

1. EVOLUZIONE ED ASSETTO DELLE POLITICHE SOCIOASSISTENZIALI IN EUROPA: UN CONFRONTO TRA CINQUE PAESI

Nel corso degli anni 90 i sistemi di protezione sociale dei paesi occidentali sono stati investiti da una fase di complessa trasformazione legata a:

fattori internazionali, quali il processo di globalizzazione e l'adeguamento ai parametri di Maastricht, che hanno imposto la funzionalizzazione dei parametri sociali alle esigenze di competitività delle economie dei singoli paesi sui mercati internazionali;

fattori interni, connessi al peso del deficit pubblico e al malcontento per il carico fiscale da una parte e, dall'altra, ai noti fattori strutturali di invecchiamento della popolazione e di sviluppo di nuovi *patterns* occupazionali e familiari che hanno prodotto il logoramento della rete tradizionale di protezione sociale;

Questo complesso processo di trasformazione ha investito direttamente anche il comparto socioassistenziale, oggi al centro del dibattito in molti paesi europei. In concreto, due risultano le principali tendenze evolutive che caratterizzano il sistema delle prestazioni assistenziali:

la diffusione del ricorso al *means-testing* (spesso nella forma del *poverty-test*) quale strumento per calibrare l'accesso ai benefici;

la crescente introduzione di benefici *in-work*, che mirano ad incentivare la propensione all'inserimento occupazionale e consentono di evitare i rischi della « trappola della povertà » infrangendo la barriera tra politiche assistenziali e politiche del lavoro.

Tuttavia, nella più specifica valutazione comparativa della fase che attraversano le politiche assistenziali in Europa, un primo elemento da prendere in considerazione è rappresentato dalla difficoltà di trovare *una definizione condivisa* della nozione stessa di assistenza.

I due elementi ricorrenti nella definizione di politica assistenziale sono la nozione di bisogno e quella di reddito insufficiente. Nella maggioranza dei casi sono indicate sotto la voce assistenza quelle prestazioni e quei servizi finalizzati a garantire un ammontare minimo di risorse a chi ha reddito insufficiente e una serie di benefici a chi si trova in stato di bisogno, graduando il diritto alla prestazione sulla base del livello di reddito e risorse disponibili. In alcuni casi, inoltre, un fattore discriminante è rappresentato dalla modalità di finanzia-

mento di tipo non contributivo che distingue quelle assistenziali da altre prestazioni di *welfare*, come previdenza e sanità.

Pertanto, alla luce di tali difficoltà, nella descrizione dei diversi assetti nazionali si è tenuto conto de:

l'articolazione generale dei livelli istituzionali e l'attribuzione delle diverse responsabilità, dalla programmazione alla gestione, tra centro e periferia e tra istituzioni pubbliche e private;

la gamma di servizi e prestazioni attivati;

le categorie di destinatari e i criteri di elezione;

le scelte in materia di finanziamento e allocazione della spesa.

1.1. *L'articolazione dei poteri e delle competenze.*

Un primo elemento di riflessione riguarda il diverso *livello di decentramento* dei sistemi analizzati¹.

Il modello che mantiene l'architettura più accentrata è quello del *Regno Unito* sia sotto il profilo organizzativo e gestionale, sia per quanto riguarda i meccanismi di finanziamento, che con riferimento alla definizione dei criteri di eleggibilità e delle caratteristiche delle prestazioni. Tali competenze sono attribuite al *Department of social security* e in particolare alla *Benefits Agency*, che si occupa della gestione e del pagamento di gran parte delle prestazioni assistenziali, mentre le autorità locali, soprattutto a partire dall'inizio degli anni '90, hanno visto incrementare le proprie responsabilità gestionali su alcune prestazioni (anziani, disabili, famiglie) anche avvalendosi del sostegno delle organizzazioni *non profit*.

All'opposto, il modello *olandese*, in maniera simile a quanto avviene per certi aspetti nel caso italiano, presenta il livello maggiore di decentramento anche dal punto di vista della discrezionalità attribuita alle autorità locali in materia di definizione delle caratteristiche delle prestazioni, del loro ammontare e degli aventi diritto.

Responsabilità politica ed individuazione di obiettivi e criteri di accesso generali sono stabiliti dal Ministero degli affari sociali e del lavoro e dal Ministero dell'edilizia e dell'ambiente per quel che riguarda le prestazioni relative alla casa, mentre a livello locale la gestione discrezionale delle prestazioni è di competenza dei *Social welfare Department*.

