma concreta al principio sostanziale sotteso all'idea di livello essenziale di assistenza, cioè tutelare e promuovere il diritto di ogni persona, a partire da quelle più deboli¹.

La questione dei livelli essenziali di assistenza sociale è rimasta bloccata negli ultimi cinque anni su cosa intendere per livelli essenziali e sul se e come attuali, senza sostanzialmente dare risposte al problema. In questo modo a molte famiglie sono state negate possibilità e risorse necessarie per affrontare bisogni fondamentali in situazioni di disagio, povertà, esclusione sociale, carichi di cura, difficoltà nella crescita dei figli.

Il tema dei livelli essenziali di assistenza per le famiglie è una priorità da fronteggiare con determinazione e senza ulteriori ritardi. Possono essere definiti in due modi:

- a) come infrastrutture di servizio da garantire nel territorio in termini di percorsi di accesso ai servizi di interesse generale e di risposte di welfare perché la famiglia espliciti al meglio le proprie funzioni e responsabilità;
- b) in termini di contenuti (interventi e servizi) da intendere come risposte qualificanti una nuova politica che dia alla famiglia le giuste attenzioni, quelle che non ha avuto in passato.

Nei livelli essenziali di assistenza per la famiglia vanno comprese anche le forme di sostegno per la costituzione delle nuove famiglie, per promuovere la genitorialità, per prevenire e contrastare i fattori di crisi, per facilitare l'aiuto reciproco e la solidarietà intergenerazionale nella famiglia.

Analogamente alle infrastrutture civili, anche le infrastrutture sociali per promuovere la piena cittadinanza della famiglia sono finalizzate a dare solidità e dinamicità al

¹ Vecchiato T. (2004), *Una società a responsabilità limitata e a debito differito*, in Caritas Italiana, Fondazione E. Zancan, *Vuoti a perdere. Rapporto 2004 su esclusione sociale e cittadinanza incompiuta*, Feltrinelli, Milano.

Bezze M., Vecchiato T. (2004), *I livelli essenziali di assistenza tra proclami e realtà*, in Federazione nazionale pensionati Cisl (a cura di) *Anziani 2003-2004. Realtà e attese. Quinto rapporto sulla condizione della persona anziana*, Edizioni Lavoro, Roma.

Innocenti E., Piazza S. (2006), *Forme di previdenza integrativa per chi svolge lavoro di cura*, Fondazione Zancan, Padova.

nostro sistema sociale, promuovendo l'incontro tra diritti e doveri. Le famiglie possono cioè trarre grande beneficio dall'impegno teso a offrire opportunità per meglio affrontare i problemi distribuiti nel percorso di vita della famiglia, in tutte le fasi in cui la famiglia è impegnata per la vita che nasce, per la crescita dei figli, per l'educazione, il sostegno reciproco, la cura dei più deboli (per età, incapacità, non autosufficienza, malattia...), per la gestione dei conflitti e delle possibili solidarietà tra generazioni.

Occorre pertanto costruire condizioni strutturali che diano certezza e stabilità alle risposte sociali, così che la famiglia possa essere soggetto attivo di cittadinanza, di welfare, in una logica di sussidiarietà solidale. In questo senso, definire i livelli essenziali in termini di prestazioni da garantire è riduttivo e non rende ragione della norma costituzionale, che nell'utilizzare il termine "prestazioni" non intende ridurre le risposte sociali ad un elenco di cose da dare. Non è così in tema di livelli essenziali di assistenza sanitaria e non lo è quando si parla di diritto allo studio e alle condizioni di accesso al sistema scolastico. La logica del prestazionificio che era alla base delle proposte del precedente governo, impostate sul concetto di LEP, rappresentava una strategia residuale che non dovrebbe trovare ulteriore legittimazione culturale, nel momento in cui lo sforzo dovrebbe invece andare nella direzione di dare piena attuazione alla norma costituzionale che correla i livelli essenziali all'effettivo esercizio dei diritti², attraverso una strategia basata sulla definizione e attuazione di livelli essenziali di assistenza e cittadinanza sociale.

1.2. Metodo e strategia

Per investire in questa direzione si tratta di far leva sull'integrazione di responsabilità e risorse istituzionali, sociali, della solidarietà organizzata, dell'associazionismo familiare, delle imprese, di quanti intendono partecipare alla trasformazione del nostro sistema di welfare verso le famiglie.

Infatti i problemi che riguardano la promozione di diritti e doveri di cittadinanza, che le famiglie sperimentano su scala quotidiana, non possono essere affrontati in modo frammentato o parziale, bensì con il coinvolgimento di tutti i soggetti presenti nello spazio di vita delle famiglie, definendo regole, processi, servizi da garantire in condizioni di equità su tutto il territorio nazionale.

Si tratta in sostanza di aprire un grande cantiere per la promozione della cittadinanza sociale della famiglia, di facilitare l'incontro tra diritti e doveri che essa da sempre testimonia ed anzi chiede di meglio esercitare, qualificando in modo nuovo le sue relazioni con le istituzioni, con i soggetti solidali del territorio.

² La sentenza n.88 del 2003 della Corte Costituzionale richiama questa ratio, specificando che i livelli essenziali costituiscono "un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di un'adeguata uniformità di trattamento *sul piano dei diritti* di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto".

Da qui la necessità strutturale di riqualificare la spesa sociale, rendendola molto più produttiva e trasformando parte delle attuali erogazioni economiche in servizi per le famiglie. Dobbiamo cioè passare da famiglie beneficiarie passive di spesa sociale, e quindi senza (o con scarsi) effetti redistributivi, a famiglie beneficiarie attive, contrattualmente e responsabilmente impegnate nel mettere a frutto le risorse messe a loro disposizione³. Altri paesi in Europa hanno fatto di questa strategia un percorso vincente che sta dando frutti positivi in termini di riduzione delle disuguaglianze, di riduzione della povertà e della esclusione sociale.

Per raggiungere questo traguardo è anzitutto necessario ripensare i percorsi di accesso ai servizi, oggi frammentati e diversamente regolamentati dalle istituzioni e dai soggetti gestori. Burocratizzazione, complicazioni, privilegi spesso causati dalla diversa valutazione delle condizioni di accesso, caratterizzano la situazione attuale di molte realtà locali, con conseguenze che riguardano anche la ingiustificata diversificazione dei costi dei servizi, la definizione delle priorità di accesso e altre contraddizioni da superare.

Non è cioè sufficiente pubblicizzare e rendere più trasparenti le regole (con le carte dei servizi e strumenti ad esse assimilabili), ma bisogna fare di questo risultato (che ha caratterizzato l'innovazione istituzionale e amministrativa degli anni '90) la base per nuovi e più sostanziali traguardi, intervenendo sulle condizioni di disuguaglianza, di non equità distributiva, di ingiustizia che spesso penalizzano la famiglia, i suoi bisogni, i suoi interessi e le sue potenzialità.

Insieme con i percorsi e le modalità di accesso è necessario definire i contenuti di risposta da garantire sotto forma di livelli essenziali di assistenza sociale per le famiglie. Su questo tema scontiamo una tradizione e un ritardo culturale che ha sostanzialmente confuso i livelli essenziali di assistenza con le erogazioni economiche. Esse in certi casi hanno rappresentato e rappresentano interventi necessari per contrastare le condizioni di povertà e di emergenza sociale, ma non possono rappresentare la principale strategia di intervento, evitando di affrontare problemi propri della continuità dei sostegni necessari per la famiglia, che richiedono risposte capaci di contribuire effettivamente al positivo esercizio delle responsabilità familiari.

2. L'articolazione dei livelli in alcune esperienze

Come indicato dalla L. 328/2000 e prima ancora dalla programmazione sanitaria, e come richiamato nella quasi totalità delle leggi regionali sui servizi alle persone approvate dopo il 2001, i livelli di assistenza sociale per la famiglia possono essere articolati in termini di risposte: a domicilio, tra il domicilio e la residenzialità (con

³ La controversa riforma Clinton del 1996 su questo tema è ora oggetto di attenta verifica sul se e come ha conseguito gli effetti sperati. Si veda Grogger J., Karoly L.A. (2005) *Welfare reform. Effects of a decade of Change*, Harvard University Press, Cambridge.

modalità intermedie, diurne, ambulatoriali, ...), residenziali, a cui vanno aggiunti gli interventi per le emergenze familiari.

