

della protezione sanitaria della famiglia e dell'infanzia;

dell'azione di contrasto dei principali e più gravi problemi sociali.

Più in generale, il Consiglio generale assolve alle funzioni di programmazione, organizzazione e coordinamento dei servizi e delle prestazioni assistenziali a favore dell'infanzia, degli anziani, dei disabili e dei soggetti senza risorse adeguate. Naturalmente il Consiglio dispone, per l'implementazione delle proprie scelte in materia di assistenza sociale, di un' ampia struttura composta prevalentemente di assistenti sociali che gestiscono un ammontare di risorse finanziarie che, in media, risulta pari ad oltre la metà del valore globale dei budget dipartimentali.

In relazione all'organizzazione dell'*Aide sociale* a livello dipartimentale si rileva che, in sostanza è costituito da:

Aide sociale a l'enfance, che presenta una gamma vasta di forme di assistenza domiciliare (che risultano in espansione) oltre ad una tipologia di interventi centrati sulla « presa in carico » dei minori con relativa collocazione in strutture residenziali;

l'assistenza sociale per anziani e disabili che affianca a forme più tradizionali di assistenza domiciliare, interventi di supporto psicologico e materiale tesi a sviluppare relazioni sociali a scopo di integrazione. Sono anche sviluppate forme di sostegno monetario che mirano a rendere più funzionale l'ambiente domestico;

il sostegno sanitario (*aid medicale*) che implica da parte del Dipartimento l'assunzione, per conto dei beneficiari del Reddito minimo di inserzione e di tutti coloro che non dispongono di copertura sanitaria, del pagamento dei contributi sanitari e la copertura dei bisogni sanitari ospedalieri e non.

Inoltre, il Dipartimento assume (come si vedrà più in dettaglio in seguito) un ruolo rilevante nel meccanismo di reinserimento previsto per i beneficiari del Reddito minimo di inserzione (Rmi) che costituisce una prestazione a favore dei soggetti che hanno un reddito inferiore a quello considerato minimo.

Sempre in relazione al quadro delle competenze, sebbene la legge sulla decentralizzazione abbia lasciato ai *Comuni* un ruolo assolutamente marginale in materia di assistenza sociale, è da rilevare come negli ultimi anni, a fronte dell'acuirsi di alcune problematiche sociali (disoccupazione, povertà ecc.), proprio le municipalità hanno sviluppato un'azione sociale di crescente importanza.

Sul piano della distribuzione normativa delle competenze, ai *Comuni* è fatto obbligo di cofinanziare (con il Dipartimento) l'assistenza sociale con un versamento annuale definito in base ad alcune caratteristiche della municipalità quali la popolazione, il numero di beneficiari delle prestazioni assistenziali residenti nel Comune, il livello di ricchezza ecc... In sostanza, a livello nazionale, i Comuni sostengono mediamente il 15% delle spese assistenziali di competenza dei Dipar-

timenti sulle quali non esercitano alcun potere legale di indirizzo, controllo o verifica.

Invece, l'iniziativa diretta dei Comuni nel campo dell'*aide sociale* si fonda sulla possibilità di attivare iniziative sociali facoltative (*aide sociale facultative*), che negli anni 90 si sono moltiplicate con una parallela crescita delle spese e del numero dei beneficiari. Lo strumento operativo dei Comuni è costituito dal *Centro Comunale di Azione Sociale (CCAS)*, un istituto pubblico comunale o intercomunale (in caso di associazione di piccoli comuni) che ha a disposizione un proprio budget, gode di una certa autonomia gestionale ed ha al suo vertice un consiglio di amministrazione formato dal sindaco, da sette membri eletti tra i membri del Consiglio Generale, da sette membri nominati dal sindaco (scelti tra persone impegnate nell'assistenza sociale) e i rimanenti membri scelti tra i rappresentanti degli utenti (famiglie, disabili, anziani).

Con riferimento alle iniziative sviluppate dai Ccas va ricordata, in primo luogo, l'annuale ricognizione dei bisogni sociali della popolazione locale e, in particolare, dei gruppi e dei soggetti sociali più esposti alla domanda di assistenza (anziani, disabili, famiglie ecc.). Sul piano operativo, i Ccas al fianco degli interventi sociali più generali e tradizionali, hanno piena facoltà di attivare programmi di azione particolari, rivolti a target specifici (donne, famiglie numerose, immigrati, abitanti di una zona degradata ecc.) utilizzando erogazioni monetarie o prestazioni in natura.