Conforme al modello di decentramento politico è poi il modello *tedesco*, con un'articolazione delle competenze che attribuisce al livello federale la responsabilità politica in campo assistenziale e la definizione normativa degli obiettivi — fino alla regolamentazione dei limiti inferiori e superiori in cui possono oscillare i benefici erogati a livello di *Länder* e Autorità locali — lasciando ai *Länder* ed alle autorità locali la responsabilità dell'individuazione dei livelli delle prestazioni (entro

¹ Per la struttura istituzionale dei Paesi analizzati cfr. tav. 1.

i limiti stabiliti a livello federale), dell'implementazione e del finanziamento.

Infine, va segnalata la trasformazione in senso decentrato della struttura *francese* che, a partire dal 1984, ha visto un progressivo trasferimento di competenze e responsabilità dal livello centrale (ministeri e strutture regionali e dipartimentali) a quello delle comunità locali che svolgono funzioni generali di programmazione, organizzazione, coordinamento e gestione delle prestazioni assistenziali attraverso gli organismi elettivi dei dipartimenti e i Centri Comunali di azione sociale.

Il livello centrale mantiene comunque una serie di compiti importanti come la definizione del volume delle risorse da destinare all'assistenza, la garanzia dell'assenza di forti differenziazioni tra i dipartimenti attraverso la regolamentazione dei requisiti e delle modalità di accesso e la fissazione dell'ammontare minimo delle prestazioni.

Nel sistema francese va infine segnalata la presenza di una struttura, articolata tra centro e periferia, di Casse della sicurezza sociale che gestiscono una serie di prestazioni assistenziali in campo familiare, in quello della maternità e invalidità e dell'assistenza domiciliare agli anziani, denominata *Action sociale*.

In termini più generali il processo di decentramento che oggi appare comunque in atto nei paesi considerati presenta alcuni aspetti di ambiguità. Se, da una parte, esso garantisce la flessibilizzazione dell'offerta di servizi e prestazioni socioassistenziali ed una loro maggiore adesione alle esigenze specifiche degli utenti, dall'altra, comporta tutti i rischi di una territorializzazione imperfetta nella quale si incrementano le differenziazioni tra i livelli di offerta e di tutela a parità di situazioni.

Inoltre, molto spesso il processo di decentramento, così come l'attribuzione di nuove competenze al privato sociale, è guidato non solo dalle esigenze di razionalizzazione dell'offerta ma anche (e talvolta soprattutto) da quelle di contenimento della spesa.

1.2. *L'articolazione di servizi e prestazioni.*

Il vasto ambito di servizi e prestazioni preso in considerazione nei diversi Paesi può essere analizzato a partire da schemi di classificazione di carattere convenzionale, che aiutano nella descrizione del complesso di servizi e prestazioni che rientrano nelle diverse definizioni di assistenza sociale rinvenibili a livello internazionale.

Una prima classificazione di carattere generale può quindi essere fatta distinguendo tra prestazioni di tipo *universalistico*, rivolte alla generalità dei cittadini, e prestazioni di tipo *categoriale*, che sono rivolte cioè a gruppi predefiniti di cittadini, distinti sulla base di una condizione specifica (anziani, disabili, minori a rischio, tossicodipendenti ecc.).

Anche nell'ambito di ciascuno di questi grandi gruppi di prestazioni è poi possibile operare una ulteriore distinzione *tra prestazioni legate al livello del reddito e prestazioni che prescindono da esso*. Nell'ambito delle prime possono essere ricomprese sia le erogazioni e

i servizi destinati ai « poveri », cioè a coloro che si trovano al di sotto di un livello definito di reddito, che quelle la cui erogazione è subordinata ed, eventualmente diversamente articolata, in base alla verifica del livello di reddito disponibile.

L'espansione delle prestazioni vincolate alla verifica della disponibilità di risorse economiche, nella forma della graduazione dell'accesso ai benefici, rappresenta un passo in avanti rispetto alla valutazione del reddito di tipo *poverty-testing* (che stabilisce un tetto al di sotto del quale si ha diritto all'accesso alle prestazioni ed ai servizi) e caratterizza l'evoluzione delle politiche assistenziali da rete di sicurezza di tipo residuale a sistema generale di sicurezza sociale potenzialmente rivolto a tutti i cittadini.

