

Nel dettato del decreto del Presidente della Repubblica 616 lo Stato risulta responsabile della legislazione generale e della programmazione delle risorse finanziarie; la regione programma, indirizza e coordina le amministrazioni locali; il comune eroga i servizi.

In realtà, fino al 1990 vi era di fatto una sovrapposizione di responsabilità tra enti locali e Ministero degli Interni nel campo dell'assistenza ai cittadini più disagiati, in quanto l'indigenza era considerata anche come un problema di ordine pubblico e di decoro (si pensi alla lista nazionale dei poveri e alla tessera di povertà); con la legge n. 142/90 (di riforma delle autonomie locali) questa coabitazione è stata completamente superata in favore della responsabilità a livello locale.

Se questa è la logica normativa, va però osservato che non è stata ancora approvata una legge quadro nazionale per le funzioni di « assistenza e beneficenza pubblica » esercitate dai comuni.

In concreto, il legislatore non ha mai definito un sistema di diritti sociali minimi da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, le forme di intervento necessarie ad assicurare tali diritti, i soggetti di riferimento e le condizioni per essere titolare dei diversi interventi.

Nell'attesa della legge quadro nazionale sull'assistenza molte regioni hanno approvato leggi di riordino dei servizi socio-assistenziali ¹, cosicché alcuni consigli comunali hanno gestito la politica assistenziale uniformandosi alle indicazioni del livello di governo sovraordinato, altri hanno deliberato riorganizzando i propri servizi autonomamente.

3.3. *Alcuni esempi di questioni aperte e bisogni trascurati.*

La mancanza della legge quadro sull'assistenza ha lasciato senza risposta molti problemi. Ad esempio, non è stata affrontata la questione della tutela assistenziale dei cittadini disagiati dal punto di vista della garanzia dell'erogazione di alcuni servizi di base, come il servizio idrico potabile. L'importanza di assicurare il servizio idrico è evidente se si pensa ai problemi sanitari che possono discendere dalla mancanza di acqua corrente nelle abitazioni: infezioni cutanee, parassiti, salmonellosi, epatite virale. Si devono pure considerare i costi molto elevati, per il Sistema Sanitario Nazionale, del trattamento di talune di queste patologie, che oltre tutto, una volta insorte, possono espandersi nella popolazione anche al di là del focolai in cui si sono inizialmente presentate. È per queste ragioni che molti regolamenti di igiene comunali, emanati ai sensi del Testo Unico delle leggi sanitarie (TULS) del 1934, prevedono specificamente l'obbligo della presenza dell'acqua corrente e potabile all'interno delle abitazioni, pena la dichiarazione di inabitabilità e un'eventuale ordinanza di sgombero da parte dell'autorità sanitaria locale.

Attualmente, non esistono regolamenti di servizio/somministrazione che impediscano il taglio del servizio per gli utenti poveri, anche

¹ Hanno approvato leggi di riordino dei servizi socio-assistenziali le seguenti regioni: Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto.

a fronte di consumi assai modesti². Gli enti locali che intervengono su questo problema costituiscono un'eccezione: è il caso di Trento, che finanzia il pagamento delle bollette idriche morose, in rari casi, da parte degli assistenti sociali, con una sorta di delega dell'utente interessato, o di Milano, dove il regolamento comunale rende molto difficile il distacco del servizio idrico.

Ciò nonostante, resta il fatto che in molti quartieri difficili di città o paesi italiani il distacco non viene effettuato o si effettua sporadicamente, in quanto le autorità locali di Pubblica Sicurezza non concedono l'ausilio della forza pubblica agli operatori del gestore dell'acquedotto, ausilio che sarebbe indispensabile in alcuni casi per minimizzare i rischi di incolumità fisica degli operatori stessi. In queste situazioni di disagio diffuso restano morosi cronicamente, senza conseguenze di distacco, non solo nuclei familiari, ma anche artigiani, piccole imprese, eccetera. Insomma, gli utenti poveri si trovano ad essere « difesi » all'interno di un tessuto e di un meccanismo di salvataggio gestito localmente dalla malavita e dall'assenza della legge, in un « humus » di solidarietà tra emarginati, indigenti e criminalità. E ciò mentre un utente indigente, che si trovi ad abitare anche solo a qualche centinaio di metri dalle situazioni « difficili » di ordine pubblico sopra descritte, deve subire invece il distacco per morosità in quanto soggetto non « protetto ».

In assenza della legge quadro nazionale sull'assistenza, un altro dei problemi non risolti è quello del confine tra sanità e assistenza, e di conseguenza delle competenze e responsabilità rispettivamente del Servizio Sanitario Nazionale e degli enti locali.

In effetti, secondo il decreto del Presidente della Repubblica 616, i servizi socio-sanitari dovrebbero essere gestiti in collaborazione tra Usl e comuni (in pratica si tratta degli interventi a tutela della maternità e dell'infanzia, della salute degli anziani, della salute mentale e dell'assistenza a portatori di handicap e tossicodipendenti). L'attivazione di tali servizi è stata particolarmente controversa proprio per la mancata definizione della natura degli interventi assistenziali e quindi delle responsabilità relative ai due enti territoriali interessati, Usl e comuni.

I problemi maggiori sono sorti con riferimento al finanziamento di questi servizi. La legge finanziaria per il 1984 (l. 730/83) prescriveva alle Usl di tenere una contabilità separata per le spese socio-assistenziali delegate dalle Regioni e dagli Enti locali e stabiliva che gli oneri per interventi di tipo sanitario connessi con gli interventi socio-assistenziali fossero a carico del Fondo Sanitario Nazionale (FSN). Il decreto del Presidente del Consiglio dell'8-8-1985, che distingue i due ambiti di competenza secondo che le attività siano rivolte principalmente o indirettamente a finalità di tipo sanitario, prevede pure che il FSN debba coprire la parte di rilievo sanitario degli interventi socio-assistenziali. Ma è evidentemente difficile stabilire in maniera definitiva quale debba essere questa quota nell'ambito dei singoli interventi. La legge n. 595 /85 (norme per il Piano sanitario nazionale

² Cfr. S. Zolea, *Acqua: quali tariffe per i più poveri?*, *Rassegna Sindacale* n. 13, 23/4/1996.

