

ass-cne

Tab. 8 - Prestazioni di protezione sociale per funzione nel Regno Unito (v.a. in milioni di ecu; val.%)

	1991	1992	1993	1994	1992-91	1993-92	1994-93
Malattia	40.651	43.884	41.410		8,0	-5,6	
Invalidità, infermità	23.728	23.566	25.256		-0,7	7,2	
Infortunio sul lavoro	771	748	769		-3,0	2,8	
Vecchiaia	77.086	84.091	86.282		9,1	2,6	
Superstiti	2.686	2.435	2.692		-9,3	10,6	
Maternità	1.998	2.463	2.692		23,3	9,3	
Famiglia	19.214	20.222	21.923		5,2	8,4	
Collocamento, orientamento professionale, mobilità	2.793	2.308	2.436		-17,4	5,5	
Disoccupazione	10.073	13.733	13.205		36,3	-3,8	
Alloggio	10.469	12.638	15.128		20,7	19,7	
Diversi	3.069	3.233	3.462		5,3	7,1	
Totale prestazioni	192.536	209.321	215.256	231.959	8,7	2,8	7,8

Fonte: Eurostat

ass-cne

Tab. 9 - Andamento delle spese correnti per natura nell'ambito della protezione sociale nel Regno Unito (v.a. in milioni di ECU, val. %)

	V.a.				Var. %		
	1991	1992	1993	1994	1992-91	1993-92	1994-93
Prestazioni di protezione sociale	196.698	209.321	215.256	231.955	6,4	2,8	7,8
di cui:							
prestazioni in denaro	133.950	140.053	143.205		4,6	2,3	
prestazioni in natura	64.748	69.268	72.051		7,0	4,0	
Spese di funzionamento	8.246	8.291	8.333	8.763	0,5	0,5	5,2
Altre spese correnti	155	197	256	322	27,1	29,9	25,8
Totale spese correnti	207.098	217.809	223.846	241.044	5,2	2,8	7,7

Fonte: Eurostat

ass-cne

Tab. 10 - Andamento delle prestazioni di protezione sociale per funzione in Germania (v.a. in milioni di ecu; val.%)

	1991	1992	1993	1994	1992-91	1993-92	1994-93
Malattia	96.221	124.169	129.404	137.761	29,0	4,2	6,5
Invalidità, infermità	30.301	36.796	42.360	45.868	21,4	15,1	8,3
Infortunio sul lavoro	10.335	13.041	13.926	14.491	26,2	6,8	4,1
Vecchiaia	98.652	131.906	148.142	157.906	33,7	12,3	6,6
Superstiti	38.783	45.134	49.253	52.141	16,4	9,1	5,9
Maternità	2.898	3.220	3.572	3.627	11,1	10,9	1,5
Famiglia	27.065	33.402	35.284	35.312	23,4	5,6	0,1
Collocamento, orientamento	7.245	13.703	14.366	11.928	89,1	4,8	-17,0
professionale, mobilità							
Disoccupazione	12.043	22.773	32.375	39.941	89,1	42,2	23,4
Alloggio	2.346	3.904	3.890	3.517	66,4	-0,4	-9,6
Diversi	9.123	9.708	11.571	12.524	6,4	19,2	8,2
Totale prestazioni	335.011	437.756	484.144	510.017	30,7	10,6	5,3

Fonte: Eurostat

Tab. 11 - Andamento delle spese correnti per natura nell'ambito della protezione sociale in Germania (v.a. in milioni di ECU, val. %)

	V.a.				Var. %		
	1991	1992	1993	1994	1992-91	1993-92	1994-93
Prestazioni di protezione sociale	384.790	437.756	484.144	510.017	13,8	10,6	5,3
di cui:							
prestazioni in denaro	276.171	310.853	349.383	365.263	12,6	12,4	4,5
prestazioni in natura	108.619	126.903	134.700	144.754	16,8	6,2	7,4
Spese di funzionamento	10.065	11.697	13.162	13.886	15,1	12,5	5,5
Altre spese correnti	5.694	8.367	7.876	6.954	46,9	-5,9	-11,7
Totale spese correnti	400.605	457.821	505.181	530.857	14,3	10,3	5,1

Fonte: Eurostat

Tab. 12 - Andamento delle prestazioni di protezione sociale per funzione in Francia (v.a. in milioni di ecu; val.%)