Nelle esperienze che vedremo, contestualmente al lavoro di definizione di nuove garanzie, sono state identificate le fonti di finanziamento e le soglie minime di risposta, in un logica di sostenibilità su medio-lungo periodo a carattere incrementale. Questa strategia è coerente con esperienze positive maturate all'interno del nostro paese e in altri paesi. Per risultare efficace ha bisogno di alimentare efficacemente l'esercizio delle responsabilità ai diversi livelli, grazie agli effetti positivi di azioni partecipate di monitoraggio preventivo e successivo. Tale monitoraggio è stato mirato sull'impatto delle scelte: in sede "preventiva" per meglio orientarle e "successiva" per implementarle, tenendo conto dei limiti delle risorse a disposizione e quindi anche delle condizioni per aumentare il loro rendimento.

A questo fine il monitoraggio e la valutazione di impatto sociale delle scelte hanno tenuto conto delle raccomandazioni finalizzate a sviluppare un "modello europeo di valutazione di impatto sociale" delle norme e delle corrispondenti politiche (Agenda sociale 2000-2005, comunicazioni CESE COM(2003)312, Com (2004)304), basato su indici tripolari di investimento-finanziamento, di organizzazione delle risposte e di efficacia delle azioni, così da poter rappresentare, con indicatori affidabili, i livelli di cittadinanza sociale europea conseguiti nei diversi paesi.

Vediamo di seguito come i risultati di alcune sperimentazioni possono essere utilizzati per definire una strategia più generale, idonea a confrontare le politiche regionali e locali e i loro risultati⁴.

2.1. Casi di studio a livello regionale

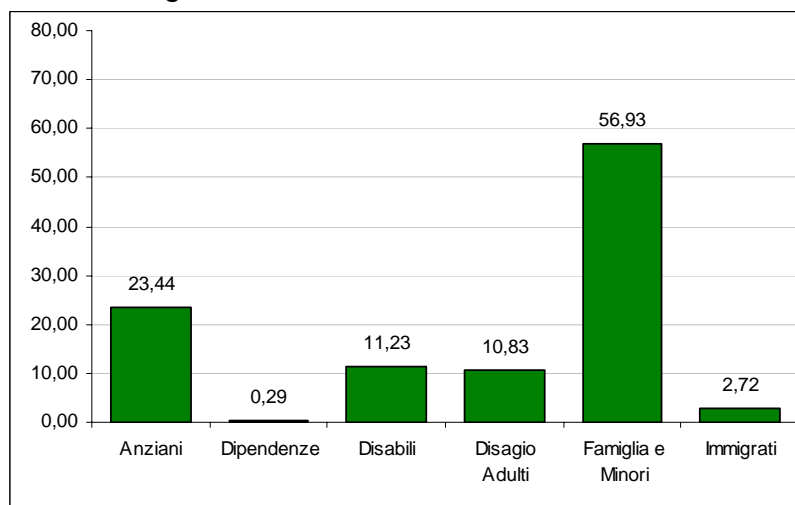
È stata analizzata la spesa sociale dei comuni della Regione Toscana su base zonale, tenendo conto che essa proviene da risorse regionali trasferite, risorse comunali e risorse dei cittadini (nella forma del concorso alla spesa per il costo dei servizi), ripartite per zone, per bisogni del ciclo di vita e per macrotipologie di offerta (domiciliare, intermedia e residenziale).

L'obiettivo dell'analisi era quello di fornire una base di dati utile ad impostare soglie condivise di finanziamento dei livelli da utilizzare nella programmazione regionale⁵. In questo contributo si farà specifico riferimento ai dati relativi all'area "famiglia e minori", sebbene i dati complessivi includessero anche le aree di bisogno di disabili, anziani, immigrati, persone con problemi di dipendenza e di disagio, come evidenziato nel grafico seguente.

⁴ Vecchiato T. (2005) a cura di, *Sistemi regionali di Welfare a confronto*, Fondazione E. Zancan, Padova.

⁵ La base conoscitiva è stata rappresentata dal questionario Istat "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati – Anno 2003", collegando l'analisi dei bisogni con il sistema di spesa per valutarne la congruenza, l'equità e il dimensionamento.

Fig. 1 - Spesa sociale Regione Toscana, 2003



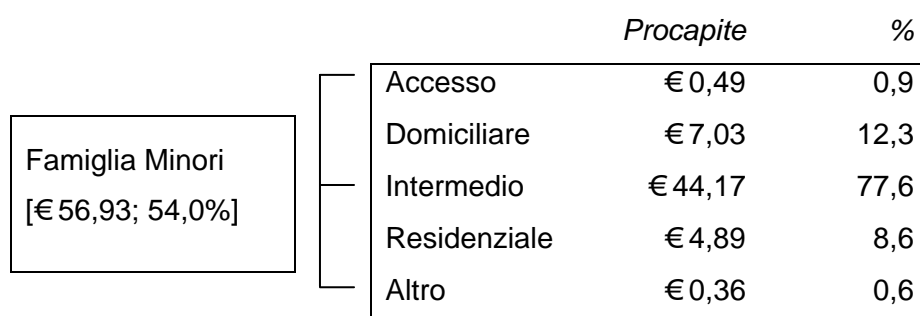
Fonte: elaborazione Fondazione Zancan su dati Regione Toscana

Per rendere l'analisi fruibile al fine di monitorare i livelli essenziali di assistenza, i dati disponibili sono stati ricodificati utilizzando il "sistema di classificazione dei servizi e degli interventi sociali⁶ offerti dai comuni, esplicitando i macro livelli di assistenza appena citati e cioè: risposte fornite al domicilio del beneficiario, risposte a livello intermedio (fornite in luoghi diversi dall'abitazione e da strutture residenziali) e risposte residenziali (erogate nelle strutture assistenziali di tipo residenziale). A questi livelli ne è stato aggiunto uno ulteriore che comprende segretariato sociale, accesso e pronto intervento.

Complessivamente, la quota per i servizi sociali destinati a minori e famiglie ammonta a 56,93 euro procapite, pari al 54% dell'intera quota capararla destinata ai servizi sociali (per la Regione Toscana è di 105,43 euro). Questo importo è stato calcolato considerando tutte le risorse pubbliche intese come trasferimenti da e per i comuni (inclusi i trasferimenti regionali) e non considerando la compartecipazione degli utenti, ovvero la quota di spesa privata sostenuta da persone e famiglie per l'acquisto di servizi sociali in regime di compartecipazione e/o di mercato. La tabella riportata di seguito, considera i livelli di assistenza erogati alle famiglie (quota procapite).

⁶ Bezze M., Faenzi G., Lippi A., Paganelli L., Pompei A., Vecchiato T., *La classificazione dei Servizi e degli interventi sociali*, Studi Zancan 2/2005.

Fig. 2 - Spesa sociale per tipologie di risposta, area famiglia e minori

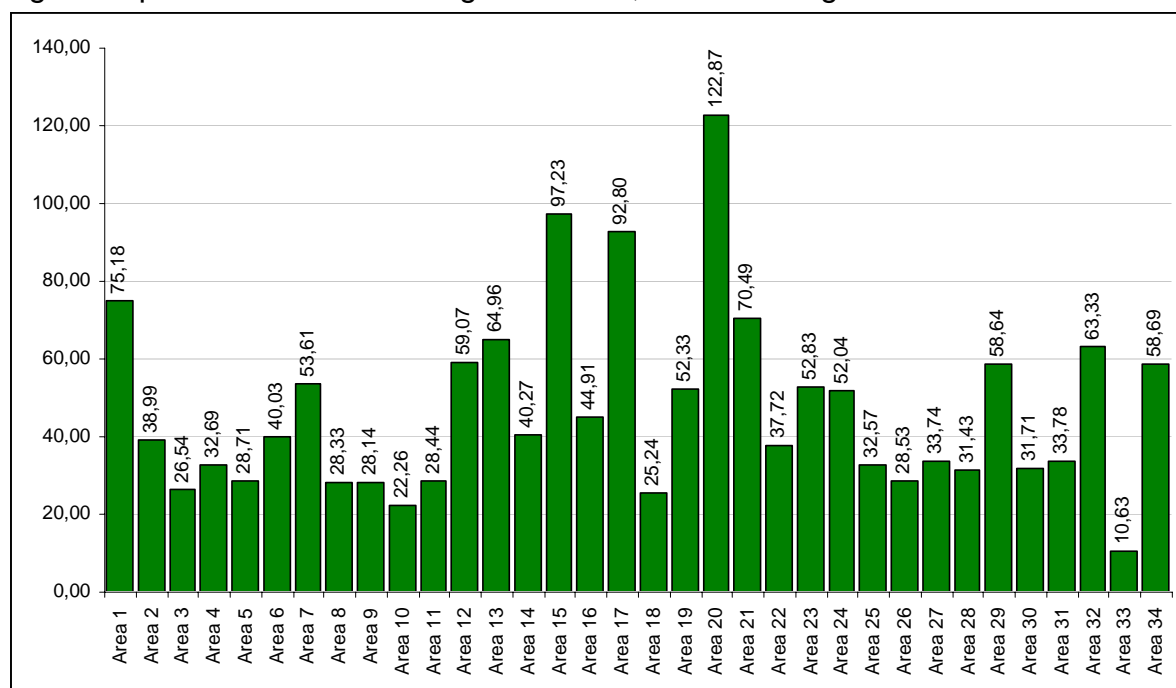


Fonte: elaborazione Fondazione Zancan su dati Regione Toscana

Occorre tuttavia notare che i cittadini concorrono al finanziamento dei servizi in misura considerevole e, in particolare, sostenendo parte del costo delle rette per la residenzialità degli anziani non autosufficienti e le rette per servizi per l'infanzia (come è noto i comuni intervengono in sostituzione dei cittadini quando essi si trovano in situazioni di povertà).