1986-88) afferma poi che i progetti obiettivo del piano sanitario nazionale debbano essere finanziati in parte con le risorse vincolate del FSN e in parte con risorse aggiuntive di altra provenienza. Ma soprattutto tale legge indica chiaramente che il decreto del Presidente della Repubblica n.616/77 deve essere interpretato nel senso che la competenza dell'assistenza sociale è definitivamente degli enti locali, anche dopo la costituzione del Servizio sanitario nazionale con la legge 833 del 1978³.

Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-96 (decreto del Presidente della Repubblica n.107 dell'1-3-1994) individua tra le cause di diseconomie e di spreco le «sovrapposizioni non integrate di iniziative sanitarie e socio-assistenziali a disabili e anziani». Resta insomma attuale il problema della coerenza e dell'integrazione degli interventi intrapresi dalle Usl e dagli enti locali, e/o della gestione del passaggio di talune azioni di tipo prettamente socioeconomico agli enti competenti, che può avere ripercussioni anche sull'efficacia delle azioni socio-assistenziali⁴.

Un altro motivo di confusione può discendere dal fatto che il Sindaco, sia ai sensi dell'ancora vigente TULS del 1934, sia ai sensi della legge n. 142/90 (articolo38), è la massima autorità sanitaria in materia di tutela dell'igiene e della salute collettiva⁵. Ad esempio, nel caso dell'evenienza di malattie infettive presso fasce di popolazione indigente ed emarginata, il Sindaco ordina a tutte le strutture pubbliche presenti sul territorio (aziende sanitarie locali, commissariato di polizia, aziende che erogano pubblici servizi, eccetera) misure di emergenza contingibili e urgenti con riguardo a terapia e prevenzione delle patologie stesse, indipendentemente da qualsiasi considerazione di costo; e ciò crea non pochi problemi intorno alla successiva attribuzione della responsabilità finanziaria di copertura degli oneri.

³ Nei fatti, anche a seguito delle difficoltà obiettive di distinguere gli interventi con finalità sanitaria da quelli aventi natura esclusivamente socio-assistenziale, la spesa sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in questi settori è cresciuta significativamente, come sottolinea la «Relazione sulla spesa sanitaria negli anni 1989-1992» presentata al Parlamento ed elaborata dal Ministero del Tesoro, Ragioneria generale dello Stato, e dal Ministero della Sanità nel gennaio 1994. Anziché per quota, i costi dei servizi socio-assistenziali sarebbero gravati per intero sul SSN, rivelandosi tra l'altro difficoltoso individuare i soggetti istituzionali — province o comuni — cui attribuire gli oneri. Secondo tale Relazione, attraverso il DPCM 8-8-85 e attraverso l'intervento dei Ministeri della Sanità e del Tesoro il gonfiamento della spesa sanitaria per oneri non di competenza del SSN sarebbe stato ridimensionato, ma tale fenomeno non sarebbe ancora del tutto scomparso.

Anche i problemi relativi alle commistioni avvenute in passato hanno tuttora, però, effetti preoccupanti, in quanto le spese attuate hanno dato luogo alla formazione di debiti che si sono accumulati nel corso degli anni. Attualmente, come è noto, esiste un consistente indebitamento pregresso del SSN, per la copertura del quale sono stati individuati appositi finanziamenti. L'utilizzo di tali finanziamenti procede però con una lentezza sorprendente, e non è stato immediato individuare le cause di tale ritardo. Sembra che uno dei motivi risieda proprio nell'incertezza sull'imputazione di talune spese al SSN, in quanto si tratterebbe di interventi di natura prevalentemente socio-assistenziale, come denunciato da esponenti della Ragioneria Generale dello Stato nell'ambito dell'audizione svoltasi presso la Commissione Affari Sociali della Camera il 7 novembre 1995.

⁴ Cfr. l'intervento del deputato Rocco Francesco Caccavari nel corso dell'audizione di rappresentanti delle regioni svoltasi presso la Commissioni Affari Sociali l'8 novembre 1995.

⁵ Si osservi che il Sindaco, in tali casi, non agisce come Presidente della Giunta Comunale, ma come ufficiale di Governo; per cui si tratta di responsabilità non evitabile e non delegabile.

Nella confusa linea di confine tra gli interventi di tipo socio-assistenziale e quelli sanitari l'intervento pubblico rischia poi di divenire evanescente, anche quando sarebbe particolarmente necessario e diffusamente condiviso: si pensi alla garanzia della totale gratuità delle cure per gli indigenti, assicurata in passato con la tessera di povertà, poi con l'esenzione dal ticket a carico del SSN, infine, dal 1991, trasferita formalmente alla responsabilità dei comuni, di fatto sostanzialmente negata nella maggior parte dei casi.

3.4. *Gli interventi realizzati dai comuni: il campo dell'indagine.*

Passando dall'indicazione dei limiti e delle carenze alla descrizione in positivo di ciò che rappresenta attualmente l'intervento delle amministrazioni comunali nell'area dell'«assistenza e beneficenza pubblica» e dell'«assistenza scolastica», di seguito verranno esaminate in dettaglio talune azioni di competenza degli enti locali. Poiché su questi istituti i comuni esercitano un autonomo potere regolamentare, nel corso dell'esposizione saranno sottolineate soprattutto le differenze esistenti tra le varie amministrazioni. In realtà, l'eterogeneità che caratterizza quest'area è solo in parte riconducibile all'esercizio dell'autonomia locale; in parte, invece, è dovuta ad un non corretto funzionamento dei rapporti tra Stato, regioni e comuni.

Nel contesto descritto gli interventi gestiti da enti territoriali possono essere studiati solo partendo dalle singole esperienze locali. In pratica la nostra analisi è stata condotta inviando un questionario a diciotto amministrazioni comunali, selezionate in base alla collocazione geografica ed alla dimensione demografica⁶.

Per quanto riguarda gli interventi, sono stati selezionati quelli per i quali il Certificato del conto consuntivo, che riporta i bilanci degli enti locali e ulteriori dati sui costi dei servizi forniti alla cittadinanza, contiene i dati di costo. In particolare, sono state studiate le modalità di erogazione dei seguenti servizi: case di riposo per anziani, assistenza domiciliare, assistenza economica, soggiorni estivi, centri residenziali e diurni per portatori di handicap, centri residenziali per minori, asilo nido, refezione e mensa scolastica, borse di studio per alunni della scuola dell'obbligo, viaggi e soggiorni per ragazzi.