	1991	1992	V.A. 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

Tab. 13 - 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. 14 - Prestazioni di protezione sociale per funzione nei Paesi Bassi (v.a. in milioni di ecu; val. %)

	1991	1992	1993	1994	1992-91	1993-92	1994-93
Malattia	15.683	17.391	18.920	18.988	10,9	8,8	0,4
Invalidità, infermità	16.734	17.745	18.924	19.015	6,0	6,6	0,5
Infortunio sul lavoro							
Vecchiaia	23.012	24.720	26.871	27.277	7,4	8,7	1,5
Superstiti	3.902	4.237	4.597	4.757	8,6	8,5	3,5
Maternità	293	436	492	479	48,8	12,8	-2,6
Famiglia	4.058	3.867	4.114	4.194	-4,7	6,4	1,9
Collocamento, orientamento professionale, mobilità							
Disoccupazione	6.021	6.583	7.791	9.072	9,3	18,4	16,4
Alloggio	834	844	889	910	1,2	5,3	2,4
Diversi	2.317	489	507	574	-78,9	3,7	13,2
Totale prestazioni	72.852	78.156	84.954	87.106	7,3	8,7	2,5

Fonte: Eurostat

Tab. 15 - Andamento delle spese correnti per natura nell'ambito della protezione sociale nei Paesi Bassi (v.a. in milioni di ECU, val. %)

	V.a.				Var. %		
	1991	1992	1993	1994	1992-91	1993-92	1994-93
Prestazioni di protezione sociale	72.651	78.156	84.954	87.106	7,6	8,7	2,5
di cui:							
prestazioni in denaro	55.841	59.501	64.413	65.902	6,6	8,3	2,3
prestazioni in natura	16.810	18.654	20.540	21.203	11,0	10,1	3,2
Spese di funzionamento	2.788	3.075	3.446	3.473	10,3	12,1	0,8
Altre spese correnti	462	513	534	538	11,0	14,1	0,7
Totale spese correnti	75.902	81.744	88.934	91.118	7,7	8,8	2,4

Fonte: Eurostat

APPENDICE

CONVERGENZE E DIVERGENZE IN AMBITO EUROPEO

di Carla Collicelli

1. Le modificazioni del welfare in Europa.

Non sono pochi i punti in comune tra i sistemi di protezione sociale degli stati europei: tutti puntano ad offrire un sostegno e una assistenza generalizzata a soggetti in difficoltà, sia per periodi brevi che per periodi prolungati, che lungo tutto l'arco della vita.

Le principali *differenze* riguardano la presenza o meno di garanzie e di livelli minimi assicurati a tutti; l'ampiezza della copertura, sia dal punto di vista delle categorie di destinatari, che da quello della tipologia degli interventi; i criteri per l'accesso alle prestazioni.

La Unione Europea (Direzione Generale per l'impiego e le relazioni industriali e affari sociali), a conclusione del suo Rapporto 1995 sull'argomento, ha sintetizzato le caratteristiche dei diversi sistemi di protezione sociale europei secondo quattro modelli:

il primo modello è quello dei *paesi nordici* , nei quali la protezione sociale è diritto esteso a tutti i cittadini; un minimo vitale è previsto in forma eguale per tutti, con un'unica differenza che riguarda i lavoratori, per i quali le prestazioni sono legate al reddito percepito; l'assicurazione contro la disoccupazione è in questi paesi volontaria;

un secondo modello è quello del *Regno Unito e dell'Irlanda* , caratterizzato da una copertura sociale sancita come principio di diritto universale, ma anche da diversi limiti posti rispetto al reddito e con un ammontare complessivo delle risorse dedicate alle prestazioni di protezione sociale, più basso di quello dei paesi nordici;

il terzo modello è quello di *Germania, Austria, Francia e Benelux* , ed è caratterizzato da una più forte pregnanza del principio assicurativo; la maggior parte delle prestazioni sono legate al reddito ed ai contributi versati e variano in funzione delle categorie professionali;

il quarto modello è quello di *Italia, Spagna, Portogallo e Grecia* , ed è caratterizzato da livelli di copertura meno estesi e da un mix di regimi separati a carattere assicurativo e professionale, e di formule di copertura generalizzata; la copertura in alcuni di questi paesi è ancora piuttosto limitata; particolarmente generose sono solitamente, in proporzione rispetto al resto, le prestazioni di tipo pensionistico.