L'analisi dei dati ha portato ad evidenziare le differenze di allocazione delle risorse per questa specifica area. La successiva figura pone in ascissa le zone sociosanitarie della Regione e in ordinata l'ammontare procapite di euro. Sono evidenti le ampie differenze (in euro) investite per dare risposte alle famiglie, che non sono sempre giustificabili, soprattutto in zone con caratteristiche simili e quindi con bisogni tendenzialmente analoghi.

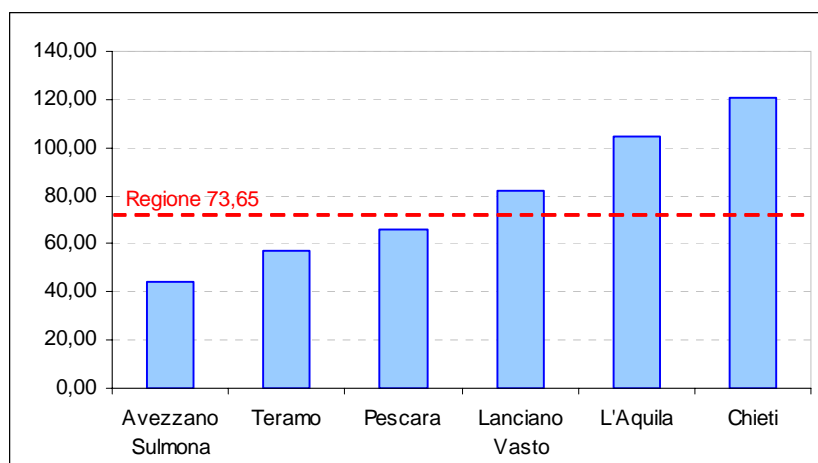
Fig. 3 – Spesa sociale area famiglia e minori, confronto regionale su base zonale



Fonte: elaborazione Fondazione Zancan su dati Regione Toscana

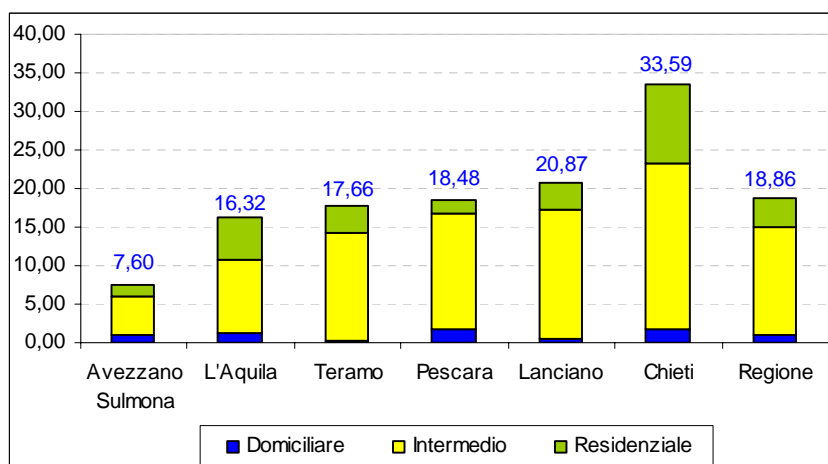
La medesima analisi è stata realizzata in altre regioni non solo con riferimento alla spesa ma anche all'offerta dei corrispondenti livelli di risposta. Si riportano qui dati relativi alla Regione Abruzzo, per poi passare ad esemplificazioni locali in cui il dato di sintesi viene disarticolato per interventi più specifici.

Fig. 4 – Spesa sociale, Regione Abruzzo, confronto tra zone



Fonte: elaborazione Fondazione Zancan su dati Regione Abruzzo

Fig. 5 – Spesa sociale per minori e famiglia (tipologie di risposta)



Fonte: elaborazione Fondazione Zancan su dati Regione Abruzzo

2.2. Casi di studio a livello provinciale e zonale

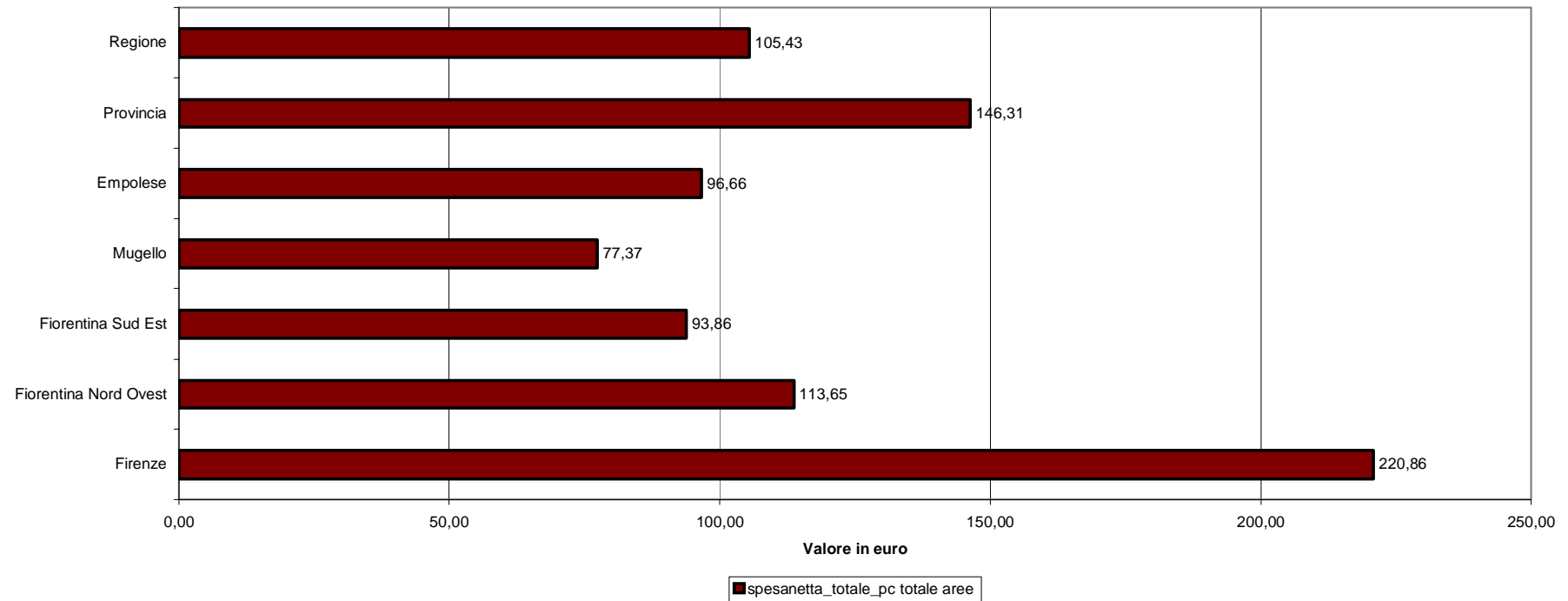
Le esperienze di studio condotte in ambito provinciale consentono l'analisi di dettaglio ed il confronto tra zone vicine, tendenzialmente con elementi comuni di carattere socioeconomico, geografico, culturale.

I casi sotto sintetizzati dimostrano come anche in ambiti subregionali l'eterogeneità di spesa e di offerta sia estremamente significativa.

Si riportano di seguito alcuni esempi di analisi dell'offerta e della spesa relativi alle cinque zone (tre zone di area metropolitana, una zona urbana, una zona montana) che compongono la provincia di Firenze.