Nella tabella 3.1 è fornito un quadro complessivo degli interventi riconducibili alle competenze degli enti locali in materia socio-assistenziale che sono stati presi in esame. Si tratta, come si può rilevare, di dieci istituti diversi, sia per quanto riguarda i destinatari dell'intervento, sia per ciò che concerne i parametri impiegati ai fini dell'orientamento dell'intervento medesimo.

Restano esclusi numerosi interventi forniti dagli enti locali, per i quali non si dispone di dati sui costi complessivi; si tratta tra l'altro dell'assistenza a immigrati extracomunitari, nomadi, senza casa, ex carcerati, malati di Aids, malati mentali, alcolizzati e tossicodipen-

¹⁵ I questionari analizzati, perché pervenuti debitamente compilati, riguardano i comuni di Aosta, Caltanissetta, Enna, Feltre, Padova, Piacenza, Roma, San Donato milanese, San Vito di Cadore, Sarzana e Tortoreto.

denti. Questi interventi per altro assorbono una quota di risorse rilevante soprattutto nelle grandi città, dove i fenomeni di emarginazione sociale sono maggiormente diffusi, e ciò non è privo di conseguenze sulle risorse disponibili per le politiche assistenziali articolate secondo precisi criteri selettivi.

3.5. *La spesa assistenziale dei comuni.*

Le difficoltà di quantificare la spesa pubblica per assistenza e di evidenziare la quota erogata dai comuni sono riconducibili a due fattori:

- a) gli enti locali non sono il solo soggetto coinvolto nel finanziamento di tale spesa;
- b) la definizione di interventi assistenziali non è univoca.

Ad oggi i dati del conto consolidato nazionale della spesa pubblica per l'assistenza elaborato dall'IRS sono gli unici elaborati secondo una definizione uniforme di assistenza e relativi a tutti i soggetti coinvolti (Stato, INPS, Regioni e Province autonome, Comuni e Usl) ⁷.

In particolare, per la spesa assistenziale di competenza dei comuni, l'unica fonte di informazioni esistente (impiegata anche per costruire il conto consolidato nazionale citato), come accennato sopra, è il Certificato del conto consuntivo, documento che deve essere presentato da tutte le amministrazioni locali ed è composto essenzialmente di due parti: nella prima sono registrati i dati relativi ai bilanci comunali; nella seconda alcune informazioni specifiche sui principali servizi forniti dall'amministrazione.

Per stimare il volume di risorse movimentate dagli interventi socio-assistenziali degli enti locali il Cer ha elaborato i dati della parte dei Certificati dei conti consuntivi relativa ai bilanci. Questa quantificazione è soggetta ad un ridotto margine di errore poiché la registrazione dei dati di bilancio del comune non dovrebbe lasciare spazio a valutazioni soggettive da parte di chi compila il Certificato.

La spesa assistenziale dei comuni è stata stimata dal Cer adottando una definizione di spesa che costituisce un aggregato rappresentativo delle risorse impiegate per tutti gli interventi analizzati; anche se, per taluni di essi, non è stato possibile isolarne la specifica portata.

In particolare, è stata individuata la seguente classificazione ⁸:

l'assistenza scolastica (rubrica 404);

⁷ La spesa pubblica per l'assistenza in Italia, rapporto IRS a cura di R. Artoni e E. Ranci Ortigosa, Franco Angeli. Milano, 1989. I rapporti per gli anni successivi sono in corso di pubblicazione.

⁸ Questa classificazione è rappresentativa delle risorse mobilitate con gli interventi considerati, in base alle seguenti ipotesi:

a) le spese per le strutture protette-case di riposo per anziani possono essere classificate nelle rubriche 615 o 614;

b) le spese per assistenza domiciliare, per assistenza economica, per i soggiorni estivi e per i centri residenziali e diurni per portatori di handicap sono comprese nella rubrica 615;

c) il finanziamento per gli asili nido e per gli istituti residenziali è coperto dalla rubrica 611;

d) le borse di studio, i contributi per i soggiorni di vacanza per i bambini e quelli per il servizio della mensa sono finanziate con le risorse classificate nelle rubriche 404 e 611.

l'assistenza all'infanzia e asili nido (rubrica 611);

le gestioni ex-Ipab (rubrica 614);

l'assistenza e beneficenza (rubrica 615);

una quota⁹ della spesa per altri interventi in campo sociale (rubrica 616).

Nella tabella 3.2. è riportata la spesa sostenuta dai comuni per interventi socio-assistenziali, indipendentemente dalla forma di gestione adottata¹⁰.

Vi si rileva che:

nel 1993 la spesa corrente per assistenza è stata di circa 6.260 miliardi e di 160 miliardi quella in conto capitale;

la voce più consistente è quella per assistenza e beneficenza, sia per le spese correnti sia per quelle in conto capitale, indipendentemente dalla collocazione geografica del comune;

per quanto riguarda la ripartizione territoriale, la spesa corrente dei comuni del Nord è stata pari al 56 per cento del totale, quella dei comuni del Centro al 21 per cento e quella delle amministrazioni locali del Sud al 23 per cento. Le divergenze sono ancora più marcate se si osservano i dati relativi alla spesa per investimenti: il 64 per cento è concentrato nei comuni del Nord, il 17 per cento in quelli del Centro ed il 18 per cento è speso dalle amministrazioni locali del Sud;

quanto alle categorie di beneficiari, più del 60 per cento della spesa assistenziale dei comuni delle regioni centrali è per assistenza scolastica, all'infanzia e per gli asili nido.

Anche nei comuni del Nord e del Sud la quota di risorse assorbita dalle fasce di popolazione più giovani è piuttosto rilevante essendo pari, rispettivamente, al 47 e 53 per cento.

Nella tabella 3.3 è evidenziata la spesa corrente e in c/capitale per assistenza dei comuni, suddivisi per regione e per area geografica (Nord, Centro, Sud).

Nella tabella 3.4. sono riportati i valori assunti da un indicatore del rilievo della spesa assistenziale sul complesso delle risorse gestite dai comuni: il rapporto percentuale tra la spesa per assistenza e la spesa complessiva dei comuni.

⁹ La quota considerata è pari al rapporto tra le rubriche assistenziali (611, 614 e 615) ed il totale della sezione VI « Azioni e interventi in campo sociale » depurato della rubrica 616.

¹⁰ Non sono considerate le risorse mobilitate dagli altri soggetti istituzionalmente preposti all'assistenza: USL e altri livelli di governo-Stato, regioni e province.