A partire da tale classificazione di carattere generale è dunque possibile individuare la forma prevalente della tipologia di prestazioni in ciascuno dei paesi analizzati.

In generale si evidenzia *la prevalenza delle prestazioni legate alla verifica del reddito in tutti i paesi presi in considerazione.*

Le prestazioni di carattere generale, non legate al reddito e non categoriali, sono più diffuse in Francia sotto forma di prestazioni e servizi rivolti alle famiglie. La prestazione principale in quest'ambito è rappresentata dalle *Allocations familiales*, sussidio monetario mensile variabile sulla base del numero di figli erogato a prescindere da qualsiasi valutazione sul livello del reddito familiare a partire dal secondo figlio.

Insieme all'*Allocation d'education speciale e l'Allocation del garde d'enfant à domicile*, le *Allocations familiales* rappresentano prestazioni familiari non erogate in base alla valutazione del reddito che oggi appaiono al centro del dibattito sulla revisione del sistema di protezione familiare in Francia, con riferimento alla introduzione della verifica del reddito come condizione dell'accesso e della sua graduazione.

In linea di massima anche in altri paesi, come il Regno Unito, le prestazioni di carattere universalistico ed erogate a prescindere da una valutazione del reddito sono rappresentate dagli assegni familiari. Ciò vale anche per la Germania anche se esse subiscono una riduzione all'aumentare del livello di reddito. In Italia gli assegni familiari, che non rientrano in senso stretto nella definizione dell'assistenza in quanto prestazioni legate al pagamento di contributi, sono calibrate sulla base del reddito e di alcuni parametri di tipo sociale (presenza di handicap, situazioni familiari difficili ecc..) e non vengono comunque erogate al di sopra di un certo tetto di reddito.

Altre prestazioni non legate al reddito sono invece di tipo categoriale, specificamente quelle erogate ai disabili e agli anziani con problemi di autosufficienza nel Regno Unito, in Germania, in Francia e in Italia, per quel che concerne l'indennità di accompagnamento ai disabili.

Nell'ambito delle *prestazioni legate al reddito*, una prima categorizzazione riguarda le prestazioni destinate ai « poveri », cioè a coloro che si trovano al di sotto di una soglia minima di reddito.

Con l'unica eccezione dell'Italia, i sistemi assistenziali analizzati prevedono una serie di strumenti, diversamente articolati, che si

configurano nella fattispecie del diritto di cittadinanza, contro l'esclusione sociale interpretata come fenomeno multifattoriale in cui si cumulano diversi elementi di marginalizzazione. La fattispecie principale di tali pacchetti compositi è costituita da una forma di reddito minimo garantito (*Income support*; *Revenu minimum d'insertion*; *Sozialhilfe*; *Algemene bijstand*) seppure diversamente strutturato per quanto riguarda le modalità di accesso e i benefici specifici previsti. In ogni caso si tratta di forme di prestazione economica non riservate ai cittadini ma di cui possono essere beneficiari i residenti (con alcune condizioni) e subordinate alla verifica di una effettiva disponibilità ad intraprendere eventualmente una attività lavorativa.

Una articolazione specifica di tale tipologia di prestazioni è il sussidio per i disoccupati, sussidio erogato al di fuori di schemi contributivi, quando decadono o mancano i requisiti per l'accesso alle prestazioni di tipo contributivo previsto in Germania e Francia.

Nel Regno unito, inoltre, è prevista un'ulteriore prestazione, che va sotto il nome di *Social Fund*, articolata in forme diverse (prestiti da rimborsare a tasso zero, sussidi monetari, sussidi *una tantum*) per fronteggiare diverse situazioni di rischio o di difficoltà che implicano spese che il soggetto non è in grado di sostenere. Un istituto simile è previsto anche in Germania e Olanda. In quest'ultimo caso si tratta della cosiddetta assistenza speciale (*Bijondere Bijstand*) che offre sussidi monetari e prestiti a tassi agevolati per fronteggiare situazioni particolarmente gravi. Sussidi *una tantum* sono previsti, a livello locale, anche in Italia seppure essi presentano una estrema variabilità.

Le altre prestazioni subordinate alla verifica della disponibilità di reddito al di sotto di una soglia definita come minima sono di tipo categoriale come quelle destinate agli anziani (*minimum vieillesse* in Francia; integrazione al minimo della pensione in Italia) o ai disabili (ad esempio il *minimum invalidité* in Francia).