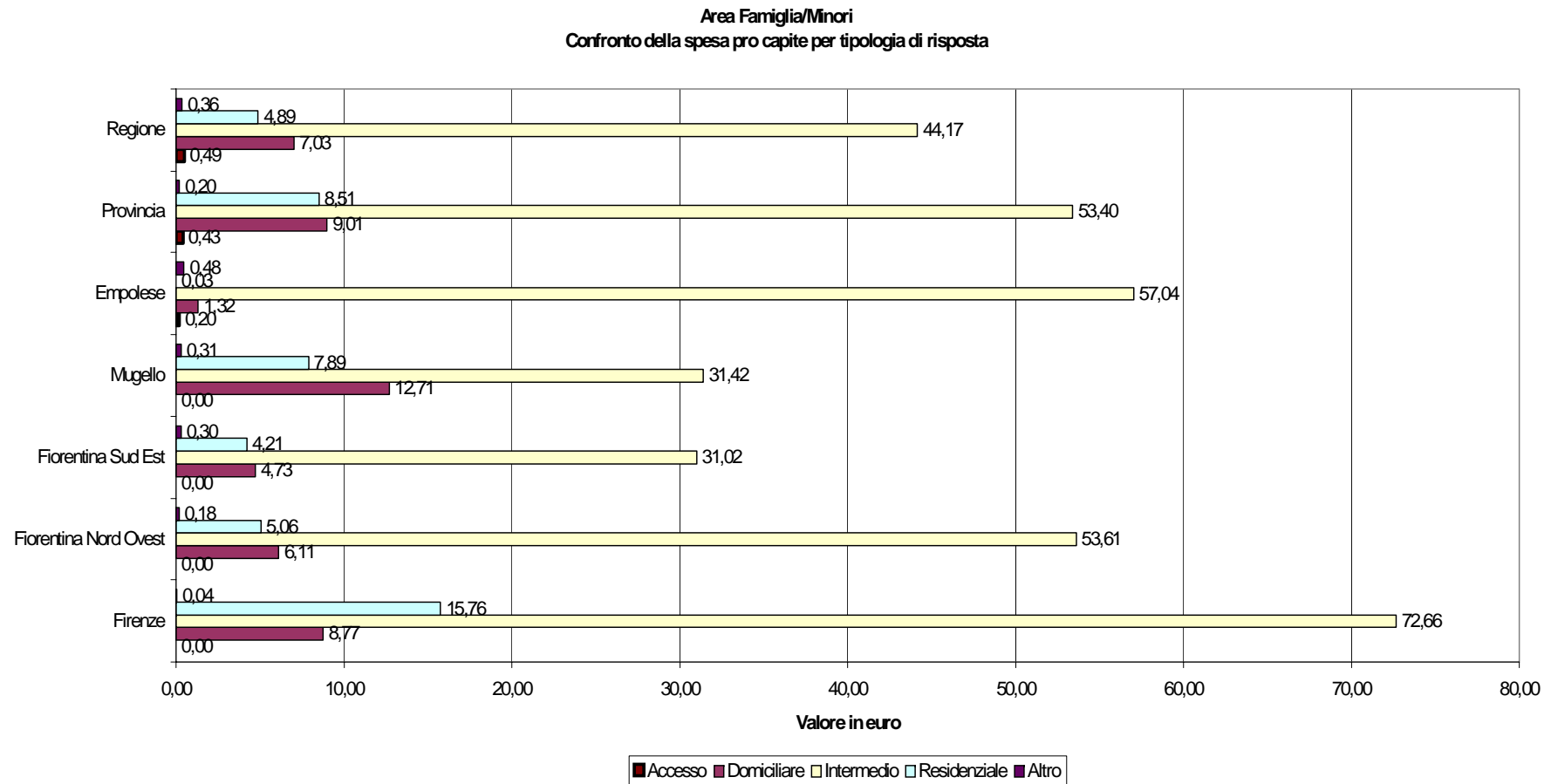
Nel primo grafico la spesa si riferisce alla totalità delle aree di bisogno, nel secondo si considera la sola area minori e famiglie, articolata in riferimento a cinque macrotipologie di risposta (accesso, domiciliare, intermedio, residenziale, altro).

Fig. 6 – Spesa sociale procapite globale suddivisa per zona



Fonte: elaborazione Fondazione Zancan su dati Regione Toscana

Fig. 7 – Spesa sociale procapite per l'area famiglia/minori suddivisa per zona e livello di assistenza



Fonte: elaborazione Fondazione Zancan su dati Regione Toscana

Oltre alla rilevazione dei livelli di finanziamento e di offerta esistenti, è possibile impostare l'analisi del livello di adeguatezza dei Lea. Di seguito si presenta un esempio di questo tipo di studio, nei quattro distretti della provincia di Piacenza, effettuata attraverso il calcolo di Indicatori sintetici di livello essenziale di assistenza (ISL)⁷.

Ogni indicatore è costruito mettendo in rapporto, per ogni distretto sociosanitario:

- a) il costo (input) pro-capite della prestazione/servizio; per input procapite si intende la spesa complessiva erogata in un anno per l'erogazione del servizio/mantenimento della struttura, rapportata alla popolazione di riferimento residente nel distretto.
- b) gli utenti (misura di output) sul totale della popolazione di riferimento; per motivi di praticità nella rappresentazione grafica, il parametro di riferimento per il calcolo degli indici di output e outcome può variare da tabella a tabella (il numero degli utenti o l'incidenza relativa di talune prestazioni può essere calcolata su 100/1.000 a seconda del tipo di servizio).
- c) la popolazione target (misura proxy di bisogno/"outcome"). In assenza di dati attendibili sul grado di efficacia del servizio (outcome in senso stretto), si può far riferimento a dati epidemiologici, rappresentativi dell'entità dei bisogni socio-assistenziali dei cittadini portatori di bisogno nei quattro distretti.

I tre parametri costitutivi dei Lea sono rappresentabili graficamente attraverso un indice tripolare. Collegando tra di loro i valori dei 3 assi si ottiene un'area che può assumere configurazioni diverse, rappresentative del livello garantito in un dato territorio⁸.

Presentiamo di seguito, a titolo esemplificativo, la rappresentazione dell'indice tripolare relativo ad alcune tipologie di risposta riconducibili alle politiche per la famiglia: gli asili nido, i centri di consulenza per donne/madri in condizioni di disagio (consultori), i contributi economici ad integrazione del reddito familiare⁹, il Fondo sociale affitto¹⁰.

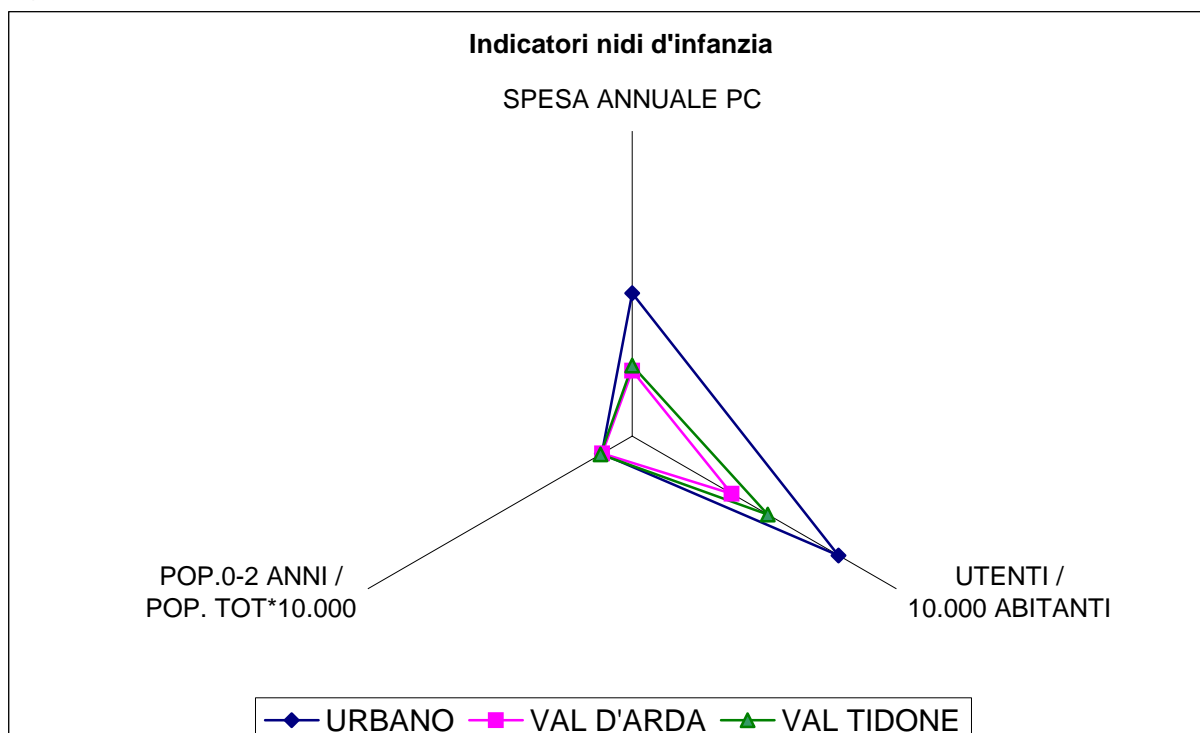
⁷ Bezze M., Vecchiato T., *La definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale: il caso della regione Toscana*, in Studi Zancan n. 2/2003.