Inoltre, i Ccas sono autorizzati a creare e gestire istituti sociali o sanitari oltre che a dare vita a strutture concertative con la partecipazione di istituti pubblici e privati al fine di garantire specifici servizi sociali. I Ccas operano anche come front-office per l'accesso a numerose prestazioni di assistenza sociale (come l'*aide sociale* o *medicale*) e possono istruire i dossier relativi ai richiedenti il Rmi. Il finanziamento dei Ccas è ovviamente a carico del Comune (o dei Comuni, se si tratta di una struttura intercomunale) ma possono disporre di risorse proprie derivanti, ad esempio da donazioni.

In generale, è possibile affermare che il trasferimento delle competenze in materia di assistenza sociale alle comunità locali viene giudicato positivamente poiché realizzerebbe una maggiore attenzione alle forme specifiche con le quali le diverse problematiche sociali si presentano in ambito locale, consentendo una più efficace articolazione degli interventi. Però rimangono aperti alcuni problemi, quali:

la crescita della spesa da parte dei Dipartimenti per far fronte ai compiti che la legge attribuisce loro nell'assistenza sociale, avrebbe determinato margini ridottissimi per attivare iniziative innovative, più articolate, più capaci di confrontarsi con il mix di cause che spesso origina gli stati di bisogno e di dipendenza;

il crescente ruolo dei Comuni nell'*aide sociale*, grazie alle spese sociali facoltative avrebbe determinato, troppo spesso, una sovrapposizione di competenze tra municipalità e Dipartimenti creando inutili duplicazioni a scapito dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi sociali. A questo proposito viene ricordato il persistere dei « finanziamenti incrociati » sulla base dei quali i Comuni partecipano alle

spese assistenziali dei Dipartimenti (senza alcun potere né di indirizzo né di controllo), con pericolose ed inique differenziazioni tra i vari Comuni in ragione della diversità delle aliquote contributive fissate dai Dipartimenti;

una, più volte denunciata, tendenza alla deresponsabilizzazione da parte degli organi centrali dello Stato, soprattutto in relazione alle crescenti esigenze di finanziamento degli interventi sociali gestiti a livello di comunità locali.

Come si è rilevato *l'aide sociale* gestito dallo Stato centrale e dagli Organismi elettivi territoriali è integrato dall'*action sociale* sviluppata dalle principali casse della sicurezza sociale che attivano programmi estranei alla logica contributiva (tav. 4). In specifico, è nella *branche famiglia* del Regime Generale che si rileva il più forte impegno finanziario nell'assistenza sociale con tre fondi nazionali, di cui uno di carattere generale e gli altri due rivolti a target specifici (gli immigrati e i soggetti non autosufficienti). Mentre nella *branche malattia-invalidità* si rilevano due Fondi nazionali (uno per l'assistenza sociale e l'altro per la prevenzione), la *branche vecchiaia* attiva prevalentemente programmi per pensionati con ridotte disponibilità finanziarie con particolare attenzione ai non autosufficienti (ad es. la sperimentazione della *Prestation dependance* rivolta proprio agli anziani non autosufficienti).

Il quadro dei soggetti che operano nell'ambito dell'assistenza sociale è completato dall'universo associativo, le così dette associazioni della Legge 1901 (legge che autorizza le associazioni, senza fini di lucro, a scopo sociale e culturale) particolarmente attive nell'ambito socio-sanitario, nel quale opererebbero oltre 100.000 associazioni.

Infatti, le associazioni avrebbero un ruolo rilevante nel settore sociale *strictu sensu*, vale a dire nell'assistenza agli adulti disabili, nell'ambito della protezione all'infanzia, nel sostegno alle famiglie a disagio e a favore degli anziani. Sul piano operativo, le associazioni accreditate dal Presidente del Consiglio Generale del Dipartimento hanno la facoltà di attivare i servizi di assistenza domiciliare (lavori domestici, realizzazione di pasti ecc.) e la gestione delle diverse tipologie di strutture residenziali per anziani, disabili e minori (case di accoglienza, istituti « occupazionali » e di orientamento e formazione professionale, punti-ristoro, istituti per minori, per madri sole, per gestanti ecc.).

Inoltre, le associazioni accreditate hanno un ruolo normativamente riconosciuto all'interno del dispositivo di reinserimento previsto dal Rmi, nel quale assolvono a compiti diversi quali l'istruzione dei *dossier* relativi ai richiedenti e la partecipazione ai Consigli dipartimentali e locali di inserzione che elaborano i programmi di inserimento relativi al territorio di competenza il approvano i contratti d'inserimento.