Al di fuori delle prestazioni *poverty-tested*, le prestazioni legate al reddito rientrano nella più ampia categoria delle erogazioni e dei servizi *means-tested*, quelli cioè la cui erogazione è subordinata ed, eventualmente diversamente articolata, in base alla verifica del livello di reddito disponibile. Va specificato inoltre che la verifica del reddito comprende nella maggior parte dei casi anche:

un controllo sulla disponibilità di risparmi e sul possesso di beni immobili;

una verifica della disponibilità di risorse dei membri della famiglia (nel cui novero è compreso spesso anche il convivente);

una valutazione complessiva che tiene conto della dimensione e delle caratteristiche del nucleo familiare (presenza di figli a carico, di anziani non autosufficienti ecc.);

l'accertamento del godimento di altri benefici e prestazioni.

Emblematiche nel campo delle prestazioni *means-tested* sono quelle relative alle abitazioni, che consistono generalmente in forme di sostegno economico per l'acquisto o l'affitto di una abitazione il cui ammontare è graduato sulla base del livello del reddito (nonché del

costo richiesto per l'acquisto o il pagamento del canone, valutati anche come quota percentuale sul reddito familiare disponibile).

In generale, l'accesso ai servizi nei paesi considerati è anch'esso sottoposto a forme di *means-testing* cui possono associarsi, come accade in Italia e in Germania, forme di compartecipazione alla spesa graduate sulla base delle diverse disponibilità economiche.

1.3 *Le scelte in materia di finanziamento e le forme di compartecipazione.*

Tra i criteri di definizione delle prestazioni assistenziali è stato qui individuato anche quello della modalità di finanziamento: a differenza di prestazioni finanziate su base contributivo-assicurativa, più spesso di tipo categoriale, le prestazioni assistenziali risultano in linea di massima a carico della fiscalità generale.

Il modello della finanza derivata con il classico funzionamento a cascata dal centro alla periferia risulta prevalente in paesi come il Regno Unito, l'Italia e, in parte, l'Olanda, mentre, in corrispondenza col modello di organizzazione politico-istituzionale di tipo federalista, in Germania prevale il finanziamento locale (circa il 20% i Lander e l'80% le Autorità Locali).

Il modello francese prevede un finanziamento rilevante da parte del livello centrale, cui si associa il contributo dipartimentale, verso il quale convergono finanziamenti comunali calibrati sulla base della dimensione del comune, della situazione occupazionale e del numero di assistiti.

È da sottolineare, come già accennato, che è in atto un processo che incrementa le responsabilità locali nel campo del finanziamento alle prestazioni assistenziali. Ad esempio, in Olanda esiste una proposta per incrementare dal 10 al 20% la quota di finanziamento spettante alle autorità locali. In Francia, all'interno della più generale dinamica della *decentralisation*, si individua una analoga tendenza relativa ai Dipartimenti. In Italia, con riferimento al più generale finanziamento del *welfare*, sembra avviato un processo di maggiore responsabilizzazione delle Regioni anche in seguito al dibattito sul federalismo, sul modello di quanto già avvenuto nel finanziamento della sanità.

D'altra parte, come già rilevato, il processo di decentramento risponde ad esigenze di contenimento della spesa e si associa al coinvolgimento di organismi del terzo settore ed a forme di responsabilizzazione degli utenti.

Peraltro, le modalità di compartecipazione appaiano come una forma particolare di *means-testing* e rappresentano uno strumento importante per sviluppare una strategia di inclusione graduata ai benefici in un'accezione di assistenza che si richiami ad un principio di pieno esercizio dei diritti di cittadinanza, non solo per i cittadini in particolare stato di bisogno, ma anche per individui e famiglie senza particolari problemi e/o in condizioni di temporanea difficoltà.

1.4 *Il ruolo del terzo settore.*

Infine, va sottolineato l'importante ruolo assunto dalla organizzazioni di volontariato e del terzo settore nell'erogazione dei servizi

socioassistenziali nei paesi analizzati. In alcuni paesi, come il Regno Unito, si tratta di un ruolo tradizionalmente assunto dal *non profit* che oggi si va evolvendo nel quadro rinnovato delle politiche socioassistenziali.

