

Tav. 6 - Prestazioni socio-assistenziali in Italia gestite a livello locale. Servizi residenziali

Denominazione	Target Group	Requisiti eleggibilità*	Tipologia delle prestazioni
Comunità alloggio	Anziani	Autosufficienza o parziale autosufficienza, condizioni psicofisiche e relazionali che necessitano di vita comunitaria di reciproca solidarietà	Struttura comunitaria residenziale (dimensione ridotta)
	Minori in difficoltà		Strutture comunitarie residenziali (dimensione ridotta)
Casa protetta	Anziani	Non autosufficienza, impossibilità di rimanere in ambito familiare e sociale	Alloggi aggregati in uno stesso edificio, servizi comuni collettivi
Casa di riposo/Casa albergo	Anziani	Autosufficienza o autosufficienza parziale, impossibilità di mantenimento nel proprio ambito familiare	Struttura assistenziale a carattere residenziale
Centri di pronto intervento (o pronta accoglienza)	Minori di 18 anni in situazioni di disagio Disabili	Non autosufficienza	Struttura educativa residenziale per interventi di emergenza Servizio di soddisfazione temporanea di alloggio-vitto
Istituti educativo-assistenziali	Minori in difficoltà con problemi familiari		Struttura educativa residenziale a carattere tradizionale
	Minori illegittimi o esposti ad abbandono Disabili	Non autosufficienza	

Segue tav. 6

Denominazione	Target Group	Requisiti eleggibilità*	Tipologia delle prestazioni
Gruppi di famiglie Casa famiglia	Minori in difficoltà con problemi familiari		Struttura familiare residenziale
Comunità terapeutiche residenziali	Tossicodipendenze		Servizi di recupero a livello residenziale
Residenze non terapeutiche comunitarie	Tossicodipendenti		Alloggi comunitari di piccole entità
Ricoveri per non vedenti non udenti	Persone con ridotte capacità sensoriali		Strutture residenziali per persone con handicap sensoriale

Nota: I finanziamenti di norma ricadono sull'ente locale di competenza salvo iniziative che rientrino in progetti regionali oppure sulla base di leggi nazionali (Legge nazionale n. 216/91 relativa ai minori a rischio e la legge n. 162/90 relativa al fenomeno tossicodipendenza resa attuativa con Dpr n. 309 del 9/11/90, L. 1044/71 e L. 891/77 che assegnano fondi speciali alle regioni da trasferire ai Comuni per la costruzione, manutenzione e gestione degli asili-nido).

(*) Le indicazioni relative ai requisiti di eleggibilità sono generiche o assenti a causa della estrema variabilità locale che li caratterizza

Regno Unito

1. Il sistema di protezione sociale e le politiche socioassistenziali nel Regno Unito.

Il sistema della protezione sociale nel Regno Unito a partire dalla metà degli anni '60 ha subito una profonda evoluzione che ha condotto ad una modificazione sostanziale del carattere universalistico ed egualitario proprio del sistema ispirato dai principi di Lord Beveridge. In particolare, già negli anni '60 furono introdotti due cambiamenti rilevanti:

il principio della gradazione, secondo il reddito, dei contributi e delle prestazioni nel regime pensionistico, in quello relativo alla disoccupazione, alla malattia ed ai rischi professionali;

nell'assistenza sociale, per i soggetti privi di copertura assicurativa adeguata, venne introdotto e generalizzato il meccanismo dell'integrazione al reddito tramite sussidio pubblico subordinato al *means-testing*.

In seguito, durante il lungo periodo *thatcheriano* fu portata a compimento la trasformazione del sistema di *welfare* attraverso una sensibile riduzione della spesa sociale (pensioni, assistenza, istruzione e sanità) e l'estensione del *means-testing* laddove era praticabile. Più in specifico, l'intervento del governo conservatore si è focalizzato non tanto sulla dimensione dei benefici erogati quanto sui meccanismi di attribuzione dei benefici stessi. Inoltre, furono progressivamente introdotti principi e strumenti che si richiamano al « *quasi mercato* » nell'istruzione e nella sanità e che hanno dato impulso alla competizione e ad una diversa forma di allocazione delle risorse nel contesto del sistema di *welfare*.

In particolare, con specifico riferimento all'assistenza è da notare che, nella struttura dei benefici monetari tipica del modello *beveridgiano*, i benefici di assistenza sociale non contributivi, rispetto ai benefici su base contributiva legati al fondo alimentato dalle assicurazioni sociali obbligatorie, dovevano assolvere ad un ruolo residuale di rete di sicurezza di ultima istanza.

In realtà, già dall'immediato dopoguerra, i benefici non contributivi furono tutt'altro che residuali sia in termini di numero di beneficiari che in relazione alle risorse di sicurezza sociale assorbite. Pertanto, come rilevato, a partire dall'inizio degli anni '80 il governo conservatore è intervenuto direttamente sui criteri di assegnazione dei benefici di assistenza sociale con il duplice scopo di contrarre i costi e di ridurre il presunto effetto disincentivante sulla offerta di lavoro.