Tabella 3.2.

La spesa per l'assistenza erogata dai comuni: ripartizione per aree geografiche e per settori di intervento - (Anno 1993 - miliardi di lire)

	Distribuzione territoriale %				Distribuzione settoriale %			
	Nord	Centro	Sud	Italia	Nord	Centro	Sud	Italia
Spesa corrente per assistenza	3.507	1.311	1.442	6.260	56,0	20,9	23,0	100
<i>di cui</i>								
assistenza all'infanzia e asili nido	793	312	217	1.323	60,0	23,6	16,4	100
gestioni ex-ipab	157	26	43	226	69,4	11,4	19,2	100
assistenza e beneficenza	1.466	435	557	2.458	59,7	17,7	22,6	100
assistenza scolastica	856	487	554	1.897	45,1	25,7	29,2	100
altri interventi	235	51	71	356	65,9	14,2	20,0	100
	Nord	Centro	Sud	Italia	Nord	Centro	Sud	Italia
Spesa c/capitale per assistenza	101	28	29	157	64,3	17,7	18,4	100
<i>di cui</i>								
assistenza all'infanzia e asili nido	17	6	10	33	51,3	18,7	29,9	100
gestioni ex-ipab	9	5	2	15	59,3	30,7	10,0	100
assistenza e beneficenza	53	10	7	70	75,8	13,8	10,4	100
assistenza scolastica	17	6	9	32	53,9	18,8	27,3	100
altri interventi	5	1	1	7	74,2	9,0	16,8	100
Totale spesa per assistenza	3.608	1.339	1.471	6.417				

Fonte: Elaborazioni Cer su dati ISTAT "Bilanci consuntivi delle Amministrazioni comunali e provinciali" - anno 1993 edizione 1997

Tabella 3.3.

La spesa per l'assistenza: distribuzione regionale pro-capite

REGIONE	Spesa corrente			Spesa in c/capitale		
	valori assoluti (miliardi)	pro-capite (migliaia)	graduatoria nazionale pro-capite	valori assoluti (miliardi)	pro-capite (migliaia)	graduatoria nazionale pro-capite
Piemonte	562	131	5	20	5	5
Valle d'Aosta	15	130	6	2	16	1
Lombardia	1.322	149	3	31	4	6
Trentino	73	82	13	7	8	2
Veneto	526	120	7	12	3	7
Friuli	218	182	1	7	5	4
Liguria	183	109	10	4	2	8
Emilia Romagna	607	155	2	20	5	5
Nord	3.506	138		103	4	
Toscana	461	131	5	9	3	7
Umbria	79	97	11	1	2	8
Marche	159	111	9	10	7	3
Lazio	612	119	8	6	1	9
Centro	1.311	120		26	2	
Abruzzo	100	80	14	2	1	9
Molise	24	71	15	2	5	5
Campania	244	43	19	7	1	9
Puglia	243	60	17	5	1	9
Basilicata	41	68	16	1	2	8
Calabria	92	44	18	3	1	9
Sicilia	455	92	12	7	1	9
Sardegna	243	148	4	3	2	8
Sud	1.442	70		30	1	
ITALIA	6.259	110		159	3	

Fonte: Elaborazioni Cer su dati ISTAT "Bilanci consuntivi delle Amministrazioni comunali e provinciali" - anno 1993 edizione 1997

Tabella 3.4.
La rilevanza degli interventi per l'assistenza nella spesa totale dei comuni
(spesa per l'assistenza in % spesa totale)

REGIONE	spesa corrente	spesa in c/capitale
Piemonte	14%	2%
Valle d'Aosta	23%	6%
Lombardia	12%	1%
Trentino	9%	1%
Veneto	13%	1%
Friuli	18%	2%
Liguria	9%	1%
Emilia Romagna	12%	2%
Nord	12%	1%
Toscana	11%	1%
Umbria	9%	1%
Marche	11%	2%
Lazio	9%	0%
Centro	10%	1%
Abruzzo	10%	1%
Molise	8%	1%
Campania	6%	0%
Puglia	9%	1%
Basilicata	8%	0%
Calabria	7%	1%
Sicilia	11%	1%
Sardegna	16%	0%
Sud	9%	1%
ITALIA	11%	1%

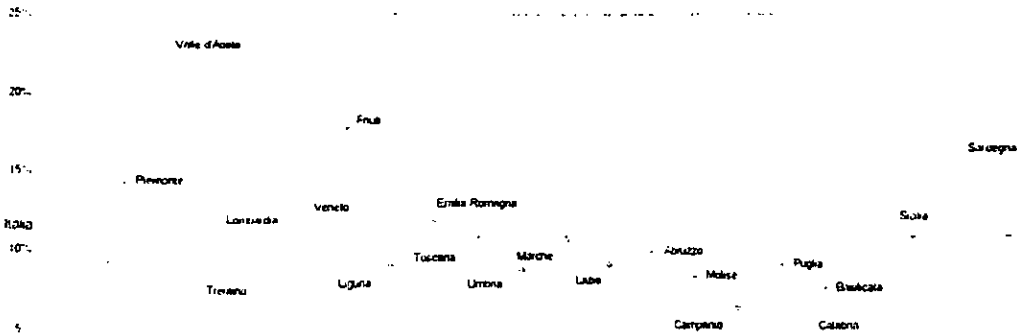
Fonte: Elaborazioni Cer su dati ISTAT "Bilanci consuntivi delle Amministrazioni comunali e provinciali" - anno 1993 edizione 1997.

La spesa pro capite è calcolata considerando la popolazione residente nella regione e nell'area geografica di riferimento.

Dai dati presentati si possono trarre le seguenti considerazioni:

a) il peso della spesa assistenziale sul totale della spesa dei comuni è sostanzialmente uniforme su tutto il territorio nazionale. In effetti, la spesa corrente per assistenza è pari all'11 per cento della spesa corrente del complesso dei comuni italiani, con valori leggermente superiori per i comuni del Nord, 12 per cento, e sostanzialmente allineati per il Centro e per il Sud, rispettivamente 10 e 9 per cento (tabella 3.4 e grafico 3.1.).