Al momento attuale, tuttavia, nell'insieme dei paesi considerati (con l'unica eccezione dell'Olanda che enfatizza meno il ruolo del volontariato) tale ruolo risulta strategico rispetto alla capacità di anticipare risposte a bisogni in evoluzione e ad arricchire la cultura dei servizi secondo una strategia di flessibilità e valorizzazione degli aspetti di umanizzazione.

Un segno importante della crescente rilevanza del *non profit* è rappresentato, inoltre, dalla tendenza ad associare ai tradizionali compiti di delega ed erogazione nuove responsabilità in materia di programmazione e di organizzazione dei servizi e dei modelli di assistenza.

Tav. 1 - Struttura istituzionale dei paesi analizzati

	Superficie	Popolazione (in migliaia)	Amministrazioni decentrate		
Italia	301.322 km ²	57,330	20 Regioni	94 Province	8.090 Comuni
Germania	356.974 km ²	81,845	16 Länder	543 Kreise	16.068 Geimende
Francia	543.965 km ²	58,265	26 Regioni	100 Dipartimenti	36.763 Comuni
Regno Unito	244.101 km ²	58,684		65 Contee	481 Distretti
Olanda	41.526 km ²	15,492		12 Province	646 Municipalità

2. I CASI DI STUDIO

Italia

1. Il sistema di protezione sociale e le politiche socioassistenziali in Italia.

Il comparto assistenziale rappresenta da sempre una parte residuale nell'ambito del sistema di *welfare* italiano: da quindici anni a questa parte la spesa pubblica per prestazioni sociali del comparto assistenziale si è attestata intorno all'1,6% del Pil, rappresentando dal 6 al 7% circa del totale della spesa pubblica per prestazioni sociali (6,8% nel 1996).

Pertanto, si tratta di un comparto che presenta, se possibile in forma amplificata, tutti i problemi che caratterizzano il nostro sistema di politiche sociali ed appare, quindi, ancora molto centralizzato e fondato sui trasferimenti monetari. Emergono, in tal senso, le incoerenze, le sovrapposizioni e le carenze di un intreccio di politiche sociali per molti aspetti ancora poco sviluppate sul piano dei servizi, in cui situazioni di « ipercopertura », più spesso economica, si affiancano a posizioni prive, del tutto o quasi, di tutela.

Di fatto, non esistono prestazioni universalistiche che prescindano dal reddito; nel caso in cui il livello di reddito non sia considerato, la prestazione è comunque categoriale (rivolta ad anziani, disabili, ecc.); ovvero le prestazioni ed i servizi rivolti a categorie più ampie di utenti (come gli assegni familiari e gli asili nido) sono graduati rispetto al reddito e/o prevedono forme di compartecipazione calibrate sulla disponibilità economica degli utenti.

Tutto ciò evidenzia con forza alcuni punti di riflessione, relativi a:

un'impostazione in cui è ancora centrale la prestazione economica, caratterizzata per di più da elementi di rigidità e di inadeguatezza, che rende estremamente problematico qualsiasi processo di flessibilizzazione ed articolazione dell'intervento, anche in termini di responsabilizzazione e promozione degli stessi destinatari;

le compatibilità reciproche degli interventi e la necessità di una loro razionalizzazione globale, che affronti il tema sostanziale del rapporto tra trasferimenti economici e garanzia di tutela attraverso servizi e prestazioni;

la difficoltà di superare non solo l'aspetto di rigidità categoriale nell'impostazione dei servizi e delle questioni ma anche un approccio meramente riparativo e di intervento *ex post* rivolto a bisogni già gravi e conclamati. Inoltre la scarsa attenzione al soggetto familiare ed alla sua rilevanza in termini, non solo di genesi dei problemi, ma anche di selezione ed accesso ai servizi, determina molti dei problemi di efficacia di prestazioni individualizzate e poche attente al contesto di vita del soggetto;

il modo relativo alla possibilità di esplicitare in forma chiara il criterio di distinzione tra previdenza e assistenza, poiché non sempre esiste un collegamento tra prestazione e contributi nella previdenza; le finalità dei due settori si mescolano, come, ad esempio, avviene per le pensioni sociali e l'integrazione al minimo, che integrano entrambe la sussistenza minima sopra la soglia della povertà;

gli effetti perversi della molteplicità dei soggetti istituzionali preposti al controllo, l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni che è divenuta sempre più intricata e rende estremamente diversificato, complesso ed articolato l'ambito delle politiche socioassistenziali. A parte i diversi livelli di governo competenti nei vari settori (Stato, Regioni, Usl, Comuni), si incrociano una serie di istituzioni (Istituti di previdenza, Ministeri, Istituzioni private), che complicano la burocrazia e rendono farraginoso il funzionamento del sistema.