In relazione a quest'ultimo aspetto si è sviluppata una attenta e costante valutazione dell'impatto dei benefici sul grado di dipendenza

dei beneficiari inteso come scarsa propensione al lavoro. Ecco perché insieme alla diffusione del *means-testing*, spesso nella forma del *poverty-testing*, si è sviluppata una progressiva introduzione di ulteriori criteri tra i quali, in via prioritaria, la disponibilità concreta a lavorare da parte del richiedente (e sottoposta a verifica periodica da parte dell'agenzia erogatrice).

Inoltre, sono state sviluppate strategie che privilegiano l'attivazione di benefici *in-work* rispetto a quelli definiti *out-work*, vale a dire si è dato impulso a quelle prestazioni che premiano la ricerca e l'ottenimento di un lavoro anche da parte di soggetti deboli (ad es. i disabili).

Il sistema di *welfare* del Regno Unito si è lungamente caratterizzato per il ruolo centrale da parte del servizio pubblico e per l'elevata qualità delle prestazioni erogate.

Attualmente permane la centralità del servizio pubblico nella programmazione, nella gestione e nel controllo delle prestazioni accompagnata, però, da un peso crescente delle strutture *profit* e *non profit* e di *volontariato* nella erogazione dei concreti servizi. In relazione alla qualità delle prestazioni è da constatare che la spinta verso forme di decentralizzazione dell'offerta di pari passo con l'introduzione di meccanismi e criteri di gestione manageriale nell'erogazione di servizi, è stata accompagnata dall'obiettivo esplicito di migliorare la qualità del servizio anche attraverso l'introduzione di norme che obbligano a monitorare i bisogni di assistenza ed a verificare la qualità delle prestazioni.

In generale, il sistema di *welfare* nel Regno Unito si compone di tre pilastri fondamentali, il sistema sanitario nazionale (*National Health Service*), la previdenza ed i servizi di assistenza sociale.

Il sistema sanitario del Regno Unito offre gratuitamente i servizi a tutti i residenti e la compartecipazione finanziaria, laddove è richiesta, è modulata a seconda dei livelli di reddito. Il sistema della previdenza sociale ha il compito di sostenere coloro che si trovano in situazioni di difficoltà economica (mediante l'erogazione di sussidi in presenza di difficoltà di guadagnarsi un reddito per le famiglie, disabili fisici o mentali, i disoccupati) nonché le pensioni di vecchiaia.

L'assistenza sociale copre i bisogni di assistenza dei soggetti deboli indipendentemente dalla ragione del disagio (anzianità, disabilità, difficoltà relazionali ecc..) e si caratterizza per una gamma vasta ed articolata di servizi socio-assistenziali gestiti dai Dipartimenti di assistenza sociale dei consigli delle Contee (e dalle *Unitary Local Authorities* dove sono attivate). A partire dall'inizio degli anni '90 le responsabilità e le competenze delle Autorità locali sono progressivamente cresciute con, ad esempio, l'obbligo di monitorare l'evoluzione dei bisogni di assistenza della popolazione locale e di rendere noti i propri programmi in materia di assistenza sociale.

2. L'articolazione delle competenze.

a) Il livello centrale

Un ruolo strategico nel sistema della sicurezza sociale del Regno Unito è svolto dal *Department of social security* (Dss), in sostanza il

Ministero della sicurezza sociale che ha al suo vertice il Segretario di Stato ed i ministri che rispondono politicamente al Parlamento (tav. 1).

Su un piano politico il *controllo parlamentare* sull'operato del Governo in materia di sicurezza sociale è piuttosto stringente e si materializza non solo nella emanazione delle normative che definiscono su base nazionale le modalità di accesso ai benefici della sicurezza sociale, ma anche nell'annuale voto sui fondi richiesti dal Governo per finanziare:

i *benefici non-contributivi* per i quali, una volta stabiliti dal Parlamento i criteri di accesso e il livello delle prestazioni, le risorse necessarie dipendono esclusivamente dal numero di aventi diritto (« *demand led* » vote);

i *sussidi per i costi connessi alle abitazioni* (nonchè quelli per l'amministrazione della gestione di questi sussidi) gestiti dalle autorità locali e da queste integrate con fondi propri, i *sussidi del Fondo sociale*, quelli per l'organizzazione di volontariato a favore dei disabili (*Mobility*) e per il Fondo per l'autonomia (*Independent Living Fund*). In questo caso i fondi erogati dal Parlamento, e che il governo utilizzerà per finanziare gli indicati sussidi, sono in parte *demand-led* ed in parte sono sottoposti ad un tetto di bilancio (*cash-limited*).

i costi di amministrazione rappresentati dal funzionamento del Dss e, in questo caso, si tratta di fondi « *cash-limited* ».

Il Dipartimento per la sicurezza sociale si compone di una ristretta struttura centrale (*Central Headquarter*) che sostiene i Ministri nello sviluppo e nel monitoraggio delle politiche ed effettua il controllo interno al Dipartimento sulle prestazioni e le risorse (tav. 2).