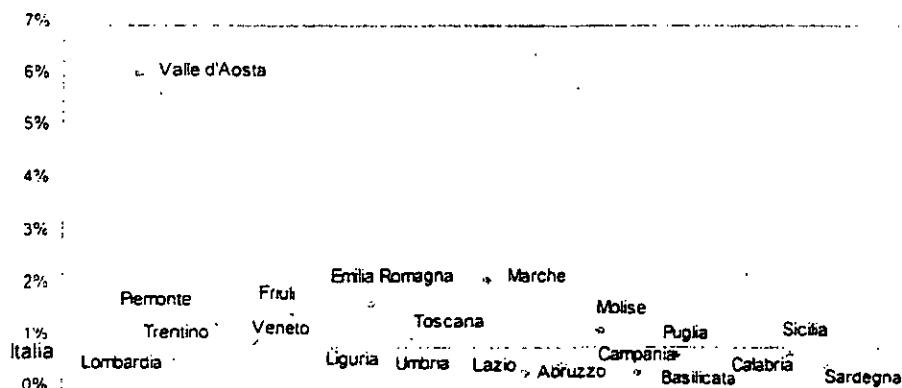
Grafico 3.1. La rilevanza degli interventi per l'assistenza nella spesa corrente dei comuni



La sostanziale uniformità constatata per le tre aree geografiche nasconde, comunque, profonde differenze tra le regioni. Si consideri, ad esempio, che il rapporto percentuale tra spesa corrente per assistenza e spesa corrente dei comuni di una regione del Nord a statuto speciale (la Valle d'Aosta) è quasi quattro volte quello di una regione a statuto ordinario del Sud (la Campania). Il peso degli interventi per l'assistenza sulla spesa in conto capitale dei comuni è compreso tra lo 0,5 e il 2 per cento su tutto il territorio nazionale, scostandosi in maniera significativa solo per la Valle d'Aosta (grafico 3.2.);

b) i dati relativi alla spesa assistenziale pro-capite mostrano una sostanziale disomogeneità interregionale. Si noti, per esempio, che la spesa corrente per assistenza pro capite dei comuni del Nord è pari a quasi il doppio di quella delle amministrazioni del Sud: rispettivamente 138.000 lire e 70.000 lire. La differenza è ancora più evidente per la spesa per investimenti: i comuni del Nord spendono per ciascun cittadino quattro volte quello che viene speso al Sud.

Grafico 3.2. La rilevanza degli interventi per l'assistenza nella spesa in c/capitale dei comuni



In realtà anche tra le regioni del Sud esistono differenze notevoli. La Campania e la Calabria hanno valori di spesa pro capite nettamente inferiori alla media (L.43.000 e L.44.000), mentre le due regioni a statuto speciale, Sicilia e Sardegna, presentano valori non dissimili da quelli di altre regioni del Centro e del Nord (L.92.000 e L.148.000);

c) per quanto riguarda la composizione della spesa assistenziale, l'intervento meno diffuso è il finanziamento delle ex-IPAB (che si mantiene al di sotto del 15%).

Sostanzialmente uniformi sul territorio nazionale sono le spese per « assistenza e beneficenza » e per « assistenza scolastica ». Al contrario, l'assistenza all'infanzia e gli asili nido sono il campo in cui i comuni delle diverse regioni intervengono in maniera più differenziata; la spesa pro capite del Sud è poco meno di un terzo di quella registrata al Nord e al Centro. In realtà i dati dei comuni del Sud mostrano

soprattutto una scarsa diffusione degli interventi: in Campania e Calabria solo il 44 e 53 per cento dei comuni hanno registrato una spesa per gli asili nido diversa da zero.

3.6. Il meccanismo di concessione del beneficio socio-assistenziale e gli obiettivi di selettività delle amministrazioni locali.

I servizi di competenza degli enti locali sono generalmente rivolti all'individuo in quanto anziano, portatore di handicap, invalido, minore o studente.

L'asilo nido ed i centri residenziali per portatori di handicap sono i soli interventi di assistenza alla famiglia. Ciò spiega perché, in tutti i comuni oggetto dell'indagine, l'ammissione all'asilo nido è condizionata ad una graduatoria per la quale si considerano le caratteristiche del nucleo familiare (assenza di uno o entrambi i genitori, stato di invalidità o infermità di uno dei genitori, genitori divorziati o studenti), la sua composizione (presenza di più bambini in età scolare), la condizione lavorativa dei genitori (attività a tempo pieno o parziale, dipendente o autonomo, nel territorio comunale o fuori) e la presenza di bambini portatori di handicap o di persona anziana invalida assistita.

Analogamente, configurandosi i centri residenziali per portatori di handicap come interventi di supporto al nucleo familiare, l'ammissione ad essi è in genere subordinata alla presenza o meno dei genitori ed al loro stato di salute.

Indipendentemente dall'unità (singolo, famiglia) cui gli interventi sono rivolti, il nucleo familiare rappresenta in genere il riferimento utilizzato per:

quantificare il reddito degli aventi diritto;

graduare l'erogazione del contributo;

quantificare la contribuzione al servizio.

a) Per molti interventi rivolti agli anziani (case di riposo, assistenza economica, assistenza domiciliare, soggiorni estivi) i livelli di reddito sono diversificati per l'anziano che vive solo e per la coppia ¹¹. Nel caso degli asili nido il reddito del nucleo familiare è utilizzato sia per attribuire punteggi diversi nella graduatoria di accesso sia per definire la retta ¹².

Tra l'altro, le definizioni di nucleo familiare adottate a questo scopo sono piuttosto ampie, arrivando a comprendere i parenti tenuti per legge agli alimenti ¹³ e persone conviventi ¹⁴.

b) La composizione del nucleo familiare è uno dei criteri impiegati per graduare l'erogazione del contributo di assistenza economica. Per

¹¹ Comuni di Roma e Caltanissetta.

¹² Il caso limite è rappresentato dal comune di Sarzana che ha definito sette fasce di reddito differenziate a seconda dei componenti il nucleo familiare, compresi tra un minimo di due ed un massimo di sette.

¹³ Comune di San Donato milanese per le rette delle case di riposo.

¹⁴ Modalità adottata per la determinazione del reddito del nucleo familiare dei bambini iscritti all'asilo nido e alle scuole materne ed elementari del comune di Sarzana e per gli asili nido del comune di Piacenza.

esempio, laddove il sussidio è pari alla differenza tra il reddito dell'assistito ed il reddito minimo vitale, il minimo è corretto per tener conto del numero dei componenti il nucleo familiare ¹⁵.

c) In molti comuni si considera la composizione del nucleo familiare per quantificare la retta di alcuni servizi; la retta per gli asili nido e per il servizio di mensa e refezione scolastica sono spesso ridotte a partire dal secondo o terzo figlio in misura diversa per ogni comune ¹⁶.