Tutto ciò determina, inoltre, una serie di ritardi rispetto alla questione centrale della ricerca di soluzioni innovative e specifiche di tutela per nuovi bisogni e per categorie difficilmente etichettabili rispetto ai gruppi tradizionali di « meritevoli » (ex-combattenti, invalidi, ciechi, sordomuti, anziani, ecc.).

Il caso emblematico è rappresentato dalle politiche per la povertà e l'esclusione sociale, ben poco attente alla moltiplicazione e diversificazione delle forme di vulnerabilità sociale, e che, al contrario, al momento attuale appaiono standardizzate in trasferimenti categorizzati, determinati sulla base di forme di difficoltà ben definite.

Inoltre, la prevalenza dei trasferimenti in denaro determina nei fatti una sorta di centralismo del modello, che contrasta, almeno in parte, con la logica della decentralizzazione e della attribuzione di responsabilità di intervento al soggetto più « vicino » e più in grado di rispondere efficacemente alle esigenze dell'utente.

A livello locale e dei servizi, poi, si determina una situazione in cui, al di fuori dei soggetti garantiti da pensioni sociali e di invalidità e quindi, ancora una volta dal livello centrale, diverse categorie di persone in stato di bisogno ricevono forme di assistenza diversificate per definizione degli aventi diritto, caratteristiche, consistenza, durata, criteri di accesso.

Rigidità delle politiche di spesa e soprattutto delle categorie di destinatari, da una parte, sovrapposizione di funzioni e livelli di intervento ed eterogeneità dei modelli di erogazione, ma anche di qualità e quantità dei servizi a livello locale, dall'altra, determinano il duplice effetto di scarsa trasparenza in termini di efficacia della spesa e di disomogeneità territoriali che hanno un impatto fortemente negativo anche in termini di equità.

2. L'articolazione delle competenze.

A fronte di tutto ciò, il punto di partenza per l'analisi del sistema italiano di protezione sociale in campo socioassistenziale è rappre-

sentato dalla descrizione del quadro delle competenze ai diversi livelli istituzionali che, accanto alla delineazione del quadro dell'offerta, consente di specificare le varie funzioni svolte e le diverse responsabilità gestionali.

Infatti la ricostruzione della ripartizione dell'insieme delle competenze consente una più chiara individuazione del quadro delle responsabilità dei diversi referenti istituzionali e contribuisce ad esplicitare la complessa configurazione della rete dei servizi e delle politiche socioassistenziali.

In relazione ai *principali riferimenti normativi* va innanzitutto sottolineato che, in ossequio del dettato costituzionale (articolo 117), la legge 22/7/1975 n. 382 ha disposto il trasferimento alle Regioni della potestà legislativa di secondo livello, anche in relazione alle materie di beneficenza pubblica, assistenza sanitaria e assistenza scolastica.

Il decreto 24/7/1977 n. 616 ha attuato tale trasferimento facendo rientrare nella beneficenza pubblica tutte le « attività che attengono, nel caso della sicurezza sociale, alla predisposizione di servizi ... a favore di singoli o di gruppi qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando ai tratti di forme di assistenza a categorie determinate » (articolo 22 Dpr n. 616).

Tutto ciò ha modificato in senso sostanziale la situazione precedente, caratterizzata da interventi erogati in gran parte da Enti pubblici assistenziali nazionali (fra cui, tra i principali, l'ONMI, Opera Nazionale Maternità e Infanzia, la cui abrogazione risale al 1975 (legge n. 698), ed altri, aboliti dal Dpr n. 616 e da altri successivi), che settorializzavano la loro azione in funzione di categorie di utenti e di bisogni molto specifici (orfani di guerra, orfani di genitori deceduti per infortunio sul lavoro, illegittimi, invalidi per infortunio sul lavoro, handicappati, ecc.).