Ma il ruolo centrale in termini operativi viene assolto da cinque agenzie (*Next Steps Agencies*) che risultano responsabili per le funzioni esecutive ed servizi che sono di competenza del Dipartimento. L'attivazione delle agenzie all'interno delle strutture pubbliche è parte integrante di una più generale strategia di innalzamento della produttività e dell'efficienza del settore pubblico attraverso l'introduzione di criteri manageriali di gestione, fissazione di *target*, valutazione e verifica dei risultati.

Le cinque agenzie in cui si destruttura il Ministero (*Benefits agency*, *Contributions agency*, *Information technology services agency*, *Child support agency* e *War pension agency*) hanno autonomia d'azione nell'ambito delle linee-guida fissate dai Ministri e i responsabili (*Chief Executives*) delle agenzie rispondono per l'operato della propria struttura. Le agenzie sono sottoposte a valutazione sistematica sulla base di progetti quinquennali al termine dei quali viene verificato il rapporto tra obiettivi e risultati.

Essenziale nell'ambito della sicurezza sociale risulta il ruolo esercitato dalla *Benefit Agency* (Ba) che gestisce oltre 20 prestazioni (come sostegno al reddito, sussidi per invalidi ecc..) tutto il circuito che va dal trattamento della richiesta all'erogazione dei sussidi. La Ba, con 4 direzioni, 460 uffici distrettuali e circa 64.000 persone occupate è la più grande delle cinque agenzie del Dss.

In relazione agli obiettivi di miglioramento del servizio prestato dall'Agenzia per il biennio 1995-1996 i risultati sono stati positivi visto che ne sono stati raggiunti 19 su 23, in materia di accelerazione dei tempi di valutazione e liquidazione delle domande, razionalizzazione della gestione finanziaria e qualità del servizio (in termini di più alta soddisfazione degli utenti). In sostanza, l'azione della *Ba* è subordinata ad una valutazione periodica fondata sul criterio della competizione per la qualità che assume quali standard di valutazione dell'attività non solo variabili economiciste ma indicatori di qualità come la soddisfazione degli utenti e la riduzione dei tempi di attesa per la liquidazione dei benefici.

b) Il livello locale

Con riferimento al ruolo delle autorità locali e, più in specifico dei *Dipartimenti di assistenza sociale dei Consigli delle Contee*, si constata che hanno un peso essenziale nello specifico della organizzazione ed erogazione dei servizi sociali per una vasta gamma di soggetti a disagio. È da tenere presente che in alcune grandi città le competenze proprie dei dipartimenti di assistenza sociale appartengono alle *Unitary Local Authority* che sono strutture amministrative metropolitane.

A partire dall'inizio degli anni '90 (con il *National Health Service and Community Care Act*) sono stati attivati rilevanti mutamenti nelle competenze e nell'organizzazione dei servizi di assistenza sociale rivolti agli anziani, ai disabili ed alle famiglie a disagio. In particolare, come rilevato, gli enti locali hanno progressivamente assunto il ruolo di organizzatori e gestori dei servizi di assistenza sociale nonché quello di responsabili della elaborazione di programmi di assistenza modulati sulle esigenze della popolazione.

L'obiettivo prioritario delle riforme attivate è quello di permettere ai soggetti deboli (anziani e disabili soprattutto) di vivere in maniera indipendente all'interno della comunità fintanto che lo desiderano e sono in grado di farlo e, inoltre, di sviluppare forme di *self-help* a livello comunitario (iniziative di buon vicinato) dando anche grande spazio alle organizzazioni di volontariato.

In sostanza, si è verificata un forte spinta alla implementazione di servizi che consentissero di realizzare gli obiettivi di mantenimento nella comunità e, inoltre, si è verificato un trasferimento di fondi dal Dss alle autorità locali allo scopo di finanziare la valutazione e l'implementazione di « pacchetti di servizi ed erogazioni monetarie » personalizzate, vale a dire modulati sullo specifico di ciascun caso trattato.

Il campo delle competenze in materia di assistenza sociale dei Dipartimenti di assistenza sociale dei Consigli delle Contee risulta particolarmente ampio ed articolato e va dalla concreta organizzazione ed erogazione di servizi (gestione di istituti ed offerta di prestazioni domiciliari di vario genere) al controllo sulla qualità dei servizi erogati (ad esempio istituti di ricovero) dalle associazioni di volontariato. È da tenere presente che i reparti di assistenza sociale sono dotati di personale particolarmente qualificato, la cui formazione professionale è sotto la diretta gestione delle università e dei politecnici.

c) *Il non profit*

Con riferimento al *ruolo del volontariato* nella struttura del competenze in assistenza sociale è da sottolineare come sia una tradizione piuttosto consolidata e di antica data quella della cooperazione tra servizi pubblici ed associazioni di volontariato. Inoltre all'interno delle riforme degli anni 90 il riconoscimento del ruolo delle organizzazioni del volontariato è stato ratificato ed incoraggiato proprio all'interno della ottica della deistituzionalizzazione della assistenza e dell'inserimento (per quanto possibile) dei soggetti a disagio nel tessuto delle comunità locali.