I quattro modelli proposti dall'analisi della DGV dell'Unione Europea rispecchiano soprattutto gli aspetti più generali e quelli che derivano dalla tradizione e dall'origine storica dei diversi sistemi. Molte altre differenze sono evidenziabili, nel momento in cui si prendono in considerazione aspetti di maggiore dettaglio.

Ad esempio l'età pensionabile oscilla tra i 55 anni delle donne in Italia e i 67 anni per ambedue i sessi della Danimarca. Il sussidio di disoccupazione varia da una durata praticamente illimitata (in Belgio) a periodi assai brevi in altri paesi. L'accesso ai servizi sanitari e di invalidità è relativamente più agevole nei Paesi Bassi e nel Regno Unito, piuttosto che negli altri paesi.

La spesa per la protezione sociale è più elevata nei paesi settentrionali dell'Unione piuttosto che in quelli meridionali: nei primi si toccano livelli del 30, 33, 35% del Pil (rispettivamente nella media dei paesi del Nord, in Danimarca e in Finlandia); in Olanda si tocca il 33% del Pil; in Germania e in Francia circa il 31%; nel Regno Unito il 27%; in Italia il 26%; in Irlanda il 21%; in Grecia e Portogallo rispettivamente il 16 ed il 18%.

La fiscalità generale è responsabile di circa i due terzi della spesa in Germania, Francia e Belgio; proporzione simile si ha in Grecia; mentre in Spagna, Italia e Portogallo, nonché nei Paesi Bassi e nel Lussemburgo, i contributi giocano un ruolo molto più importante. Nei paesi nordici prevale di gran lunga la contribuzione rispetto alla fiscalità.

Ma forse più delle divergenze, che derivano in parte da approcci istituzionali tradizionalmente diversi ed in parte da questioni di contesto, è interessante sottolineare le *convergenze*, che caratterizzano le più recenti politiche dei paesi membri dell'Unione. Le numerose ed articolate misure messe in campo nell'ultimo periodo dai paesi europei, soprattutto allo scopo di controllare i costi della protezione sociale, hanno riguardato tutte i seguenti aspetti:

rendere più rigorosa la regolamentazione sulla *titolarità* delle prestazioni;

concentrare gli aiuti sui *più bisognosi*, controllando attentamente le risorse e i livelli di vita dei destinatari e in alcuni casi tassando le prestazioni;

dare priorità alle *misure di tipo « attivo »*, che producono coinvolgimento e investimento da parte dei soggetti destinatari;

lasciare maggiore spazio all'*iniziativa privata* sotto varie forme, non solo quelle relative alle gestioni del volontariato e del privato no profit, ma anche quelle che riguardano la responsabilità degli individui e delle famiglie nei confronti dei propri bisogni;

puntare ad una *riduzione dei livelli di dipendenza* dei destinatari delle prestazioni.

Da un punto di vista operativo gli obiettivi si sono concretizzati di volta in volta nello spostamento in avanti dell'età pensionabile; nella riduzione delle prestazioni pensionistiche dal punto di vista dell'ammontare; nell'accentuazione degli aspetti di capitalizzazione sempre nel campo delle pensioni; nell'introduzione di forme di compartecipazione o di tassazione delle prestazioni; nella fissazione di tetti di reddito per l'accesso ad alcune prestazioni; nel miglioramento dei servizi per l'impiego; nella riduzione degli oneri indiretti per le imprese

rispetto al costo del lavoro; nella introduzione di forme di *workfare*; nella introduzione di forme più articolate di formazione e di congedi parentali; nello sviluppo di regimi pensionistici integrativi a carattere assicurativo e/o privati; nell'introduzione di nuove forme assicurative per la copertura di nuove patologie e nuovi bisogni sociali; nella delega a soggetti privati di prestazioni e di servizi sanitari; nella ricerca di forme di concorrenza positiva tra diversi soggetti erogatori di servizi, soprattutto in sanità.

Il processo di unificazione europea, d'altra parte, impone che i paesi membri promuovano politiche di sviluppo convergenti, che possano garantire ai cittadini, che transitano da un paese all'altro dell'Unione, medesime condizioni di trattamento. In questo senso i processi di modificazione e le relative convergenze sono non solo una conseguenza della globalizzazione economica e dell'internazionalizzazione sociale e politica, ma anche una necessità che sta alla base della unificazione europea.