Il decreto recita che, pur essendo compito dello Stato stabilire attraverso le leggi i principi fondamentali relativi allo svolgimento delle funzioni di beneficenza pubblica (ma a tutt'oggi, com'è noto, manca una legge quadro sull'assistenza), l'organizzazione e l'erogazione dei servizi assistenziali spetta ai Comuni, singoli o associati tra loro, secondo ambiti territoriali che « devono concernere contestualmente la gestione dei servizi sociali e dei Servizi Sanitari » (articolo 25) e che vanno stabiliti con legge della Regione.

Agli Enti Locali sono inoltre affidati i compiti prima di pertinenza del Servizio Sociale alle dipendenze del Ministero di Grazia e Giustizia relativi agli « interventi in favore di minorenni soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie minorili nell'ambito della competenza amministrativa e civile » (articolo 23 lett. c) ed, in seguito, penale (decreto del Presidente della Repubblica 448/88).

Il potere legislativo delle Regioni, da attuarsi « nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato », avrebbe dovuto esplicitarsi nel riordino del settore assistenziale (cosa che solo alcune regioni hanno realizzato) ed in quello dell'assistenza sanitaria, con lo scopo specifico, stabilito dalla successiva legge 23/12/1978 n. 833 di Riforma Sanitaria, « di coordinare l'intervento sanitario con gli interventi » negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di loro competenza » (articolo 11 lett. a della legge 833/1978).

In particolare, sulla materia dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari hanno poi fornito ulteriori indicazioni successivi provvedimenti legislativi (tra i quali quelli che permettevano la delega alle USL dell'insieme delle funzioni socioassistenziali).

Da ultimo, i decreti legislativi 502/92 e 517/93, cui si deve la recente riforma del sistema sanitario nazionale, hanno fatto decadere ogni possibilità di forme associative coatte in capo alle aziende Usl, sostituendo ad esse formule pattizie di incontro delle singole volontà (attraverso strumenti quali il protocollo d'intesa, l'accordo di programma, la delega).

In particolare, in materia di integrazione, i suddetti decreti stabiliscono che:

l'Unità sanitaria locale possa assumere per delega dei singoli enti locali la gestione di attività o servizi socioassistenziali (articolo 3 comma 3);

sia prevista, nel caso di delega, la figura del Coordinatore dei servizi sociali, le cui funzioni devono essere disciplinate dalle Regioni con oneri a totale carico degli enti locali (articolo 3 comma 4);

gli oneri dei servizi delegati debbano essere a totale carico degli enti locali, compresi quelli relativi al personale e che debbano essere soggetti a specifica contabilizzazione (articolo 3 comma 3 e 7).

In base a tale normativa, e considerando che l'azienda Usl è già responsabile della spesa relativa agli interventi sociali a rilievo sanitario (sebbene questa materia sia oggetto di costanti polemiche), la stessa Asl potrebbe rappresentare un'unità gestionale dei servizi a carattere sociosanitario. D'altra parte, l'integrazione in capo all'Azienda Usl mediante la delega presuppone una convinta adesione delle parti in causa, preceduta da una comune programmazione dell'attività delegata.

La complessa, ed in parte incompleta, attuazione del dettato legislativo, ha portato ad una situazione caratterizzata da alcune differenze tra le diverse regioni, che in assenza della legge quadro nazionale, hanno optato per soluzioni diversificate nella ripartizione delle competenze tra sociale e sanitario e tra USL ed Enti locali.

Pur tenendo conto di tali diversità, è tuttavia possibile fornire un quadro sintetico della attuale articolazione di funzioni e competenze tra i diversi livelli istituzionali (tav. 1).

2.1. Il livello centrale.

Per quanto concerne il livello centrale, va ricordato che accanto al compito di stabilire attraverso le leggi i principi fondamentali relativi allo svolgimento delle funzioni di beneficenza pubblica, sono riservate allo Stato le funzioni relative a:

gli interventi di primo soccorso in caso di catastrofe o calamità naturale di particolare gravità ed estensione;

gli interventi di prima assistenza in favore dei profughi e dei rimpatriati in conseguenza di eventi straordinari ed eccezionali;

i contributi di prima assistenza del Ministero dell'Interno ai richiedenti lo status di rifugiato (L. 39/90);

gli interventi organizzativi relativi all'ingresso e al soggiorno degli extracomunitari;

gli interventi di protezione sociale a favore degli appartenenti alle Forze Armate, Carabinieri, Polizia, Vigili del fuoco e ai loro familiari da Enti ed organizzazioni appositamente istituiti;

i rapporti in materia di assistenza con organismi stranieri od internazionali, nonché la distribuzione di prodotti destinati a finalità assistenziali in attuazione dei regolamenti Cee;

le pensioni e gli assegni a carattere continuativo disposti dalla legge, in attuazione dell'articolo 38 della Costituzione, compresa l'indennità di disoccupazione e gli assegni a carico della CIG;

l'attività del Comitato provinciale di assistenza e beneficenza.