Attualmente le autorità locali nel programmare l'offerta di servizi in ambito locale tengono conto della quota di prestazioni e servizi che le associazioni di volontariato sono in grado di erogare, mentre a livello nazionale il coordinamento tra gli obiettivi del governo e le attività di volontariato è appannaggio dell'*Home Office Voluntary Services Unit* (struttura del Ministero degli Interni).

Attualmente nel Regno Unito sono registrate circa 168.000 associazioni di volontariato come istituti di beneficenza. In Inghilterra e nel Galles tali organizzazioni possono avvalersi della consulenza e del sostegno tecnico della *Charity commission*; inoltre va ricordato il ruolo della *Charities Aid Foundation* è un organismo indipendente che favorisce l'afflusso dei finanziamenti. L'arcipelago dell'associazionismo volontario impegnato nel campo dell'assistenza sociale è estremamente vasto e variegato sia per tipologia di prestazioni e servizi offerti che per utenti trattati che per dimensione della propria azione.

Si va dai piccoli gruppi di *self-help* o dalle associazioni su scala locale alle grandi organizzazioni nazionali passando attraverso forme di coordinamento a diverso livello.

3. Le principali prestazioni di assistenza sociale.

Nell'ambito delle prestazioni monetarie, al di là di quelle legate ai contributi qui non considerate, è possibile distinguere sostanzialmente due grandi categorie di benefici:

benefici *means-tested* per i soggetti che hanno una disponibilità di risorse inferiore ad un dato livello modulato a seconda delle condizioni familiari (*income support*, sussidi per i costi per le abitazioni ecc.) (tav. 3);

benefici per i soggetti « meritevoli » fondati su alcune condizioni qualificanti, come disabilità e disagio familiare (assegni familiari, sussidi per disabili ecc.) e che prescindono dalla valutazione dei redditi.

In termini quantitativi si rileva che i benefici contributivi incidono per circa metà della spesa per la sicurezza sociale, i benefici *means-tested* per circa un terzo e i rimanenti benefici per un sesto del totale della spesa.

Dalla classificazione della spesa sulla base della ragione fondamentale in relazione alla quale è concesso il beneficio si evidenzia la prevalenza in termini di numero di beneficiari, della categoria degli anziani, seguita da quella costituita dai disabili e dai malati gravi. In termini di finanziamento si constata che i benefici non contributivi sono a carico della fiscalità generale, la quale copre circa il 50% del totale del programma di spesa della sicurezza sociale (inclusivo di tutti i benefici contributivi e non contributivi).

3.1. *Benefici means-tested.*

Tra le prestazioni legate alla disponibilità di risorse spicca il ruolo dell'*income support*, una prestazione monetaria di integrazione del reddito per coloro che hanno una disponibilità di risorse al di sotto del livello minimo fissato dal Parlamento. Il beneficio, che è riservato alle persone che hanno compiuto 18 anni (solo nei casi più gravi l'età di accesso può ridursi), oltre al vincolo della disponibilità delle risorse lega l'eleggibilità al fatto che il richiedente (o il partner) non svolga una attività lavorativa per più di 16 ore a settimana e, inoltre, il richiedente deve essere disponibile a lavorare e deve cercare attivamente lavoro (tav. 4).

In realtà l'*income support*, oltre ai requisiti di risorse e di disponibilità al lavoro, richiede che i potenziali beneficiari ricadano nell'ambito di alcune categorie di meritevoli, molto ampie per numero e tipologie considerate che vanno dall'essere ultrasessantenni all'essere genitore solo con figli a carico, allo svolgere funzione di tutela per un disabile all'essere un rifugiato ed altro ancora. In sostanza si tratta di una prestazione *income-related* con ulteriori vincoli connessi con il presentarsi di alcuni requisiti di merito, anche se il suo aspetto nettamente prevalente è proprio il *means-testing*.

È da notare che la tipologia delle risorse prese in considerazione per determinare la disponibilità di mezzi del soggetto e del nucleo familiare di cui è parte, è costituito dal reddito, dai risparmi oltre un certo tetto e, in alcuni casi, dai benefici sociali di cui eventualmente gode il richiedente e la sua famiglia. Nell'aprile del 1996 è stato raddoppiato il tetto del risparmio per i richiedenti che sono ricoverati presso istituti residenziali o case di riposo con strutture di assistenza medico-infermieristica.

Importante risulta anche il sussidio costituito dal *disability working allowance* (Dwa) specificamente rivolto ai disabili, subordinatamente al vincolo delle risorse, e con l'obiettivo di incentivare l'occupazione di questa tipologia di soggetti. Infatti, per avere diritto al beneficio è necessario che il disabile richiedente svolga una attività lavorativa per almeno 16 ore settimanali (dipendente o autonomo). Di recente, il Dss ha portato a termine un monitoraggio triennale riguardo al Dwa che ha messo in luce che il sussidio, dopo un inizio non molto positivo (in termini di numero di beneficiari) ha avuto un impatto sostanzialmente positivo sull'ingresso dei disabili nel mercato del lavoro ed attualmente ne usufruiscono circa 11.000 persone.