3. Le principali prestazioni di assistenza sociale.

Il finanziamento della protezione sociale è centrato prevalentemente sulla contribuzione salariale che costituisce oltre l'80% del

finanziamento del Regime generale. Problemi di bilancio dettati sia dalla dinamica della spesa che dalla crisi delle entrate (l'impatto della disoccupazione riduce il monte salari su cui si applica la contribuzione) ha condotto, in particolare nella *branche* assicurazione malattia ad avviare una ristrutturazione della modalità di finanziamento, spostando il peso dalla contribuzione alla fiscalità generale. Così è stata creata la Contribuzione sociale generalizzata (Csg) la cui aliquota si applica all'insieme dei redditi ampliando significativamente la base imponibile e restringendo il cuneo fiscale dei salari.

È da sottolineare che è opinione generalmente condivisa la necessità di procedere ad un passaggio progressivo dalla contribuzione alla fiscalità generale come modalità di finanziamento della sicurezza sociale anche alla luce del fatto che da tempo si è spezzata la relazione tra contributi versati e prestazioni erogate.

Su un piano qualitativo si rileva che il quadro delle prestazioni sociali in Francia risulta particolarmente articolato e presenta due caratteristiche fondamentali:

prende in conto non solo specifiche categorie di meritevoli ai quali vengono garantite una pluralità di prestazioni monetarie ed in natura, ma presta attenzione anche ai soggetti « poveri » ed emarginati la cui caratteristica qualificante è la ridotta disponibilità di risorse e, più in generale un condizione di esclusione sociale (tav. 5-6);

garantisce prestazioni di carattere universalistico che non sono soggette ad alcun forma di *means-testing*, ma di cui possono beneficiare tutti coloro che presentano determinati requisiti (soprattutto nel campo della politica familiare).

Alla luce delle caratteristiche delineate è, però, da tenere presente che sotto la spinta dei vincoli di bilancio e in risposta alle nuove forme di esclusione sociale, è in atto (da tempo) una profonda ristrutturazione del sistema di protezione sociale francese che tende a ridisegnare anche il paesaggio delle prestazioni assistenziali con, da un lato, una crescita dell'incidenza della prestazioni contro le nuove povertà e le forme « cumulative » di marginalità (in particolare, il Rmi) e, dall'altro, una progressiva riduzione del numero delle prestazioni non soggette a *means-testing*.

3.1. *Il reddito minimo di inserimento.*

Con riferimento al primo aspetto, risulta centrale il ruolo del Revenu minimum d'insertion creato dal governo Rocard nel 1988 che costituisce, in primo luogo, un *diritto all'inserimento nella società*, mediante un pacchetto di prestazioni e servizi composto da:

un sussidio monetario che integra il reddito del soggetto fino al livello corrispondente al reddito sociale minimo;

l'accesso all'assicurazione malattia mediante il pagamento dei contributi a carico dei pubblici poteri e la possibilità di avere cure mediche e ospedaliere nonché farmaci gratuitamente;

il sussidio per i costi connessi con le abitazioni (*allocation logement*) al tasso massimo previsto;

la stipula di un *contratto di inserimento* tra il beneficiario del Rmi e la collettività che delinea gli obiettivi ed i mezzi del processo di reintegro nella società prendendo in considerazione i diversi aspetti *critici* della vita di un individuo, dal lavoro, alla salute, all'abitazione, alle relazioni familiari.

Il dispositivo del reinserimento è particolarmente complesso, è collocato a livello dipartimentale (sotto la responsabilità del Prefetto e del presidente del Consiglio Generale) e vede la partecipazione coordinata di una pluralità di soggetti pubblici, privati e di volontariato all'interno delle apposite strutture create a livello locale. Numerosi sono gli strumenti finanziari per la messa in pratica dei processi di reinserimento sociale, soprattutto in materia di creazione del lavoro come, ad esempio, i *contratti lavoro-solidarietà*, con fiscalizzazione o abbattimento degli oneri sociali per le aziende che offrono occupazione ai beneficiari del Rmi.

Un bilancio globale dell'esperienza del Rmi mette in luce che si è verificata una crescita progressiva del numero di beneficiari della prestazione sociale a testimonianza del fatto che essa fronteggia un bisogno sociale sostanziale, diffuso e che non trovava risposta nel quadro delle prestazioni sociali precedenti. Inoltre, i dati segnalano un tasso di *turn-over* soddisfacente tra i beneficiari mettendo in luce che il sostegno non assistenziale, ma inteso come incentivo guidato e supportato al reinserimento, risulta piuttosto efficace.