Infine, numerose amministrazioni comunali hanno predisposto scale di equivalenza implicite per graduare sia il livello di reddito oltre il quale non si ha diritto all'intervento ¹⁷ sia la retta per alcuni servizi ¹⁸.

Il reddito dei cittadini è insomma uno dei criteri selettivi adottati dai comuni per articolare l'erogazione dei servizi assistenziali. Per altro le informazioni relative al reddito vengono impiegate per raggiungere più obiettivi; in particolare, nelle realtà comunali analizzate il livello di reddito è utilizzato per:

- a) delimitare la platea degli aventi diritto ai diversi interventi;
- b) formare la graduatoria degli aventi diritto;
- c) esonerare alcuni utenti dalla contribuzione per la fruizione del servizio;
- d) diversificare le contribuzioni per gruppi di utenti;
- e) graduare l'ammontare dell'erogazione.

¹⁵ Metodo utilizzato dalle amministrazioni comunali di Feltre e Sarzana.

¹⁶ Per gli asili nido i due casi estremi sono i comuni di Sarzana e Feltre che prevedono abbattimenti, rispettivamente, del 50% e 10%. Per la mensa il comune di Roma prevede un abbattimento del 50 % della retta, ma solo a partire dal terzo figlio; gli altri comuni riducono la retta a partire dal secondo figlio con percentuali che vanno dal 10% per Tortoreto al 30% di Sarzana.

¹⁷ A Caltanissetta i portatori di handicap hanno diritto all'assistenza domiciliare se il reddito del nucleo familiare è inferiore a 20 milioni per tre componenti più 20 per cento per ogni altro componente; a Roma per avere la mensa gratuita il reddito minimo è 12 milioni per una famiglia di tre persone e deve essere aumentato di un milione per figlio; per le rette dell'asilo nido il regolamento del comune di Piacenza stabilisce che in caso di famiglia monoparentale il reddito pro capite si calcoli aggiungendo una unità al numero dei suoi componenti.

¹⁸ A Catania la retta della mensa è diversificata per fasce di reddito distinte per nuclei familiari con 1 o due figli e per nuclei con più di due figli. Un sistema completo di scale di equivalenza è stato adottato dal comune di Sarzana per definire le rette dovute per l'asilo nido e per la mensa scolastica; eccone la rappresentazione schematica:

Fasce retta	A	B	C	D	E	F	G
Numero componenti famiglia	Reddito inferiore a	Reddito fino a	Reddito fino a	Reddito fino a	Reddito fino a	Reddito fino a	Reddito superiore a
2	12	19	27	34	44	53	53
3	16	25	36	46	58	70	70
4	19	30	43	55	70	85	85
5	22	36	51	65	84	101	101
6	25	41	58	74	95	114	114
7	28	45	65	82	106	127	127

a) Nelle amministrazioni esaminate risultano fissati livelli di reddito (individuale e/o familiare) oltre i quali non si ha diritto all'intervento. Si individuano in questa maniera i beneficiari dell'assistenza domiciliare ¹⁹, del contributo alla retta di mantenimento nelle case di riposo ²⁰ e negli istituti per i minori ²¹, dell'assistenza economica ²², dei soggiorni estivi ²³ e delle borse di studio ²⁴.

b) Se l'accesso al servizio è regolamentato con una graduatoria, il reddito degli aspiranti può essere utilizzato per attribuire punteggi differenziati. Questo metodo è impiegato essenzialmente per gli asili nido ²⁵ e per le case di riposo per anziani ²⁶.

c) Alcuni comuni hanno stabilito che i soggetti con un livello di reddito inferiore ad una certa soglia non sono tenuti a pagare alcuni servizi. In pratica, molte amministrazioni esonerano dalla retta per il servizio di mensa e refezione scolastica e dalla quota di partecipazione ai soggiorni estivi organizzati dal comune ²⁷ i bambini e ragazzi appartenenti a nuclei familiari con redditi particolarmente bassi.

d) L'impiego di fasce di reddito per graduare la contribuzione degli utenti ai costi dei servizi comunali è molto frequente. In tutti i comuni interpellati la retta degli asili nido è graduata per fasce di reddito, anche se l'articolazione è diversa per ciascuna amministrazione: i due casi limite sono Tortoreto, due fasce di reddito e due rette, ed Aosta, venti fasce per venti rette. Questo criterio di selettività è impiegato anche per la refezione scolastica, i soggiorni estivi per bambini, ragazzi e anziani ²⁸ e l'assistenza domiciliare ²⁹. Per il servizio di assistenza domiciliare il caso limite è rappresentato dalla regione Valle d'Aosta che, nella sua legge di riordino dei servizi socio-assistenziali, ha differenziato le quote di contribuzione oraria sia in base al reddito dell'assistito sia in base al tipo di prestazione erogata (aiuto domestico, lavanderia, ristorazione etc.) ³⁰.

e) Raramente gli enti locali ricorrono al livello di reddito del cittadino per graduare l'importo dei trasferimenti monetari. In effetti, dalla nostra indagine risulta che solo in due comuni (Sarzana e Feltre) il contributo di assistenza economica cresce al decrescere del reddito del destinatario.

¹⁹ Comuni di Caltanissetta e Roma.

²⁰ Roma.

²¹ Caltanissetta.

²² Roma.

²³ Roma.

²⁴ Roma.

²⁵ Roma, Feltre, Piacenza.

²⁶ Roma.

²⁷ Roma, Padova, Sarzana.

²⁸ Roma, San Donato milanese, Sarzana.

²⁹ Feltre, Roma, Sarzana e Aosta.