In base alla impostazione tradizionale di tali politiche, il più importante Ministero di riferimento è quello dell'Interno (Direzione Generale dei servizi Civili), nel cui bilancio sono previsti i principali finanziamenti statali per l'assistenza pubblica con competenze specifiche per quanto concerne l'assistenza economica agli invalidi civili, ciechi e sordomuti.

Sono attribuite competenze assistenziali anche al Ministero di grazia e giustizia (adozioni, supporto socioassistenziale alle istituzioni della giustizia minorile), Ministero del Lavoro (assistenza ai lavoratori), al Ministero degli Affari Esteri (assistenza agli emigranti, trattamento degli immigrati, attività di cooperazione ed assistenza internazionale), Ministero della Pubblica istruzione (progetti speciali per la scuola e le problematiche giovanili), Ministero del Bilancio e della Programmazione Economica/Ministero del Tesoro (competente in materia di finanziamento delle prestazioni socioassistenziali ed erogazione delle pensioni di guerra e di benemerenzia).

Inoltre, parte dell'assistenza economica, relativa alle persone anziane prive di redditi sufficienti, viene erogata, per conto dello Stato, dall'Inps.

In seguito all'istituzione del Dipartimento degli Affari Sociali nell'ambito della Presidenza del Consiglio, oggi Ministero per la solidarietà sociale, in maniera progressiva nel tempo, si sono ampliate le funzioni delegate al relativo Ministro senza portafoglio.

In particolare l'attuale delega prevede l'esercizio delle funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento e promozione di iniziative anche legislative (nonché ogni altra funzione attribuita dalle vigenti disposizioni al Presidente del Consiglio dei Ministri) nelle materie concernenti:

le politiche familiari;

le politiche per i minori;

le politiche per l'adozione;

le politiche per gli adolescenti ed i giovani;

le politiche per gli anziani;

le politiche contro l'esclusione sociale ed in particolare le azioni finalizzate a contrastare le nuove povertà e l'emarginazione;

la costruzione di una banca dati finalizzata all'elaborazione delle politiche sociali nelle materie delegate e al collegamento con le attività delle altre amministrazioni pubbliche ed in particolare delle regioni, delle province autonome e degli enti locali;

la definizione di interventi riguardanti i servizi sociali, anche mediante la previsione di utilizzo di obiettori di coscienza, d'intesa con il Ministero della difesa, nonché mediante forme di sostegno e collaborazione con i soggetti del terzo settore;

il coordinamento delle iniziative di accoglienza di immigrati, profughi e nomadi;

le politiche per contrastare il diffondersi delle alcooldipendenze;

i rapporti e la cooperazione con gli organismi competenti in Italia ed all'estero nelle materie oggetto della delega;

la promozione della riforma dei servizi sociali;

la tossicodipendenza (Dpr 309/90);

la Commissione di indagine sulla povertà e l'emarginazione (L. 354/90);

l'handicap (L.104/92);

i minori a rischio (L.216/91);

il volontariato (L. 266/91).

2.2. Il livello locale.

Per quanto concerne le *Regioni*, come ricordato, il Dpr 616/77 attribuisce loro la potestà legislativa di secondo livello in relazione alle materie di beneficenza pubblica, assistenza sanitaria e scolastica per il riordino del settore socioassistenziale. Tuttavia le regioni che hanno legiferato in materia di riordino sono al momento (novembre 1997) Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Friuli V.G., Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino Alto Adige, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

Di competenza regionale sono inoltre:

gli interventi in favore dei profughi italiani e dei rimpatriati dopo la prima assistenza;

la realizzazione dei centri di prima accoglienza e di servizi per stranieri emigrati, esuli e loro famiglie (Dm 244/90);

alcune funzioni relative alle I.P.A.B. (ad es. regolazione con proprie leggi della loro estinzione e trasferimento ai comuni, sedi delle istituzioni, del personale e dei beni, o riconoscimento della personalità