I beneficiari dei sussidi *income-related* e, più in generale i soggetti con risorse inferiori ad un minimo prefissato, possono inoltre godere

dei benefici legati al *Social Fund* attivato a partire dalla seconda metà degli anni 80 e che risulta suddiviso in due branche:

la prima branca offre sussidi per fronteggiare i costi della maternità, dei funerali e quelli connessi con il maltempo. L'eleggibilità è regolata a livello nazionale ed il finanziamento di questo capitolo è *demand-led* e, in caso di esclusione, il richiedente può appellarsi contro la decisione;

la seconda branca è discrezionale e serve per fronteggiare i costi per quelli che sono definiti *high priority cases* (casi particolarmente gravi e prioritari) dei quali però non è data alcuna definizione unitaria a livello nazionale. Il finanziamento di questa branca è rigorosamente *cash-limited* e si caratterizza nella forma di un fondo annualmente destinato a ciascun distretto.

Le decisioni sono prese dai *Social Fund Officers* che operano nell'ambito degli uffici distrettuali della *Ba* anche se hanno una propria autonomia giuridica e operativa. Le loro decisioni non sono appellabili se non davanti ad una struttura amministrativa interna all'agenzia incaricata di gestire il *Social Fund*.

Le tipologie di benefici previsti nella seconda branca del *Social Fund* sono i prestiti a tasso zero (*crisis loans*) per fronteggiare i costi di situazioni particolarmente gravi per la salute o per la condizione del richiedente e della sua famiglia; i prestiti a tasso zero (*budgeting loans*) per fronteggiare spese improvvise comunque difficili da sostenere con le proprie risorse; infine, donazioni (*community care grants*) che hanno lo scopo di aiutare il richiedente e la famiglia a rimanere nell'ambito della comunità oppure a favorire il ritorno di un familiare (nel caso di detenuti in libertà sulla parola).

È da precisare che i prestiti pur essendo a tasso zero sono però subordinati alla verifica della capacità dei soggetti di restituire il capitale. Inoltre ogni anno il *Secretary of State* delinea le priorità nell'uso dei fondi lasciando ai responsabili locali del Fondo il compito di delineare il modo in cui ripartiranno le risorse disponibili rispetto alle priorità indicate.

Tra le altre tipologie di benefici *means-tested* sono da ricordare:

family credit, di cui possono beneficiare le famiglie ove almeno uno dei coniugi svolge un'attività lavorativa per almeno 16 ore settimanali ed ha uno o più figli a carico. Si tratta di un sussidio non tassabile ed opera come porta d'ingresso ad altri benefici;

council tax benefit, si tratta di una riduzione dell'imposta locale modulata a seconda della disponibilità di risorse e della situazione familiare;

housing benefit, vale a dire i sussidi per i costi connessi con le abitazioni che sono gestiti direttamente dalle autorità locali e che consistono in sussidi specificamente rivolti al pagamento dell'affitto dell'abitazione. Il sussidio è modulato a seconda del livello del reddito ed è pari al 100% dell'affitto per coloro che beneficiano dell'*income support* e per coloro che hanno un reddito uguale o inferiore al livello

dell'*income support* per poi decrescere progressivamente per livelli di reddito superiori;

earnings top-up: si tratta di un sussidio erogabile solo in alcune specifiche aree del paese e che ha quale *target* persone sole o coppie giovani senza figli che hanno difficoltà di inserimento nel mercato del lavoro. In sostanza il sussidio vuole garantire anche a coloro che non hanno figli a carico uno strumento (sul modello del *family credit* per le famiglie con figli a carico) che premia l'occupazione. Inoltre; il *Dss* monitorerà il triennio di verifica del progetto legato al sussidio per valutare se ed in che misura l'attivazione di un incentivo all'occupazione di importo superiore ai sussidi ottenibili quando si è fuori dal mercato del lavoro incrementerà la propensione al lavoro di questo *target* sociale.

3.2. Benefici per categorie di « meritevoli ».

Questa specifica categoria di prestazioni monetarie è costituita da una gamma vasta di benefici prevalentemente centrati su due *target*, la famiglia ed i disabili, ed ha quale elemento unificante il fatto che il livello di risorse disponibili dei richiedenti non rientra tra i criteri di eleggibilità.

Sicuramente rilevante per numero di beneficiari, per ammontare di risorse assorbite e per impatto sulla politica sociale risultano gli assegni familiari (*child benefit*) di cui usufruiscono oltre 7 milioni di famiglie per un totale di 12.790.000 minori a carico. Per ottenerli è necessario che il richiedente abbia uno o più figli a carico di età inferiore a 16 anni ed è necessario che il richiedente o il bambino abbiano risieduto almeno 26 settimane nel Regno Unito nel corso dell'ultimo anno.

Con riferimento alle *famiglia monogenitoriali* sono previste diverse forme di sostegno che vanno da una maggiorazione dei sussidi a sgravi fiscali, alla attivazione di iniziative di supporto (consulenza e incentivi monetari) per la ricerca del lavoro. Inoltre, anche nel caso un soggetto che abbia a carico un minore orfano è prevista l'erogazione di un sussidio monetario specifico.