In sostanza, la strategia di sviluppare forme articolate e fortemente personalizzate di supporto sociale, attivate e gestite a livello locale, con una spinta alla responsabilizzazione del beneficiario risulta una strategia positiva di fronte alle nuove forme di povertà frutto del cumulo e dell'interazione di diversi processi di esclusione (dalla mancanza di lavoro, al problema della casa, alla crisi delle relazioni familiari ai problemi di salute).

3.2. La diffusione delle prestazioni means-tested.

All'interno del quadro delle prestazioni assistenziali in Francia è in atto una progressiva riduzione del peso delle prestazioni di tipo « universalistico », rivolte alla totalità di cittadini, senza vincoli di reddito, rispetto a quelle legate al reddito (*means-tested*). Il dato risulta particolarmente esplicito nel campo della politica familiare ove, proprio di recente, si è sviluppato un intenso dibattito pubblico intorno alla decisione governativa di subordinare l'erogazione degli assegni familiari alla verifica del reddito, escludendo dal beneficio quei nuclei familiari monoreddito con disponibilità mensile superiore a 25 mila franchi (elevato di 5.000 Franchi a partire dal terzo figlio), tetto elevato a 28 mila franchi qualora entrambi i coniugi siano occupati.

È da notare che attualmente degli assegni familiari beneficiano tutte le famiglie, sotto forma di un sussidio monetario a partire dal secondo figlio, con una maggiorazione legata all'età dei figli a carico. L'aspetto rilevante è che la decisione governativa si iscrive in un

quadro caratterizzato da una tendenza di lungo periodo di progressivo incremento dell'incidenza delle prestazioni familiari *means-tested* rispetto a quelle *universali* e, più in specifico, la parte di prestazioni sottoposte a vincolo di reddito passerebbe dal 49,7% del 1994 all'84,3 nel 1998 (tenuto conto del fatto che nel 1970 erano il 13,8%) (fig. 1).

Più in generale, nell'attuale dibattito pubblico in Francia viene messo in luce come l'individuazione di un tetto di reddito oltre il quale si resta esclusi dalle prestazioni sociali in particolare da quelle familiari rischia di avere un impatto negativo sulla natura del sistema di *welfare*, accelerandone la trasformazione da sistema universalistico ed egualitario a struttura propriamente assistenziale, rivolta ai soli poveri con conseguenti rischi di estraniamento e « rivolta fiscale » da parte delle classi medie.

3.3. La struttura dei servizi.

È interessante notare come risulti particolarmente articolato, a livello locale, il quadro dei servizi sociali che vengono garantiti alle diverse categorie di « meritevoli », dagli anziani ai disabili ai minori a rischio. Infatti sono sviluppate le diverse filiere di servizi che intervengono su aspetti critici dei casi trattati. Ad esempio, con riferimento agli anziani, la tavola delinea il complesso quadro dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale. La prima filiera (quella *domiciliare*) vede l'attivazione dei servizi di aiuto per lavori domestici, di cure e assistenza infermieristica, di assistenza sociale domiciliare in funzione di supporto psicologico e relazionale con personale specializzato.

Riguardo alla filiera dei *servizi residenziali* si constata una estrema differenziazione delle tipologie di strutture residenziali, quali:

le *case di riposo* (ospizi) sono per anziani autosufficienti e offrono una residenza collettiva e una serie di servizi facendosi carico dei problemi connessi con l'eventuale progressiva perdita di autonomia. Nelle sezioni di cura sono ospitati gli anziani che hanno difficoltà nel realizzare gli atti ordinaria della vita quotidiana e/o problemi di natura psicologica che richiedono assistenza continua e trattamenti medici e farmacologici;

i *logement-foyer*, sviluppati soprattutto su iniziativa e programmi dei Comuni, ospitano anziani che sono autosufficienti, riescono a vivere per conto proprio, in autonomia ma hanno bisogno di sostegno psicologico e materiale;

i *residence d'hebergement* temporanei sono per anziani bisognosi di un sostegno temporaneo in convalescenza o lasciati soli;

altre tipologie, in pensione o con accesso alla proprietà, per anziani con redditi adeguati.