³⁰

Reddito annuo lordo onnicomprensivo dell'intero nucleo	AIUTO DOMESTICO contribuzione oraria	FORNITURA PASTI	LAVANDERIA contribuzione al kg
fino al minimo vitale	esente	esente	esente
da 7.800.000 oltre il minimo vitale	3.600	2000	1.100
da 7.800.001 a 11.400.000 oltre il m.v.	7.200	4000	1.100
da 11.400.001 a 16.800.000 oltre il m.v.	9.600	6000	2.200
da 16.800.001 oltre il minimo vitale	12.000	10.000	2.200

Spesso le amministrazioni comunali non individuano un preciso livello di reddito, ma attribuiscono agli assistenti sociali il potere discrezionale di segnalare i destinatari degli interventi. Nella terminologia dei regolamenti comunali gli assistenti sociali sono tenuti ad individuare i soggetti in stato « di bisogno », « di disagio economico » o « di comprovata indigenza ». Questa procedura è impiegata soprattutto per le erogazioni monetarie (assistenza economica³¹ e borse di studio³²) e per esonerare dalla retta di alcuni servizi (asilo nido³³ e mensa scolastica³⁴).

Se i limiti di reddito, o le fasce di reddito, corrispondono ad un ammontare fisso, questo è generalmente individuato dagli amministratori locali. L'analisi dei questionari mostra che i servizi per i quali più frequentemente il limite di reddito è rappresentato da una cifra prestabilita sono i servizi rivolti all'infanzia e l'assistenza scolastica (asili nido, mensa scolastica e soggiorni di vacanza)³⁵; le case di riposo³⁶, l'assistenza domiciliare³⁷ e quella economica³⁸.

È meno frequente l'impiego di parametri elaborati per interventi erogati a livello nazionale negli ambiti di competenza degli enti locali. Ad ogni modo i parametri più comuni sono la pensione minima dell'INPS³⁹ e quella sociale⁴⁰. La pensione minima dell'INPS è il parametro adottato dal comune di Feltre per delimitare le fasce di reddito per la graduatoria di accesso all'asilo nido⁴¹.

Gli ammontari che definiscono i livelli di reddito sono diversi per ogni comune. Le spiegazioni possibili sono essenzialmente due: il limitato ricorso a parametri predefiniti a livello nazionale e le scarse indicazioni contenute nelle leggi regionali di riordino.

Si può, inoltre, constatare che la stessa amministrazione comunale non impiega uno stesso livello di reddito per articolare l'erogazione dell'insieme di interventi per i quali è competente ed esistono casi in cui tale livello è differenziato per categorie di utenti dello stesso servizio⁴².

Infine, alcune amministrazioni comunali hanno studiato propri indicatori della capacità contributiva con l'obiettivo di differenziare il trattamento per il reddito da lavoro dipendente e per quello da lavoro autonomo. I sistemi adottati dai comuni di Sarzana, Piacenza e Padova

³¹ Caltanissetta e Tortoreto.

³² Sarzana e Padova.

³³ Tutti i comuni interpellati.

³⁴ Tortoreto, Padova e Sarzana.

³⁵ Tutti i comuni.

³⁶ Comune di Roma.

³⁷ Caltanissetta, Sarzana, Aosta, Roma.

³⁸ Roma.

³⁹ Per avere diritto all'assistenza economica nei comuni di Sarzana e Feltre.

⁴⁰ Per definire i partecipanti ai soggiorni estivi del Comune di Tortoreto.

⁴¹ In pratica si moltiplica per 13 il minimo INPS per avere il « reddito base »; un reddito annuo fino a due volte il reddito base dà diritto al punteggio massimo, quello minimo è attribuito a nuclei familiari con redditi annui oltre 10 volte il reddito base.

⁴² Nel comune di Caltanissetta hanno diritto all'assistenza domiciliare gli anziani con redditi inferiori a 16 milioni, se soli, e 22, se coniugi, mentre il limite di reddito per i portatori di handicap è di 22 milioni per nuclei familiari di tre persone + 20% per ogni altro componente.

Il comune di Sarzana, invece, ha uniformato le fasce di reddito per gli asili nido e la mensa delle scuole materne ed elementari a tempo pieno, ma ne ha definiti altri per il servizio di refezione per scuole elementari con moduli e rientri pomeridiani e scuole medie con rientri.

per determinare le fasce di reddito per le rette dell'asilo nido sono tre esempi significativi di questo fenomeno.

Il primo comune (Sarzana) ha definito sette fasce di reddito, differenziate a seconda dei componenti il nucleo familiare, ma le prime due fasce di reddito sono riservate ai redditi da lavoro dipendente, alle pensioni o ai redditi da lavoro autonomo, se derivanti da impresa avviata da meno di due anni o con procedura fallimentare in corso.

La seconda amministrazione (Piacenza) calcola il reddito mensile pro capite partendo dall'imponibile della dichiarazione dei redditi, per i lavoratori dipendenti, mentre impiega redditi presuntivi approvati con atto del consiglio comunale, differenziati per categoria professionale e maggiorati regolarmente sulla base dei tassi di inflazione, per i lavoratori autonomi.

Nel terzo comune (Padova), infine, le famiglie che richiedono il servizio di asilo nido sono collocate in sei fasce di reddito in base all'attività lavorativa dei genitori. Escludendo la prima fascia, riservata alle famiglie in particolare situazione di disagio economico, appartengono alla seconda i bambini i cui genitori godono di un unico reddito da lavoro dipendente non dirigente o da lavoro autonomo, avviato da meno di tre anni; l'ultima fascia è riservata ai figli di due lavoratori autonomi, con attività avviata da più di tre anni, o di due lavoratori dipendenti a livello dirigenziale. In pratica il reddito da lavoro dipendente è equiparato, indipendentemente dal suo ammontare, a quello da lavoro autonomo per un'attività avviata da meno di tre anni, mentre il reddito da lavoro autonomo avviato è equiparato a quello da lavoro dipendente a livello dirigenziale.

Dalla nostra indagine risulta inoltre che ogni comune adotta una propria definizione di reddito e che la stessa amministrazione impiega definizioni diverse a seconda del servizio.

Le definizioni più comuni sono le seguenti:

a) tutte le entrate di natura economica a qualsiasi titolo percepite⁴³;

b) tutte le entrate economiche a qualsiasi titolo percepite, comprese pensioni, assegni ed indennità di guerra, civile o dell'Inail, le pensioni percepite dai coniugi superstiti a titolo di reversibilità delle pensioni Inail e l'assegno di accompagnamento⁴⁴;

c) tutte le entrate economiche a qualsiasi titolo percepite non considerate le somme percepite come pensioni, assegni ed indennità di guerra, civile o dell'Inail, quelle percepite dai coniugi superstiti a titolo di reversibilità delle pensioni Inail e l'assegno di accompagnamento⁴⁵;

d) reddito imponibile a fini Irpef⁴⁶;

⁴³ Comune di Caltanissetta per l'ammissione agli istituti per minori.