2. I nodi dell'assistenza.

Vasta è la gamma di prestazioni sociali prevista dai paesi europei per rispondere ai bisogni degli individui, che non si caratterizzano come bisogni sanitari, ma come bisogni economici e sociali a carattere individuale.

Sempre secondo l'analisi condotta dall'Unione Europea, esistono tre grandi gruppi di destinatari in Europa: i bambini e i giovani; gli adulti che si trovano in condizioni economiche, psichiche o fisiche difficili; e gli anziani.

I servizi destinati a queste categorie di soggetti possono a loro volta essere suddivisi in due grandi raggruppamenti: i servizi a carattere istituzionale (centri di accoglienza, istituti, ricoveri) e i servizi a carattere individualizzato (assistenza domiciliare, servizi ad *personam*).

La responsabilità gestionale dell'assistenza sociale nella maggior parte dei paesi è regionale o locale. Solo in Spagna esiste una organizzazione nazionale (Inerso) che si occupa in maniera centralizzata dell'assistenza. Nei paesi scandinavi la maggior parte dei servizi è fornita dalle autorità pubbliche. Nell'Europa continentale si ha un mix tra prestazioni pubbliche e prestazioni private o di volontariato. La fiscalità generale costituisce la principale risorsa di finanziamento per l'assistenza sociale in tutti i paesi dell'Unione.

L'analisi di dettaglio delle differenze registrabili in alcuni dei principali paesi europei nel campo dell'assistenza sociale viene trattata in un altro capitolo di questo rapporto.

In termini sintetici, il raffronto tra sistema italiano e sistemi europei, ma soprattutto il raffronto tra la situazione italiana e le linee di tendenza evolutiva e riformatrice riscontrabili negli altri paesi europei, permette di formulare alcune considerazioni sulle principali ineguatezze registrabili nel nostro paese.

Soldi pochi e mal gestiti. Una prima inadeguatezza attiene all'ammontare delle risorse destinate in Italia a questo comparto della

protezione sociale. Si tratta di una quota limitata della spesa complessiva per il welfare, e soprattutto è evidente e contraddittorio lo squilibrio tra le risorse destinate ai trasferimenti e quelle destinate ai servizi. I dati più recenti parlano di un ammontare complessivo di 90mila miliardi, di cui circa 10mila a carico delle famiglie, e circa 73mila miliardi di spesa pubblica, di cui 64mila e 700 per trasferimenti e 8mila e 600 per servizi.

Squilibri e sovrapposizioni. Forti sono inoltre le differenze, gli squilibri e le contraddizioni nella articolazione dell'assistenza sociale nelle diverse regioni di Italia. Esse denunciano una sostanziale iniquità nelle possibilità di accesso delle diverse categorie di destinatari alle prestazioni previste dalla normativa nazionale.

Cultura categoriale. La cultura dominante nell'ambito delle prestazioni di assistenza sociale italiane è a carattere categoriale. Secondo tale cultura gruppi di destinatari, rigidamente definiti per legge, si accaparrano buona parte degli interventi e delle risorse, mentre poco spazio viene lasciato ai bisogni dei singoli individui e alla loro mutevolezza.

Scarsa considerazione del soggetto famiglia. La considerazione della famiglia, sia come risorsa che come soggetto di bisogno, è assai limitato nelle politiche di assistenza sociale italiane. La maggior parte delle prestazioni è a carattere individuale. Scarsa considerazione viene prestata alla composizione familiare, sia quando si tratta di definire i livelli di prestazione, sia quando si tratta di stabilire i tetti e i requisiti di accesso. Poco si tiene conto della famiglia come risorsa per il sostegno e l'assistenza ai più deboli. Tale risorsa viene comunque messa in cantiere dagli individui e dalle loro comunità di vita spontaneamente, ma non viene né sistematizzata, né monetizzata, né coordinata rispetto al resto degli interventi.

Molti trasferimenti pochi servizi. Forte è l'investimento nelle forme di « previdenza assistenziale », cioè in tutte quelle forme che fanno capo all'Inps e agli altri enti di assistenza previdenziale e che si configurano come trasferimenti a categorie ampie di « meritevoli ». Poco sviluppato, rispetto al resto d'Europa, è il comparto dei servizi in natura alle famiglie e agli individui.