Molto articolata la gamma di prestazioni *not income-related* rivolta ai disabili che si affianca alla già citata *disability care allowance* che è classificata tra i benefici *income-related*.

In primo luogo, si rilevano *Disability living allowance (Dla)* e *attendance allowance (Aa)* che mirano a dare un sostegno finanziario ai disabili per fronteggiare gli extra-costi determinati dalla disabilità. Del *Dla* possono usufruire coloro che sono diventati disabili prima del compimento del 65[00f8] anno di età ed il sussidio è modulato a seconda dei bisogni di assistenza e di mobilità del richiedente. Invece, l'*attendance allowance* riguarda coloro che diventano disabili dopo il compimento del 65[00f8] anno di età e sono previsti due diversi livelli di sussidio a seconda del bisogno di assistenza.

Diverse le caratteristiche dell'*invalid care allowance* che si caratterizza come un sussidio la cui titolarità concerne coloro che offrono assistenza e si prendono cura di soggetti non autosufficienti. In particolare, occorre che l'assistenza si svolga per un minimo di 35 ore

settimanali ad un soggetto disabile o infermo indipendentemente dalla causa. Il *severe disablement allowance* prevede, poi, una maggiorazione del sussidio per i disabili in caso di grave disabilità. Infine nell'ambito delle prestazioni *not-income related*, una collocazione a parte la assumono le pensioni di guerra (*war pensions*) che riguardano ancora circa 300.000 soggetti.

3.3. *La struttura dei servizi.*

Il riferimento normativo prioritario in materia di organizzazione, distribuzione delle competenze e gestione dei servizi socio-assistenziali nel Regno Unito è la legge *National Health Service and Community Care Act* del 1990 le cui disposizioni sono state progressivamente introdotte nel periodo dal 1991 al 1993. Obiettivo fondamentale della ristrutturazione dei servizi è quello di consentire ai soggetti deboli (in primo luogo anziani e disabili) di rimanere o di essere reinseriti all'interno della comunità di appartenenza, facendo del ricovero anche in strutture residenziali una misura relativa ai casi estremi.

In relazione a ciò, sul piano dell'organizzazione e della gestione dei servizi socio-assistenziali, è stato ampliato il raggio delle competenze, delle responsabilità e anche dei finanziamenti dei Dipartimenti di Assistenza sociale delle Autorità Locali. Inoltre, a partire dall'inizio degli anni 90 è stato posto in modo esplicito il problema del rafforzamento dei diritti degli utenti e la necessità di innalzare la qualità dei servizi socio-assistenziali offerti.

A questo proposito, ad esempio, si rileva il rafforzamento del potere di ispezione dei Dipartimenti di assistenza sociale mediante l'attivazione di nuove unità ispettive per il controllo degli standard igienico-sanitari nelle case di cura e di riposo.

Un altro aspetto da sottolineare riguarda l'attribuzione ai Dipartimenti della responsabilità di attivare pacchetti personalizzati di servizi e prestazioni che tengano conto della specificità dell'utenza presa in carico.

Un quadro sistematico dei servizi socio-assistenziali attivati risulta particolarmente complesso poiché la territorializzazione e la personalizzazione ha reso articolata e differenziata la gamma rilevabile. Una classificazione è possibile a partire dal *target*. Si tratta di un quadro sommario, non esaustivo ma indicativo del modo in cui si è concretizzato l'obiettivo della permanenza degli assistiti nella comunità e nel proprio ambiente vitale.

3.4. *Anziani.*

Con riferimento agli anziani di età superiore ai sessantacinque anni si constata uno sviluppo delle diverse forme di assistenza domiciliare gestite direttamente dai Dipartimenti di assistenza sociale dei Consigli delle Contee o dalle associazioni di volontariato accreditate (e quindi sottoposte al controllo dei nuclei ispettivi operanti presso i Dipartimenti). Le tipologie prevalenti sono a livello domiciliare:

consulenza ed aiuto da parte di assistenti sociali (a domicilio o presso appositi sportelli);

assistenza nella realizzazione dei lavori domestici;
assistenza notturna;
fornitura di pasti caldi a domicilio;
servizi di accompagnamento;
servizi di lavanderia.

L'assistenza per il mantenimento dell'anziano a domicilio prevede, inoltre, il supporto (finanziario e materiale) per la realizzazione di modifiche all'ambiente domestico per vincere problemi e difficoltà di deambulazione. Inoltre, le autorità locali, insieme alle associazioni di volontariato, giocano un ruolo centrale nel promuovere servizi di buon vicinato (assistenza agli anziani da parte dei vicini) e visite a domicilio.

Sul *territorio* sono poi attivati servizi socio-assistenziali di supporto psicologico ed alla socializzazione nonché per fronteggiare esigenze materiali. In particolare si tratta di centri diurni per anziani, strutture ricreative di diverso tipo, punti ristoro (luncheon club).

Naturalmente sono attivati i *servizi residenziali più tradizionali* come istituti di cura per anziani non autosufficienti che possono essere gestiti direttamente dai Dipartimenti oppure da associazioni di volontariato e strutture *non-profit*, anche se gli Enti Locali rimangono responsabili per la dimensione finanziaria del ricovero.