L'articolazione dei servizi individuata per gli anziani concerne anche i disabili (per i quali sono sviluppate strutture come i *Centri di aiuto al lavoro* o *Centri di orientamento professionale*) e, con tipologie di servizi diversi, anche i minori e la famiglia a disagio (Case di

accoglienza ecc..). Inoltre, in relazione ai servizi sociali attivati occorre poi aggiungere che:

la gestione diretta è spesso garantita da associazioni regolamentate dalla legge 1901 non a scopo di lucro che devono però ottenere l'accreditamento dal Presidente del Consiglio Generale del Dipartimento;

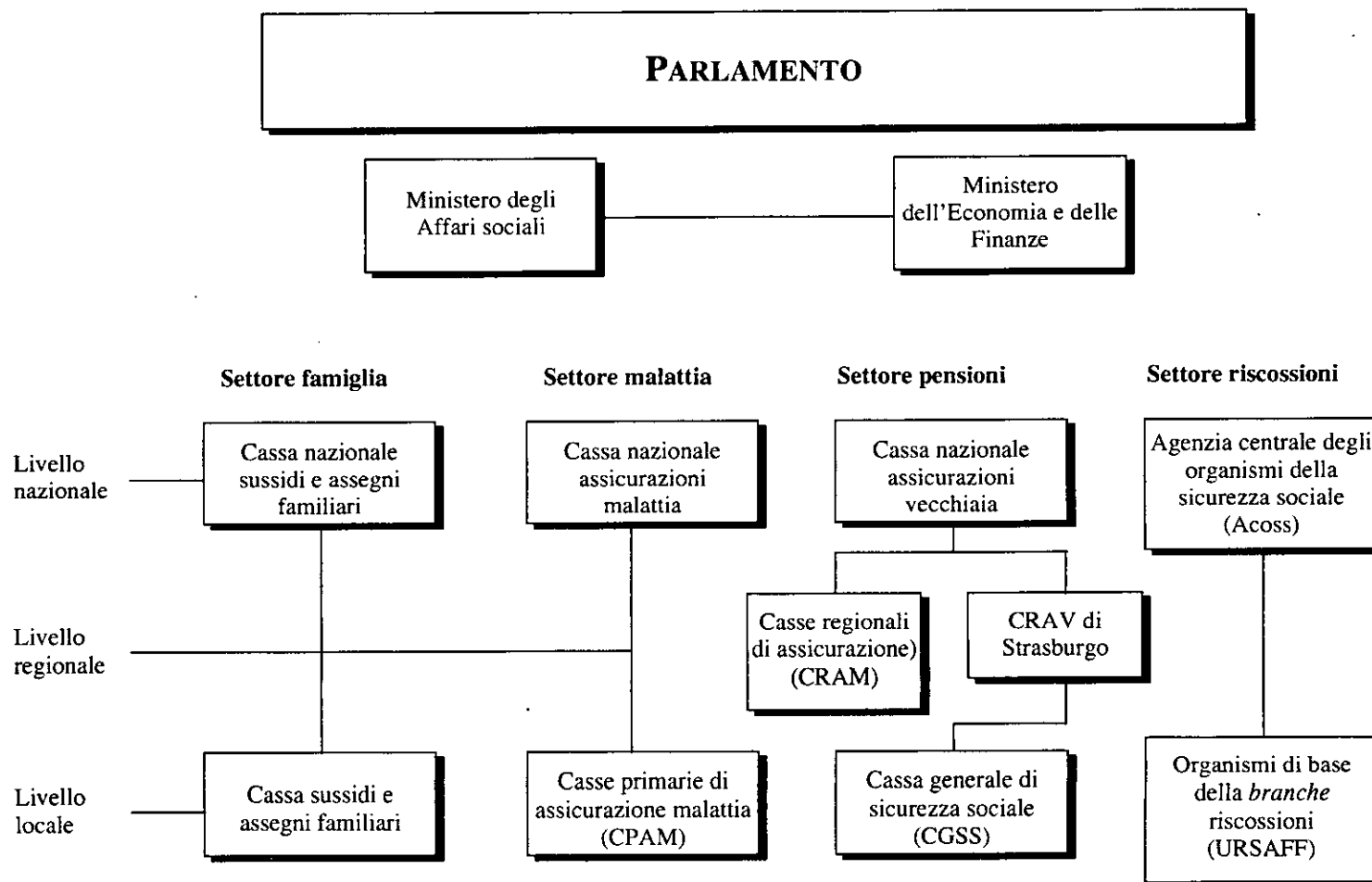
in alcuni casi è richiesta all'utente una compartecipazione al pagamento dei servizi in misura variabile secondo su decisione del Presidente del Consiglio Generale (ad es: nel caso dell'assistenza domiciliare per i disabili o gli anziani o per i servizi di ristoro anche a domicilio)

esiste una dispersione estrema di competenze e responsabilità tra Stato, organizzazione della sicurezza sociale, dipartimento e soggetti gestori che pone problemi rilevanti di coordinamento tra i vari servizi.