⁸ Provincia di Piacenza e Fondazione E. Zancan, (2005) *Livelli essenziali di assistenza in Provincia di Piacenza. Indicazioni da un percorso di ricerca*, Fondazione Zancan, Padova.

⁹ Nel corso del 2002, i distretti della provincia di Piacenza hanno erogato forme di assistenza economica a famiglie con minori pari ad un totale di € 481.110,66. Il 71% di tali risorse è stato distribuito nel solo distretto Urbano (€ 371.377,00). Il distretto Urbano è quello che ha investito quasi sette volte di più rispetto al distretto con il comune più basso di erogazione economica, la Val Tidone (20,8 Euro contro 3,2 Euro). Grazie a questo forte investimento economico, il distretto urbano riesce a raggiungere una quota di input relativo (utenti/popolazione target) superiore a tutti gli altri distretti: 27 utenti su 10.000 minorenni residenti.

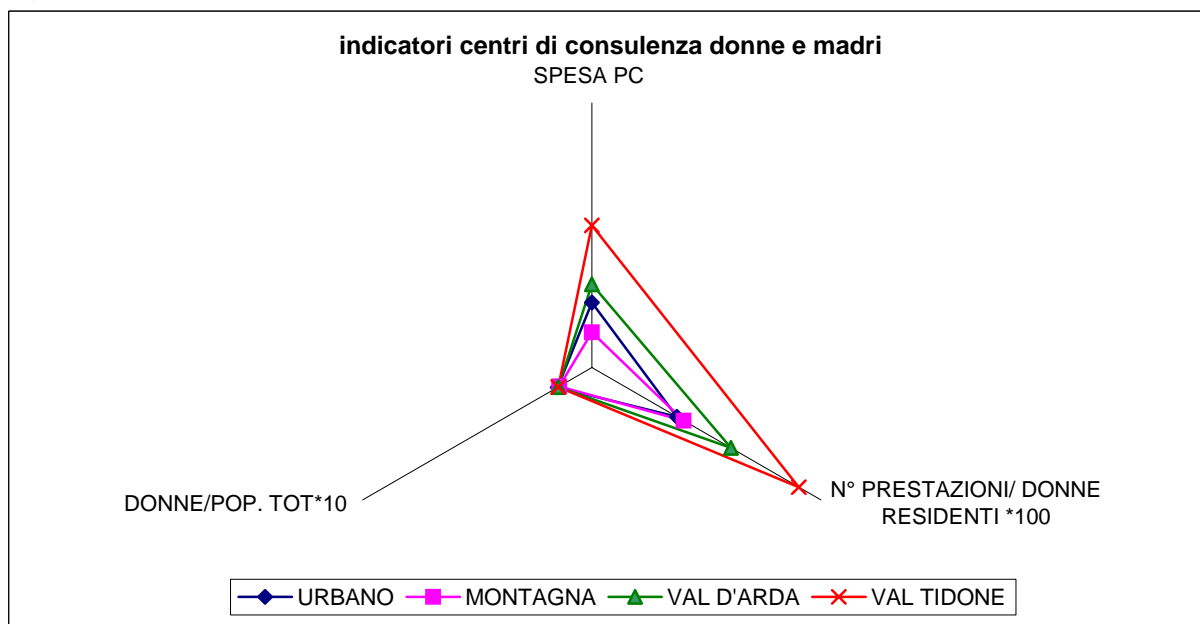
¹⁰ Il fondo sociale per l'accesso all'abitazione in locazione trae origine dalla legge nazionale ed è recepito dalla Regione Emilia-Romagna con la L.R. 24/01. Il fondo è istituito "per assicurare un sostegno finanziario al reddito dei nuclei meno abbienti, così da favorire il loro accesso al mercato della locazione" (art. 38). Il fondo è finanziato con risorse statali e risorse regionali, assegnate ai Comuni, che le integrano con risorse proprie. La Regione definisce le

Fig. 8 – Indice tripolare: Nidi d'infanzia



Fonte: elaborazione Fondazione Zancan

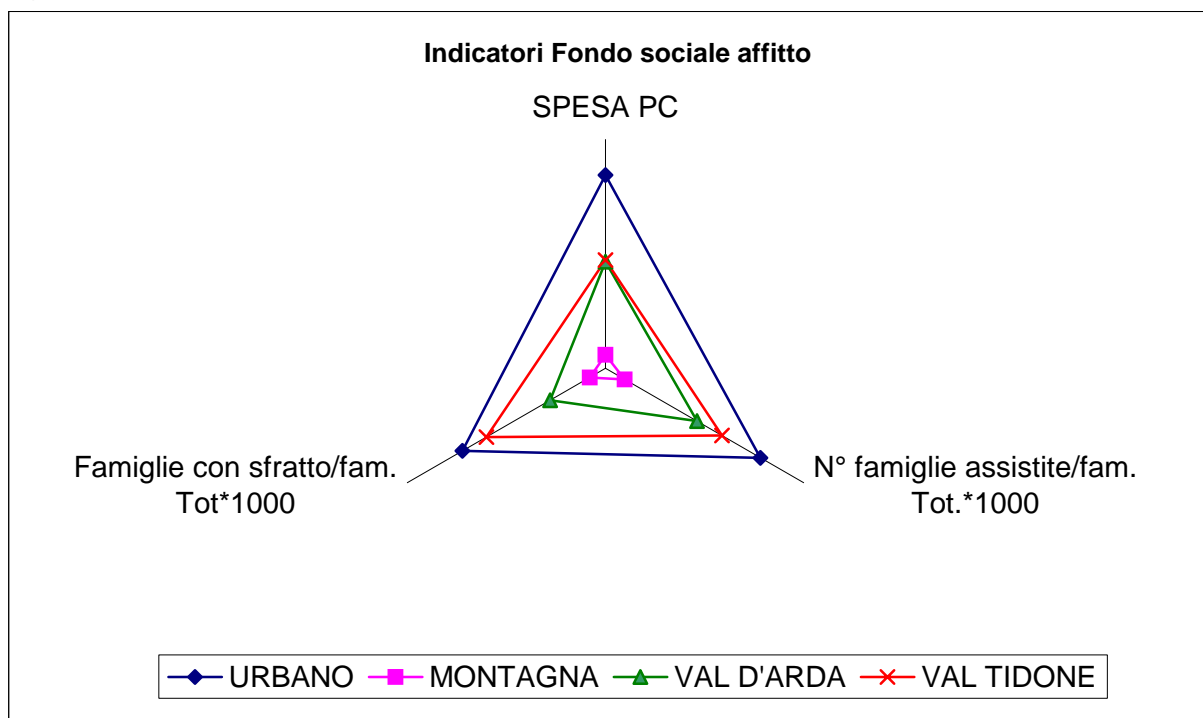
Fig. 9 – Indice tripolare: Centri di consulenza donne e madri