Altre tipologie di prestazioni assumono la forma di facilitazioni nell'accesso ai servizi pubblici come, ad esempio, la gratuità o la riduzione del prezzo dei biglietti dei trasporti pubblici.

3.5. I disabili.

Attualmente i disabili in Gran Bretagna sono circa sei milioni di cui il 7% circa vive in Istituti. Anche per questo target di utenza, come per gli anziani, è centrale la responsabilità dei Dipartimenti di Assistenza sociale degli *Enti Locali* ai quali la legge impone il censimento della popolazione disabile e la più ampia pubblicizzazione dei servizi socio-assistenziali attivati.

L'obiettivo degli interventi, come già detto, è quello di favorire la permanenza del disabile nel tessuto sociale della propria comunità di appartenenza. Pertanto assumono un valore strategico i servizi domiciliari e l'insieme degli interventi mirati alla creazione di un ambiente domestico confortevole e funzionale al superamento delle difficoltà di vita legate alla disabilità.

In particolare, a livello domiciliare i principali servizi attivati sono:

assistenza ai lavori domestici e distribuzione a domicilio di pasti caldi;

alterazioni strutturali all'ambiente domestico (rampe per sedie a rotelle) e, in alcuni casi, installazione di televisori e/o telefoni;

Al fianco dello specifico dei servizi domiciliari è attivata una strategia tesa a rendere l'arredo e le installazioni urbane vivibili anche per i disabili con la rimozione delle barriere architettoniche.

Sono da segnalare anche i *servizi di supporto psicologico* tramite assistenti sociali qualificati per consentire al disabile di fronteggiare problemi personali e sociali legati alla disabilità.

In relazione ai *servizi residenziali* sono da segnalare il ruolo delle *case di cura* in cui, come rilevato vivono oltre 400.000 disabili in gran parte con un elevato grado di disabilità. Inoltre, sono attivati *strutture di accoglienza provvisoria* che permettono alle persone che si prendono cura dei disabili di godere di un periodo di riposo. Sul piano delle strutture residenziali numerose Autorità Locali hanno attivato progetti di edilizia residenziale specificamente mirata ai disabili.

A *livello territoriale* sono da segnalare l'attivazione di centri diurni polivalenti che prevedono al loro interno strutture occupazionali, sociali e ricreative. Altre tipologie di servizi sempre gestite a livello locale concernono la possibilità di usufruire di agevolazioni in materia di trasporti pubblici o nell'accesso ai servizi sanitari pubblici.

Con riferimento alla *disabilità mentale* è da notare come si sia sviluppata una stretta cooperazione nella organizzazione, gestione ed erogazione dei servizi tra *Enti Locali*, Enti Sanitari ed associazioni di volontariato anche se è da sottolineare che sono i Dipartimenti di Assistenza sociale a gestire gran parte dei servizi rivolti a questo *target* di utenza.

In particolare, anche per i disabili mentali l'obiettivo è rappresentato dalla priorità del mantenimento nella comunità di appartenenza, riducendo allo stretto necessario il ricorso al ricovero negli istituti sanitari.

Tra i servizi socio-assistenziali attivati si segnalano:

l'assistenza domiciliare, che si estrinseca in una pluralità di servizi quali il sostegno a domicilio alle famiglie e varie forme di assistenza domiciliare anche temporanea (per consentire ai familiari di riposare);

l'assistenza sanitaria specialistica in speciali strutture residenziali integrate nel tessuto sociale della comunità;

centri per *l'assistenza specialistica* per i disabili non residenti presso le strutture;

l'attivazione di strutture residenziali, più simili a nuclei familiari, specificamente rivolti ai minori disabili.

Un'attenzione specifica è rivolta alle persone malate di mente per i quali gli Enti Locali prevedono servizi di prevenzione e di assistenza in centri di assistenza diurna, centri sociali e case di cura specializzate. Inoltre, dal 1989 gli Enti distrettuali hanno l'obbligo di formulare programmi di assistenza sanitaria individuale per i malati di mente dimessi dagli ospedali psichiatrici. In questo settore risulta assolutamente rilevante il ruolo svolto dal volontariato non solo nella gestione diretta dei servizi sul territorio ma in relazione al supporto psicologico e sociale alle famiglie.

3.6. Famiglie e minori.

Le tipologie di servizi offerti si suddividono nelle due grandi branche rappresentate dai *servizi domiciliari* e da quelli *residenziali*. Infatti:

l'assistenza domiciliare implica servizi di supporto da parte degli assistenti sociali alle famiglie in difficoltà materiale e relazionale (in particolare, le famiglie monogenitoriali);

l'assistenza residenziale garantisce centri di accoglienza (anche temporanea) di vario tipo per famiglie con gravi problemi economici e di alloggio o temporanea per donne sole con figli.

L'assistenza all'infanzia è una priorità nella definizione delle competenze degli *enti locali* in ambito socio-assistenziale, soprattutto in relazione ai minori che presentano problemi di carattere sociale o sanitario.