Tav. 1 - I principali modelli di protezione sociale

	Beveridgiano	Bismarckiano	Francese
Natura della protezione sociale	Universale	Assicurazioni sociali socio-professionali	Assicurazioni sociali a vocazione generale
Modello di gestione	Centralizzato	Decentrato	Decentrato con tutela dello Stato
Modello di finanziamento	Fiscalità generale	Contributivo	Fiscalità generale e contributivo
Prestazioni erogate	Uguali per tutti	Proporzionali ai salari e con plafond	Proporzionali con minimi sociali
Target	Tutti i cittadini	Salariati con redditi inferiori ad un dato plafond	Tutti i cittadini

**Tav. 2 - Sicurezza sociale in Francia:
il regime generale dei lavoratori salariati non agricoli**



* Gli organismi CRAM e CGSS sono comuni ai settori pensione e malattia

** Operano in ciascuno dei quattro domini d'oltre mare (DOM) e assicurano le funzioni delle CPAM, delle CRAM e delle URSAFF

Tab. 1 - Andamento delle spese correnti per natura nell'ambito della protezione sociale in Francia (v.a. in milioni di ECU, val. %)

	V.a.				Var. %		
	1991	1992	1993	1994	1992-91	1993-92	1994-93
Prestazioni di protezione sociale	261.887	283.728	311.828	323.826	8,3	9,9	3,8
di cui:							
prestazioni in denaro	175.930	190.026	208.856	216.229	8,0	9,9	3,5
prestazioni in natura	85.956	93.701	102.971	107.597	9,0	9,9	4,5
Spese di funzionamento	11.001	11.734	12.874	13.354	6,7	9,7	3,7
Altre spese correnti	2.594	3.700	4.941	4.588	25,3	33,5	-7,1
Totale spese correnti	275.841	299.162	329.643	341.769	8,5	10,2	3,7

Fonte: Eurostat

Tab. 2 - Andamento delle prestazioni di protezione sociale per funzione in Francia (v.a. in milioni di ecu; val.%)

	1991	V.A. 1992	1993	1994	1992-91	Var. % 1993-92	1994-93
Malattia	69.225	75.755	82.205	84.957	9,4	8,5	3,3
Invalidità, infermità	15.804	16.702	18.152	18.968	5,7	8,7	4,5
Infortunio sul lavoro	5.622	5.835	5.974	6.042	3,8	2,4	1,1
Vecchiaia	95.849	105.493	115.123	120.354	10,1	9,1	4,5
Superstiti	19.638	18.971	20.467	21.017	-3,4	7,9	2,7
Maternità	3.938	4.155	4.382	4.553	5,5	5,5	3,9
Famiglia	21.190	22.852	25.570	26.421	7,8	11,9	3,3
Collocamento, orientamento professionale, mobilità	2.979	4.073	5.694	6.482	36,7	39,8	13,8
Disoccupazione	16.213	18.240	20.068	19.681	12,5	10,0	-1,9
Alloggio	7.500	8.198	9.491	10.183	9,3	15,8	7,3
Diversi	3.958	3.723	4.703	5.168	-5,9	26,3	9,9
Totale prestazioni	261.914	283.728	311.828	323.826	8,3	9,9	3,8

Fonte: Eurostat

Tav. 3 - Le principali competenze istituzionali nel campo dell'assistenza sociale in Francia

Livello Centrale

Parlamento	- Vota annualmente la legge di finanziamento della sicurezza sociale che, tenuto conto delle entrate, determina il livello delle spese - Esprime il proprio avviso sulla politica sanitaria e della sicurezza sociale e sulle modalità di finanziamento
Ministero del lavoro e degli affari sociali	- Il Ministro è responsabile della politica generale in materia di assistenza alla scopo di evitare disparità rilevanti tra i dipartimenti - Regola i requisiti e le modalità di accesso ai benefici e l'ammontare minimo delle prestazioni - Contribuisce in misura rilevante al finanziamento delle principali prestazioni
Direzioni regionali degli Affari Sanitari e Sociali (DRASS)	Il direttore della DRASS, sotto l'autorità del Prefetto della regione: - è responsabile della attuazione delle politiche sanitarie, medico-sociali e sociali a livello regionale; - controlla l'applicazione della legislazione e la gestione degli organismi - contribuisce alla valutazione delle politiche in materia di protezione sociale - coordina l'azione della DRASS con quella delle direzioni dipartimentali degli affari sanitari e sociali (DDASS) a livello regionale
Direzioni Dipartimentali degli Affari Sanitari e Sociali (DDASS)	- è responsabile a livello dipartimentale della implementazione delle politiche sanitarie, medico-sociali e sociali definite dai poteri pubblici - ha il compito di attuare politiche d'integrazione, d'inserimento, di solidarietà e di sviluppo sociale, di promozione e di prevenzione in materia di sanità pubblica e di protezione ambientale - vigila sulle condizioni degli istituti sanitari e sociali - gestisce, in via diretta, alcune prestazioni per i disabili (centri diurni, centri di avviamento al lavoro) e per i senza fissa dimora - gestisce alcune prestazioni monetarie speciali