Fonte: elaborazione Fondazione Zancan

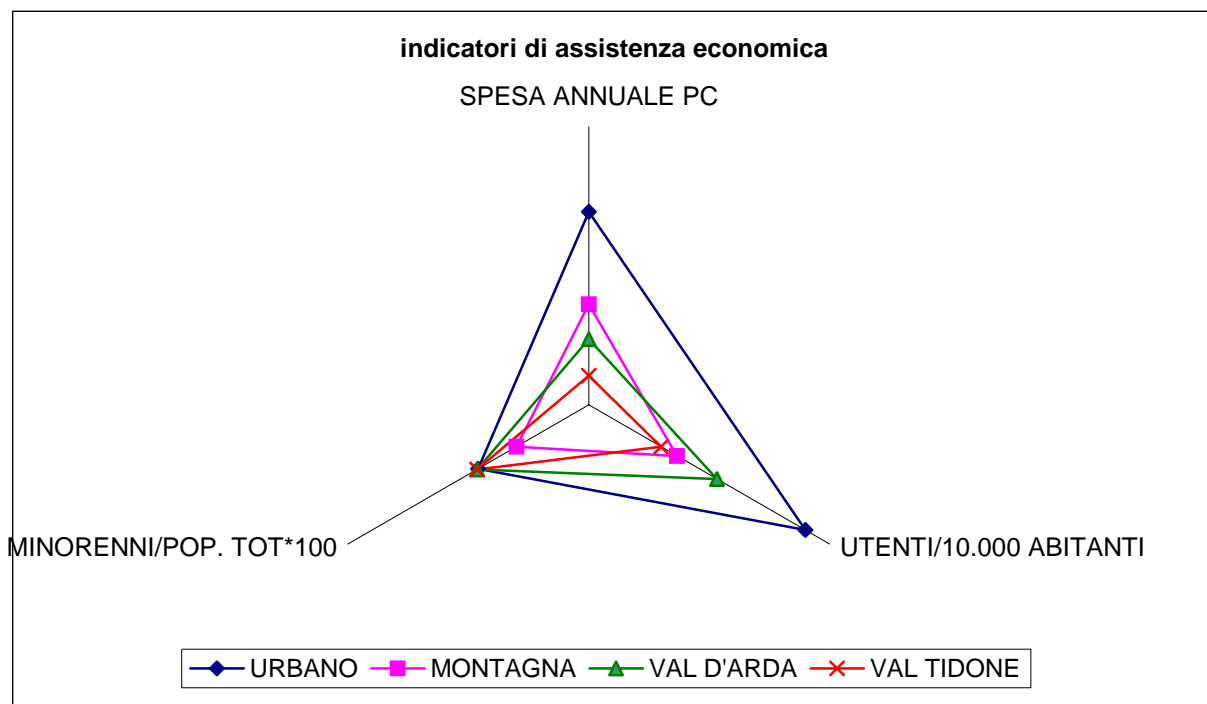
modalità di individuazione dei beneficiari e le forme di utilizzazione delle risorse disponibili. I Comuni provvedono alla gestione del fondo e all'erogazione dei contributi.

Fig. 10 – Indice tripolare: Fondo sociale affitto



Fonte: elaborazione Fondazione Zancan

Fig. 11 – Indice tripolare: Assistenza economica

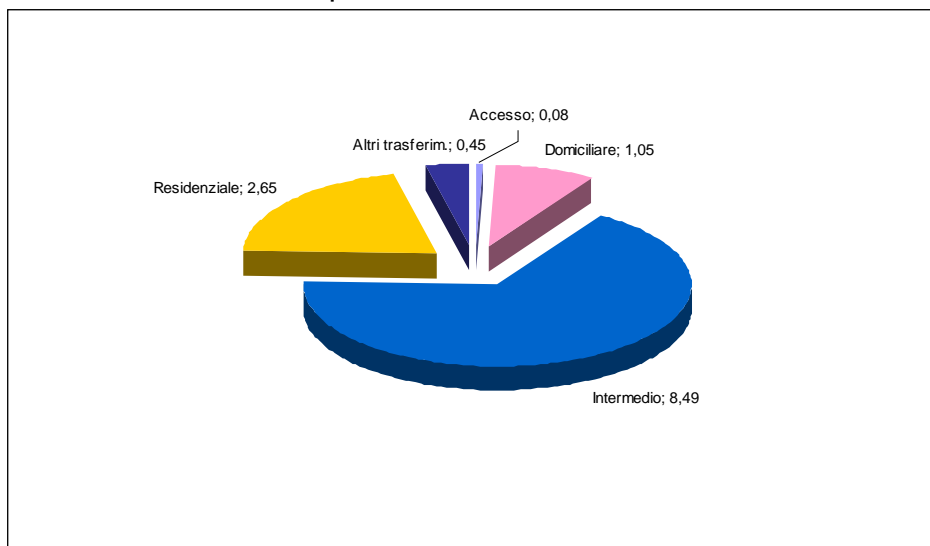


Fonte: elaborazione Fondazione Zancan

I dati successivi derivano da una ricerca svolta presso la Ulss di Feltre (provincia di Belluno) che conta una popolazione di circa 82.000 abitanti, suddivisi in 18 comuni.

La spesa è stata ripartita oltre che per livelli di assistenza anche per macro-tipologie di bisogno rapportate al ciclo di vita. Nella successiva figura sono evidenziati i livelli di finanziamento per i servizi all'infanzia.

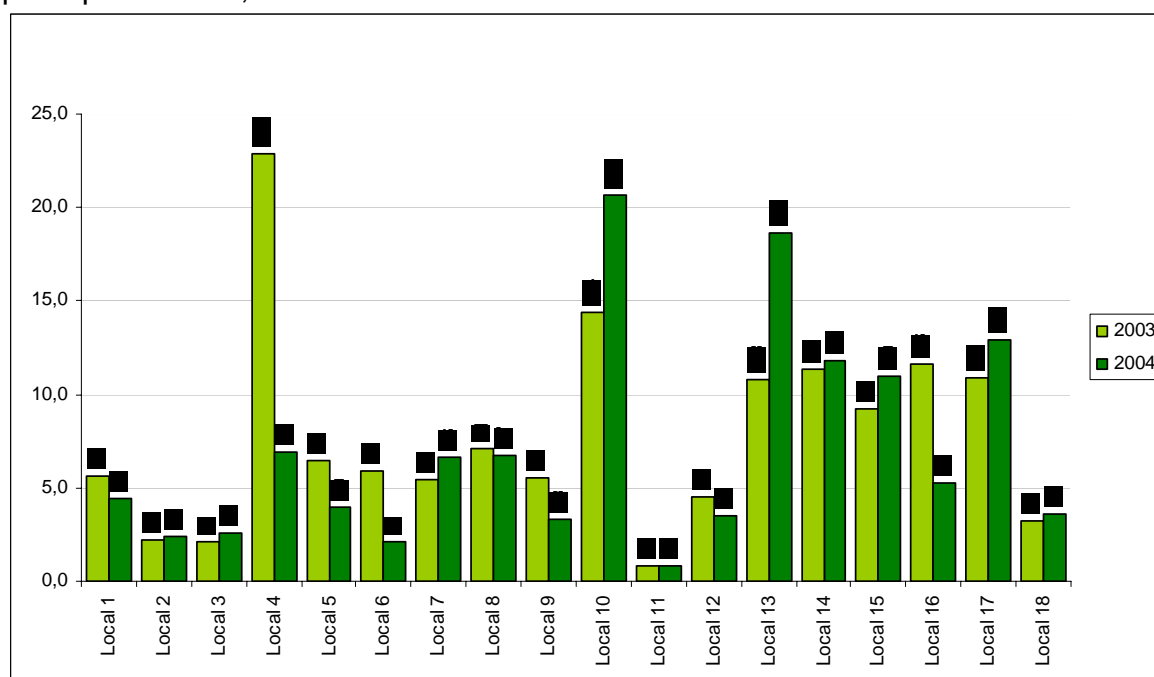
Fig. 12 - Livelli di finanziamento per i servizi all'infanzia



Fonte: elaborazione Fondazione Zancan

Di seguito è invece rappresentata la ripartizione delle risorse delegate per l'integrazione sociosanitaria, con allocazione procapite (in ordinata) per ogni comune (ascissa) per l'area minori e famiglia, in riferimento alle annualità 2003 e 2004.

Fig. 13 - Risorse delegate per l'integrazione sociosanitaria, area minori e famiglia, procapite in euro, 2003-04



Fonte: elaborazione Fondazione Zancan

Come nel caso del precedente studio regionale, anche qui sono evidenti differenze di allocazione tra le diverse aree comunali, caratterizzate da una tendenziale omogeneità territoriale e demografica, e sono altresì evidenti differenze di risorse disponibili nello stesso comune in anni diversi. In entrambi i casi le differenze riscontrate non sono giustificabili in termini di livelli essenziali di finanziamento e di offerta.

La diversità esistente a livello territoriale riguarda anche la capacità di risposta dei servizi. La costruzione della mappa di offerta relativa all'area degli interventi per le famiglie ed i minori, di seguito riportata, consente di mettere in correlazione l'entità dei finanziamenti con le diverse tipologie di risposta presenti nel territorio.

La mappa indica sia l'esistenza o meno delle tipologie di risposta sociale, (come tipizzate dal questionario Istat sulla spesa sociale comunale 2003), sia la loro qualificazione con riferimento alle modalità di gestione poste in essere, cioè comunale, comunale associata, delegata all'azienda Ulss locale.