⁴⁴ Comune di Roma per i contributi comunali per i ricoverati in case di riposo private.

⁴⁵ Comune di Roma per le case di riposo ex ONPI.

⁴⁶ Comune di Roma per le borse di studio e comune di Feltre per gli asili nido.

e) reddito imponibile a fini Irpef, detratto l'importo delle spese mediche documentabili per portatori di handicap ⁴⁷;

f) reddito ai fini Irpef al netto delle imposte ⁴⁸;

g) il reddito mensile, computato tenendo conto della tredicesima mensilità ⁴⁹;

h) il reddito mensile al netto dell'affitto ⁵⁰.

A riguardo è interessante notare che l'amministrazione comunale di Roma per un intervento (i contributi per le rette di mantenimento nelle case di riposo per anziani), impiega due definizioni di reddito tra loro alternative: per le graduatorie di ammissione nelle case di riposo comunali il reddito è comprensivo delle somme percepite a titolo di pensione, assegno o indennità per invalidità di guerra, civile, o dell'Inail, mentre per le strutture ex-Onpi (ereditate dall'amministrazione al momento dello scioglimento dell'Opera nazionale pensionati italiani) il reddito è al netto di pensioni, indennità e assegni. Questo è un caso, non infrequente, in cui i cittadini dello stesso comune non sono trattati allo stesso modo perché, a vent'anni dall'approvazione del decreto del Presidente della Repubblica 616, gli enti territoriali non si sono ancora completamente e correttamente sostituiti agli enti che seguivano logiche di intervento per categorie di utenza.

La condizione economica non è il solo requisito considerato per attribuire la titolarità degli interventi in esame. Per gli altri requisiti si possono individuare due gruppi di interventi.

Il primo gruppo comprende i servizi destinati a soggetti individuati con legge nazionale a cui le amministrazioni locali si sono conformate; in concreto sono il servizio di asilo nido ⁵¹, l'assistenza ai minori ⁵² e ai portatori di handicap ⁵³. In pratica i requisiti aggiuntivi considerati per questi interventi sono sempre gli stessi (composizione del nucleo familiare, stato di salute dei genitori) anche se ciascuna amministrazione può attribuire pesi diversi per le differenti circostanze. Ad esempio, per la graduatoria di accesso all'asilo nido si tiene generalmente conto della presenza di un portatore di handicap nel nucleo familiare, ma ciò non comporta l'attribuzione dello stesso punteggio in tutti i comuni.

Al secondo gruppo appartengono gli interventi interamente regolamentati dalle amministrazioni locali, per i quali si riscontrano differenze sia nell'identificazione del complesso dei requisiti necessari per essere titolari, sia nella definizione del singolo requisito.

Il limite di età per essere ammesso nelle case di riposo per anziani è un esempio di definizione diversa dello stesso requisito: per il

⁴⁷ Comune di Sarzana per l'asilo nido, le scuole materne ed elementari a tempo pieno;

⁴⁸ Comune di Piacenza per l'asilo nido.

⁴⁹ Comune di Roma per i soggiorni estivi degli anziani.

⁵⁰ Comune di Sarzana per i soggiorni estivi per anziani.

⁵¹ Istituito con la legge n. 1044 del 6.12.1971.

⁵² Decreto del Ministero di Grazia e Giustizia, n.23.10.1984, «Strutturazione e ordinamento dell'Ufficio per la giustizia Minorile».

⁵³ «Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate», numero 104 del 5.2.1992.

comune di Enna sono anziani gli uomini sopra i 65 anni e le donne sopra i 60; per le strutture ex Onpi del comune di Roma gli uomini con più di 61 anni e le donne sopra i 56; per il comune di Caltanissetta il limite è 60 anni per gli uomini e 55 per le donne.

Nel caso dell'assistenza domiciliare la discrezionalità del comune riguarda sia le categorie di soggetti assistiti (anziani, portatori di handicap, minori, tossicodipendenti, alcoolisti), sia gli ulteriori requisiti necessari (soggetti autosufficienti, parzialmente autosufficienti, non autosufficienti)⁵⁴.

L'integrazione delle informazioni sul reddito con quelle sul patrimonio potrebbe essere un modo per avere una più completa rappresentazione della situazione economica del cittadino. In pratica, però, solo il comune di Sarzana per due interventi (assistenza economica e soggiorni estivi) differenzia il trattamento a seconda della proprietà o meno della casa di abitazione.

3.7. Alcune osservazioni conclusive sui criteri di attuazione del meccanismo di selettività.

Le possibilità di trarre conclusioni generali sui criteri di attuazione del meccanismo di selettività nell'ambito dei servizi locali sono limitate perché le caratteristiche osservate per le diciotto amministrazioni prese in esame non sono immediatamente estendibili all'universo dei comuni italiani.

Inoltre la descrizione dei singoli aspetti sembra portare all'unica conclusione che la selettività è realizzata in maniera profondamente disomogenea sia tra comuni sia all'interno dello stesso comune.

Nonostante questo, può essere interessante sottolineare l'esistenza di alcune linee di tendenza relativamente al grado di articolazione del criterio di selettività, ovvero al complesso dei requisiti richiesti per essere titolare di un intervento, alla pluralità di obiettivi perseguiti impiegando le informazioni contenute nel livello di reddito dell'individuo o del nucleo familiare e, infine, alla definizione dei livelli di reddito (per fasce, a seconda della composizione del nucleo familiare, etc.).

In particolare:

a) il grado di articolazione del criterio di selettività sembra essere maggiore nei grandi centri urbani rispetto ai piccoli comuni. Questo fenomeno può essere ricondotto alla scarsità di risorse a disposizione di queste amministrazioni rispetto alla complessità delle problematiche da risolvere. In effetti le amministrazioni delle grandi città non solo devono finanziare interventi per loro natura universali (accoglienza immigrati, assistenza tossicodipendenti, etc), ma hanno una platea potenziale di utenti più numerosa anche per i servizi erogati in base a criteri di selettività. Si pensi, ad esempio, alle necessità di assistenza di anziani che vivono nelle metropoli rispetto a chi risiede in piccoli centri con consolidate reti di relazioni;

⁵⁴ Per una dettagliata descrizione dell'articolazione di questo intervento nei comuni analizzati si veda la scheda allegata.