Segue tav. 3

Livello locale

Consigli generali dei dipartimenti

- Svolgono funzioni generali di programmazione, organizzazione e coordinamento delle prestazioni assistenziali
- Sono responsabili e assicurano il finanziamento del servizio dipartimentale di azione sociale, del servizio di sostegno sociale all'infanzia, della protezione sanitaria della famiglia e dell'infanzia
- Sono incaricati della organizzazione e della distribuzione delle prestazioni per l'infanzia (assistenza domiciliare, sussidi monetari, centri di accoglienza) per gli anziani e i disabili (assistenza domiciliare e residenziale, strutture di ristorazione, affidi familiari, ecc.)
- Gestiscono l'assistenza medica per i soggetti non coperti dall'assicurazione obbligatoria (pagamento dei contributi, assistenza medica a domicilio, assistenza ospedaliera)
- Hanno un ruolo centrale nel dispositivo di reinserimento previsti dal RMI e hanno l'obbligo di contribuire al finanziamento delle attività di inserimento
- Autorizzano e abilitano le associazioni non lucrative alla gestione di servizi e prestazioni sociali, vigilano sulla qualità delle strutture e degli istituti

Centri comunali di azione sociale (CCAS) *

- Effettuano annualmente un'analisi dei bisogni sociali della popolazione
- Sviluppano in piena autonomia iniziative assistenziali di sostegno alla famiglia (struttura di accoglienza per minori, colonie estive, sostegno scolastico, ecc.) ed alle persone anziane (assistenza domiciliare, costruzione di ospizi, ecc.)
- Possono attuare progetti e iniziative rivolte a specifici target - group (donne, immigrati, disabili, ecc.)
- Istruiscono i *Dossier* relativi ai richiedenti le prestazioni di assistenza sociale, della ricchezza
- Partecipano alle spese obbligatorie del Dipartimento versando una parte di finanziamento in funzione della dimensione del Comune, della situazione occupazionale e del numero di assistiti

Associazioni Legge 1901

- Gestiscono servizi sociali per anziani e disabili (punti ristoro, servizi ristoro a domicilio, assistenza domiciliare (lavori a domicilio, preparazione pasti, spese, assistenza infermieristica, assistenza per non-autosufficienti, ecc.), per l'infanzia e la famiglia (istituti per gestanti e madri sole, istituti sociali per minori, case d'accoglienza, istituti medico-pedagogici e medico-educativi, ecc.)
- Operano nel dispositivo di reinserimento previsto dal Rmi come front-office, istruiscono i dossier dei richiedenti, partecipano al consiglio dipartimentale d'inserzione e alle commissioni locali d'inserimento che approvano i contratti d'iscrizione

(*) Si tratta di Istituti Pubblici Comunali o Intercomunali le cui risorse derivano da sovvenzioni municipali, collette, donazioni, ecc...

Tav. 4 - Competenze nel campo della assistenza sociale da parte delle casse della sicurezza sociale

Livello centrale

Cassa Nazionale per gli assegni ed i sussidi familiari (CNAF)	- E' responsabile del finanziamento delle prestazioni di protezione sociale a favore della famiglia - Gestisce oltre 200 prestazioni di protezione sociale relativi alle famiglie, i minori, i disabili - Gestisce un fondo nazionale per l'azione sociale
Fondo di azione sociale dei lavoratori immigrati e delle loro famiglie	- Attiva iniziative e prestazioni assistenziali a favore degli immigrati e delle relative famiglie
Fondo di tutela	- Attiva prestazioni per fronteggiare i costi di assistenza e cura di soggetti non autosufficienti e incapaci di ricevere direttamente i benefici sociali (ad es. soggetti con difficoltà di apprendimento)
Cassa Nazionale Assicurazioni malattia dei lavoratori salariati (CNANTS)	- Gestisce le branche malattia, maternità, invalidità-decesso e (con la commissione nazionale sugli incidenti sul lavoro e le malattie professionali) incidenti e malattie professionali, della sicurezza sociale - Gestisce un Fondo Nazionale d'azione sanitaria e sociale e un Fondo Nazionale di prevenzione
Cassa Nazionale Assicurazione vecchiaia dei lavoratori salariati (CNAVTS)	- Gestisce l'Assicurazione vecchiaia e l'assicurazione vedanza - Esercita una azione in campo sanitario e sociale a favore dei salariati in pensione favorendo l'attivazione di forme di assistenza domiciliare personalizzata, partecipando a programmi di creazione di strutture residenziali per gli anziani, contribuendo alla attivazione delle "Prestation dependance" per gli anziani non autosufficienti che vivono in casa