Tab. 1 - Mappa dell'offerta- area minori e famiglie

COMUNI	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
ACCESSO																		
Servizio Sociale	■	■	■	■	■	■	■	■*	■	■	■	■	■*	■	■	■	■*	■
DOMICILIARE																		
ADI																	■*	
Adozione	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Assegno figli minori													■*					
Assistenza Domiciliare	■	■		■	■	■	■		■	■	■	■	■*	■	■	■		■
Contrib. nuovi nati		■*															■*	
Contributi alloggio	■*	■*	■*	■*					■*				■*	■*	■*			
Integrazione reddito	■*	■*		■*	■*		■*		■*				■*	■*	■*			■*
Intermediazione abit.				■*				■*		■*								■*
Pasti a domicilio																		■*
Sost. Socioeducativo								■*		■								■
Trasporti								■*					■*					■*
Voucher													■*					
Prestiti d'onore								■*										
INTERMEDIO																		
Asilo Nido				■*									■*					
Attività ricreative				■*					■*									■*
Centri diurni estivi				■*				■*	■*				■*					■*
Centri estivi/invernali																		■*
Centro aggregaz.								■*										■*
Contributo scuola		■*						■*		■*								■*
Ludoteca/Laboratori			■*	■*				■*					■*	■*				

COMUNI	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
Mensa	*	*							*				*					
Retta asili nido				*					*									
Retta semiresidenziale				*				*					*					
Serv. integr. prima inf.								*					*					
Sost. Socioed. Scolast.			■	*	*												*	
Contributo 285	*	*		*		*			*	*					*			*
Legge 285	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
RESIDENZIALE																		
Affido	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Contributo Affidato	*			*						*								
Retta residenziale	*	*		*			*	*	*	*					*	*	*	
ALTRO																		
Altro trasferimento				*				*		*			*					
Contributi associazioni									*	*		*			*		*	

Legenda * Gestione comunale + Gestione associata ■ Gestione Ulss

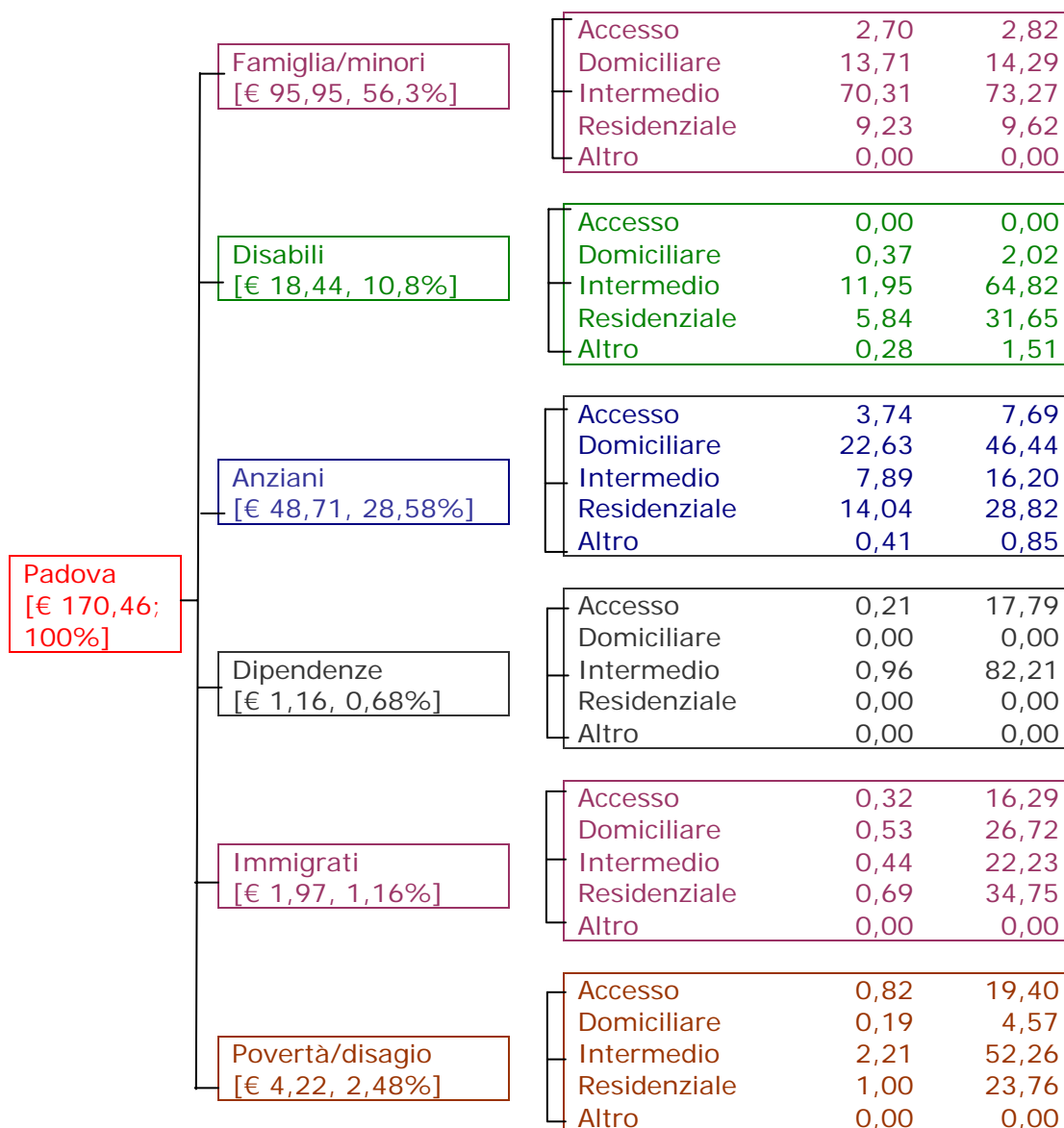
2.3. Un Caso di studio comunale

Lo studio dei livelli di assistenza con riferimento a parametri di spesa e di offerta è stato condotto anche su base comunale.

Di seguito si propone il risultato dell'analisi riferita al comune di Padova, sotto forma di albero delle risorse nelle diverse aree di bisogno/età correlate.

L'albero è costruito in modo da evidenziare la distribuzione della spesa con riferimento ai bisogni del ciclo di vita. Evidenzia inoltre la distribuzione per macroaree di offerta dei servizi per le persone e le famiglie.

Fig. 14 – Albero delle risorse per area e livello di offerta

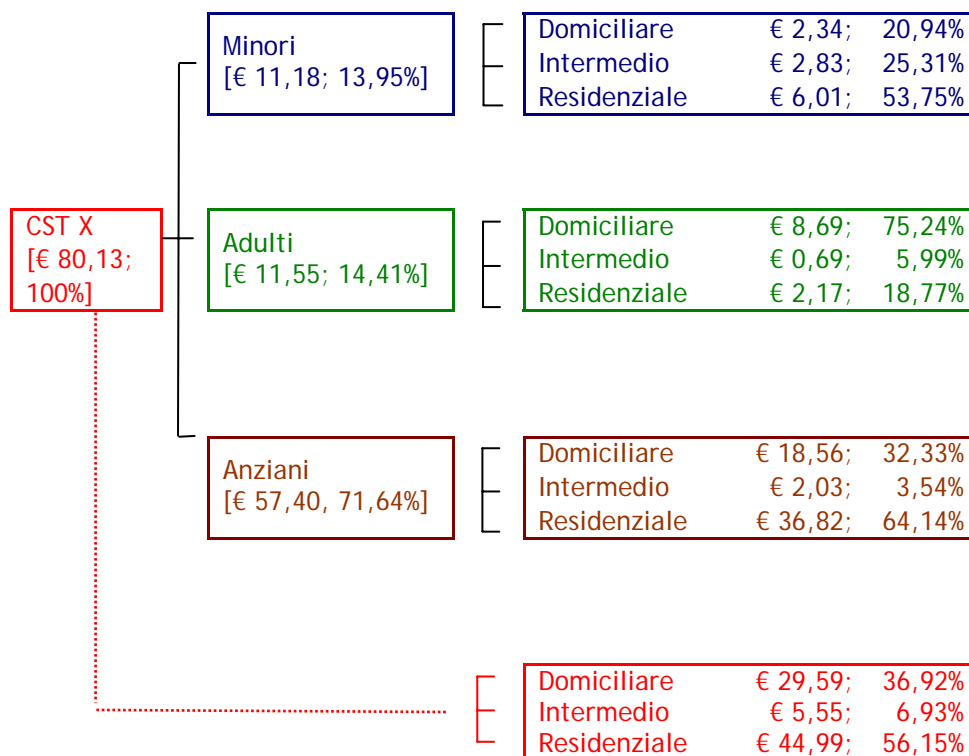


Fonte: elaborazione Fondazione Zancan

La spesa complessiva sopra rappresentata può essere ulteriormente suddivisa per sub area territoriale, quale può essere il quartiere, o, come nel caso di Padova, per centri di servizio territoriale (CST).