A partire dalla metà degli anni 80, le *Autorità Locali* hanno dato notevole impulso all'attivazione di servizi alternativi a quelli residenziali più tradizionali (come, ad esempio, gli istituti per orfani) sviluppando le case di famiglia gestite da volontari, gli affidi temporanei in famiglie supportate finanziariamente dalle *Autorità Locali*.

Inoltre, le *Autorità Locali* provvedono a realizzare un registro delle assistenti all'infanzia, degli asili nido e dei *play group* gestiti da privati o da associazioni di volontariato. In sostanza, le *Autorità Locali* hanno il compito di promuovere direttamente i servizi per minori anche attraverso lo sviluppo e la pubblicizzazione di forme di *network* tra le diverse realtà associative che operano in questo campo.

Particolare attenzione viene poi data ai casi di abusi sui minori con la creazione di comitati di studio locali che costituiscono punto di coordinamento tra i diversi soggetti coinvolti nella elaborazione delle strategie e degli interventi per i casi più complessi.

Anche per i minori a disagio la priorità è la riduzione ai casi estremi del ricorso alle istituzioni residenziali più tradizionali. E, a questo proposito è notare come la legge imponga agli enti locali di organizzare e gestire direttamente, o tramite un'associazione di volontariato, un servizio di adozione.

Tav. 1 - Le principali competenze in materia di assistenza sociale nel Regno Unito

Livello Centrale

Parlamento	- Emana le normative che stabiliscono i criteri di accesso ed il livello delle prestazioni - Vota annualmente le richieste di finanziamento della spesa sociale presentate dal <i>Department of Social Security</i>
<i>Department of Social Security</i> (DSS)	- Il <i>Secretary of State</i> ed i Ministri hanno la responsabilità politica della politica sociale e della sua implementazione - Fissano in sintonia con la legislazione vigente, le modalità di accesso ed i livelli delle prestazioni per tutto il territorio nazionale - Annualmente il DSS presenta al Parlamento richieste di finanziamento per le prestazioni sociali (inclusi i fondi per le autorità locali riguardanti i sussidi per la casa) - Finanzia oltre 100 associazioni volontarie e programmi d'azione nazionali (nel 1996 sono stati finanziati progetti di sostegno per i senzatetto) - Attraverso 5 Agenzie (<i>Benefits Agency</i>, <i>Contributions Agency</i>, <i>Information Technology Services Agency</i>, <i>Child Support Agency</i>, <i>War Pension Agency</i>) dotate di un responsabile e di un budget implementa le scelte in materia di sicurezza sociale
<i>Benefits agency</i> (Agenzia del Dss)	E' composta da 4 direzioni e circa 460 uffici locali decentrati: - Ha la responsabilità per la gestione ed il pagamento di gran parte delle prestazioni di protezione sociale, alcune delle quali dipendono direttamente dall'agenzia, altre dai suoi uffici distrettuali - Presso gli uffici distrettuali sono distaccati gli operatori (<i>social fund officers</i>) a cui compete la decisione per l'attribuzione delle prestazioni discrezionali del "fondo sociale"

Livello locale

Dipartimenti di assistenza sociale (o dei servizi sociali) dei Consigli delle Contee	- Sono responsabili e amministrano alcune delle prestazioni in natura per gli anziani (consulenza da parte di assistenti sociali, assistenza domiciliare, fornitura di pasti caldi a domicilio, servizi di accompagnamento, assistenza notturna e servizi di lavanderia, centri diurni per anziani, luncheon club e strutture ricreative), per i disabili (assistenza domiciliare, consulenza psicologica, centri diurni con strutture educative, sociali ed occupazionali, fornitura di pasti caldi a domicilio ecc...), alle famiglie (centri di accoglienza per donne sole con figli, centri di sostegno psicologico e materiale a famiglie in difficoltà, assistenza domiciliare) - Sono responsabili dell'offerta di pacchetti personalizzati di prestazioni e servizi modulati sui bisogni degli utenti - Sono obbligati a destinare l'85% del budget in materia di assistenza domiciliare all'acquisto di servizi offerti da imprese profit e non profit e da organizzazioni del volontariato
--	--

Segue tav. I

Consigli di distretto*	- Amministrano i sussidi e le agevolazioni fiscali per la casa - Gestiscono le agevolazioni sulle imposte locali
Unitary Local Authority **	- Hanno tutte le competenze proprie dei dipartimenti di assistenza sociale (o dei servizi sociali) dei consigli delle contee e dei consigli di distretto
Volontariato **	- Sono attive 168.000 Associazioni di volontariato registrate come Istituti di beneficenza - Organizzano e gestiscono una vasta gamma di servizi sociali in coordinamento con i dipartimenti di assistenza sociale degli Enti locali - Sono finanziate sia dal settore pubblico che da quello private e sono rimborsate per le prestazioni erogate - Sono attivate diverse tipologie di coordinamento delle Associazioni di volontariato (Network ai vari livelli, organismi locali e nazionali ecc.); in Inghilterra l'Ente di coordinazione delle attività di volontariato è il National Council for voluntary organisation, analoghe strutture sono operanti in Scozia, Galles ed Irlanda del Nord

* solo in Inghilterra

** in alcune grandi città