Livello dipartimentale e infradipartimentale

119 Casse per gli assegni ed i sussidi familiari (CAF)	- Responsabili riguardo alle prestazioni di protezione sociale a favore delle famiglie - Attivano azioni nel campo sanitario e dell'assistenza sociale a favore delle famiglie con un budget da destinare a donazioni, prestiti e sussidi secondo criteri fissati a livello nazionale - I servizi e le prestazioni attivate concernono il finanziamento di istituti sociali, servizi sociali, servizi ricreativi e per le vacanze, abitazioni e prestazioni monetarie
129 Casse primarie assicurazioni malattia (CPAM)	- Responsabili, per il territorio di competenza, dell'immatricolazione degli assicurati - Attivano la liquidazione ed il pagamento delle prestazioni dell'assicurazione-malattia, maternità, decesso, la liquidazione, delle prestazioni dell'assicurazione-invalidità e quelle relative agli incidenti sul lavoro ed alle malattie professionali - Attivano una politica di iniziative in campo sanitario e nell'assistenza sociale

Tav. 5 - Tipologie di benefici monetari secondo la presenza o meno del vincolo di reddito tra i requisiti di accesso

Sottoposti al vincolo di reddito	Non sottoposti al vincolo di reddito
- Reddito minimo di inserimento (Revenu Minimum d'Insertion) - Sussidio di solidarietà (Allocation de solidarité) - Sussidio agli adulti disabili (Allocations aux adultes handicapés) - Minimo di invalidità (Minimum invalidité) - Minimo di vecchiaia (Minimum Vieillesse) - Sostegno medico (Aide médicale) - Sussidio per i costi connessi con le abitazioni (Allocations logement) - Sussidio per genitore solo (Allocation de parent isole) - Sussidio supplementare (Allocation supplémentaire) - Sussidio di compensazione (Allocation compensatrice) - Sussidio per bambini piccoli (Allocation pour jeune enfant)	- Assegni familiari (Allocations Familiales) - Sussidio di educazione speciale (Allocation d'education speciale) - Sussidio per l'educazione (Allocation parentale d'education) - Sussidio per il baby-sitting (Allocation de garde d'enfant a domicile) - Assistenza residenziale in istituti medico-sociali specializzati (Etablissements medico-sociaux specialisés) - Assistenza residenziale in Istituti per il lavoro o per l'abitazione (Etablissements occupationnel ou d'hebergement) - Sostegno alimentare (Aide alimentaire) - Servizi di assistenza domiciliare - Sostegno sociale all'infanzia

Tav. 6 - Prestazioni di assistenza sociale in Francia

	Target group	Requisiti	Tipologia delle prestazioni
Reddito minimo d'inserimento (Revenu minimum d'insertion)	Soggetti a basso reddito	- Essere residenti in Francia - Per gli stranieri, una carta di soggiorno di almeno 3 anni di durata - Avere più di 25 anni - Avere un ammontare di risorse mensile inferiore ad un dato <i>plafond</i> - Impegnarsi a partecipare alle attività d'inserimento sociale	- Partecipazione ad attività di "inserimento sociale" modulate sui propri bisogni - Assegnazione di un sussidio pari alla differenza tra le proprie risorse mensili e il minimo indicato dal <i>plafond</i> - Accesso al rimborso per le spese per malattia e maternità - Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro durante la partecipazione alle attività di inserimento sociale - Esonero dalla tassa sulle abitazioni e sussidi per i costi connessi con le abitazioni al tasso massimo previsto - Diritto al sostegno per i disoccupati creatori di imprese
Sussidio di solidarietà (Allocation de solidarité)	Disoccupati da lungo tempo	- Essere disoccupato ma avendo lavorato almeno 5 anni nei 10 anni precedenti la rottura del contratto - Oppure essere ex detenuto non recidivo iscritti per almeno 12 mesi al collocamento dopo l'uscita dal carcere - Oppure essere vittima di incidente sul lavoro o affetto da malattia professionale - Cercare effettivamente un lavoro (non è richiesto per coloro che hanno più di 55 anni) - Non avere diritto al sussidio di disoccupazione - Avere risorse inferiori ad un dato <i>plafond</i>	- Sussidio monetario