I servizi erogati all'interno dei Cst sono stati suddivisi per area di bisogno e per livello di assistenza (domiciliare, intermedio, residenziale). Si riporta di seguito un esempio di albero delle risorse per singolo CST (Fig. 15) e una rappresentazione grafica del confronto della spesa globale per area di bisogno e CST (Fig. 16).

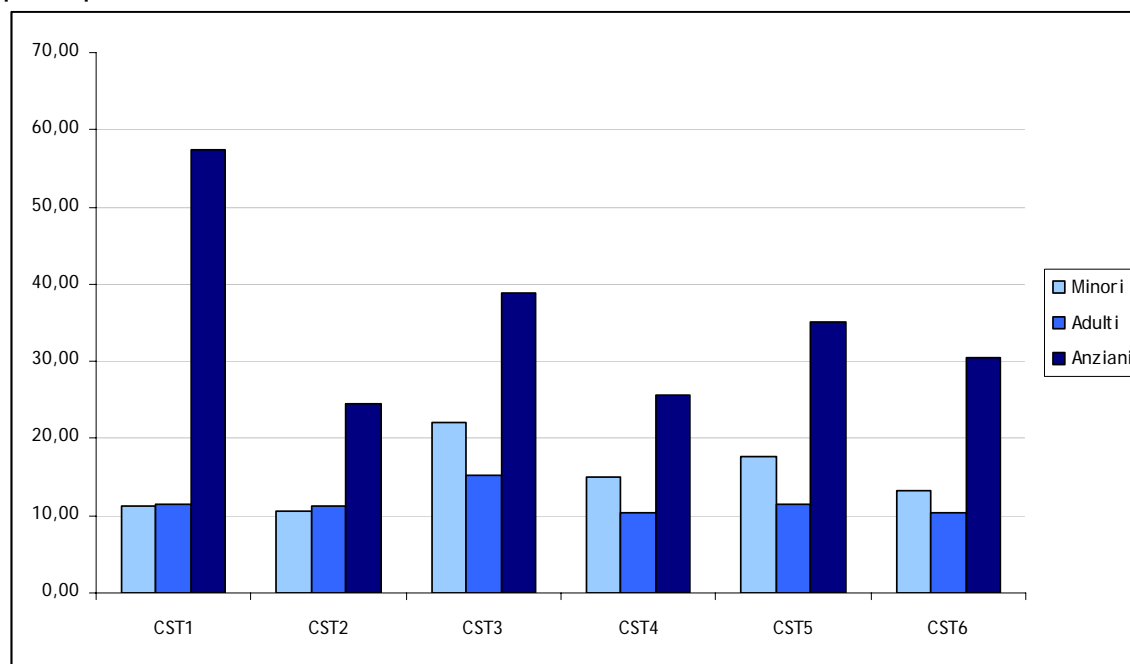
Fig. 15 – Albero delle risorse per area e livello in un CST del Comune di Paodva



Fonte: elaborazione Fondazione Zancan

Il CST "X" è contrassegnato con la sigla CST 1 nella successiva figura 16.

Fig. 16 – Confronto tra spesa globale nei CST (spesa per persone/famiglie) - Valori procapite



Fonte: elaborazione Fondazione Zancan

Conclusioni

Sulla base concettuale e analitica sopra descritta, alcune regioni stanno impostando la strategia per definire e monitorare i livelli essenziali di assistenza sociale, intesi come livelli di cittadinanza sociale idonei a garantire qualità di vita delle persone e delle famiglie, pari opportunità, tutela dei soggetti più deboli presenti nel loro territorio.

Le aree di bisogno prioritario considerate per la definizione dei livelli sono quelle indicate dall'art. 22 della L. n. 328/00 e cioè le misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare, le misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti, o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana, le misure di sostegno alle responsabilità familiari, le misure per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare, le misure di sostegno alla donna in difficoltà; gli interventi per la piena integrazione delle persone disabili, gli interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, le prestazioni integrate per contrastare le dipendenze, l'informazione e la consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione di servizi e per promuovere iniziative di auto-mutuo aiuto.

Gli studi preparatori realizzati a livello regionale consentono di valutare l'impatto che può prodursi in termini di equità sociale e di garanzia di livelli essenziali sul territorio regionale mediante la definizione di soglie di finanziamento e standard di erogazione degli interventi. Tra le regioni che vanno in questa direzione, l'Abruzzo, di cui si sono riportati alcuni dati, la Sardegna e la Toscana sono esempi significativi circa la realizzabilità concreta di strategie regionali finalizzate alla realizzazione dei livelli essenziali di assistenza.

La legislazione regionale sarda recentemente approvata (Legge regionale n.23 del 23 dicembre 2005) introduce infatti specifiche disposizioni che stabiliscono strumenti, criteri e competenze circa l'attuazione dei livelli essenziali in ambito regionale. Questa è realizzata attraverso l'individuazione della loro «misura di finanziamento su base pro capite ponderata, da garantire in tutto il territorio regionale», e degli «standard di erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari, con riferimento alla popolazione assistita e ai suoi bisogni, assicurando che in ogni ambito territoriale siano comunque garantite funzioni di accesso universalistico e di valutazione professionale del bisogno, funzioni di promozione e prevenzione, funzioni di pronto intervento sociale, funzioni di intervento domiciliare, diurno e residenziale» (art. 29). «I livelli essenziali sociali e socio-sanitari da garantire su tutto il territorio regionale», «la situazione demografica, epidemiologica, territoriale e socio-economica dei vari ambiti», « gli standard qualitativi e quantitativi dei servizi e la loro omogeneità sul territorio regionale», costituiscono poi gli elementi in base ai quali la Regione individua i parametri per la ripartizione delle risorse sul territorio (art. 25). La proposta di piano licenziata dalla Giunta regionale e attualmente all'esame del consiglio

sviluppa gli indirizzi legislativi e crea le basi per una traduzione operativa di quanto stabilito in legge.

La Regione Toscana ha investito sin dal piano sociale regionale 2001 sul tema dei livelli essenziali, promuovendo iniziative di studio e sperimentazione che hanno coinvolto 13 zone sociosanitarie (su un totale di 34) nello sviluppo di strumenti e soluzioni mirate alla realizzazione dei livelli essenziali di assistenza. L'analisi della spesa sociale sopra descritta ha consentito la predisposizione di uno studio di impatto finalizzato ad elaborare una strategia regionale di definizione di soglie di spesa e di risposta, di qualificazione e quantificazione degli interventi redistributivi necessari per garantire il livello essenziale di spesa su tutto il territorio regionale, in attuazione dei principi di solidarietà e equità sociale.

L'esperienza toscana è importante anche in riferimento alla necessità di considerare i livelli essenziali di assistenza non solo in termini di risposta, ma anche di processo: lo studio dei percorsi assistenziali ha evidenziato l'esistenza di uno stretto nesso tra esigibilità dei livelli di risposta e definizione di requisiti essenziali di processo, relativi alle modalità di valutazione del bisogno, allo svolgimento dei procedimenti di presa in carico.

Come già anticipato in premessa, il concetto di livello essenziale non può limitarsi al solo definire standard di prestazioni, ma implica una articolazione complessa di elementi di contenuto (di finanziamento e di risposta) e di processo (di presa in carico e di percorso assistenziale).

Gli studi realizzati e sopra brevemente riportati dimostrano infatti la necessità di superare una concezione del livello essenziale come mera prestazione standard, ed aprono invece prospettive di realizzazione di livelli essenziali corrispondenti alla specificità del diritto sociale cui ineriscono, caratterizzato dalla personalizzazione dell'intervento, dalla realizzazione di percorsi articolati, dalla multidimensionalità delle situazioni di bisogno.

In questi termini, ed in continuità con quanto previsto dalla legge 328 del 2000, l'attuazione dei livelli essenziali avviene a livello locale, contestualmente alla predisposizione del piano di zona e del programma delle attività territoriali, o, come nel caso della Sardegna (con il PLUS, piano locale unitario dei servizi alla persona) e della Toscana (con il PIS, piano integrato di salute) con strumenti di programmazione unitaria dei servizi alla persona, sulla base di misure di finanziamento, di erogazione e di esito.

A livello nazionale si potrebbe operare nella stessa direzione e con lo stesso metodo, tenendo conto delle prove di fattibilità e sostenibilità in corso d'opera, con risultati incoraggianti le scelte di nuova promozione sociale e di maggiore qualificazione dei sistemi di welfare, in piena coerenza con quanto previsto dalla Costituzione.