Carattere riparativo più che promozionale. La maggior parte degli interventi previsti all'interno del sistema di assistenza sociale italiana ha carattere riparativo, cioè riguarda la copertura di carenze e di negatività, e assai raramente è rivolta allo sviluppo ed all'investimento nelle risorse vitali dei singoli e delle collettività.

Poco territorio. Relativamente carente è la territorializzazione degli interventi, anche se ciò può sembrare paradossale. Le normative di riferimento sono tutte a carattere nazionale, ed inoltre buona parte degli interventi sono interventi per categorie di meritevoli, gestiti con leggi nazionali e da enti nazionali.

Qualità bassa. Le verifiche effettuate sul rapporto spesa/qualità, in relazione ai servizi degli altri paesi, mettono in evidenza come l'assistenza sociale in Italia sia mediamente al di sotto degli standard qualitativi europei, con punte negative in alcune regioni.

Le lacune e le carenze del sistema rendono ancora più complesso il compito della revisione in corso, visto anche che la situazione attuale

è fortemente condizionata dalla esigenza di ridurre l'impegno economico nel sociale.

L'avvio del processo di revisione si colloca infatti in un momento particolare, come la fine degli anni 90, nel quale le risorse disponibili tendono a calare e le esigenze e i bisogni tendono a divenire sempre più complessi.

Da un lato si avverte la necessità di rivedere a livello sistemico il rapporto tra statualità, socialità e mercato. Per quanto riguarda la statualità, in particolare, fortemente in crisi risulta il modello di decentramento che vige nel nostro paese, e che è caratterizzato da un processo a cascata di attribuzioni di competenze dal centro verso la periferia. Si sente piuttosto l'esigenza della individuazione di « autonomie funzionali » che siano in grado di agire in maniera responsabile ed indipendente, avendo come unici riferimenti le normative, nazionali e regionali, ed il coordinamento nazionale snello.

Assai problematico appare inoltre il quadro dei diritti da tutelare, e forte è l'esigenza di introdurre elementi di razionale selezione dei bisogni. I confini delle titolarità debbono essere valutati e ridefiniti con attenzione, ogni volta che si verificano modificazioni del contesto di riferimento e delle situazioni individuali.

Dal punto di vista delle risorse, emerge l'esigenza di immaginare un sistema più articolato, che accanto alla fiscalità generale veda una presenza di forme di mutualità collettiva integrativa, e non escluda al tempo stesso la compartecipazione degli individui alla spesa per bisogni meno indispensabili, attraverso meccanismi di tipo assicurativo.

Forte è l'esigenza di realizzare un mix virtuoso di risorse e prestazioni pubbliche e private, formali ed informali, che utilizzi al meglio tutte le disponibilità presenti sul territorio e nella famiglia e le sappia coordinare adeguatamente.

Infine appare necessario che i problemi della assistenza ai più deboli vengano collegati a quelli più generali del benessere e dello sviluppo, sia immaginando più avanzate politiche di promozione umana, economica e territoriale; sia effettuando una analisi attenta del quadro dei rischi sociali e del loro impatto sulle diverse componenti della società; sia sviluppando una cultura della responsabilità e della assunzione del rischio; sia infine evitando di sopravvalutare alcuni bisogni a danno di altri, e tra questi ad esempio a danno delle necessità di individui e famiglie normali in particolari momenti della propria esistenza.

3. Quale riforma.

Sulla base della analisi qui effettuata, sembra di poter concludere che la revisione del sistema di assistenza sociale italiano dovrebbe recepire i seguenti spunti.

Il finanziamento del sistema di assistenza sociale dovrebbe articolarsi in quattro parti:

la fiscalità generale per i pochi programmi nazionali di prevenzione e di intervento su calamità o categorie di rilevanza generale

o di estrema urgenza, nonché per le funzioni di indirizzo, coordinamento e riequilibrio;

la tassazione locale per tutto il resto, e cioè per quanto viene erogato e fornito dalle autonomie funzionali locali in relazione agli standard definiti a livello generale e locale;

la mutualità integrativa per integrazioni categoriali e/o territoriali di gruppo;

le assicurazioni individuali e l'*out of pocket* per integrazioni individuali.

I soggetti erogatori dei servizi e delle prestazioni dovrebbero essere tutti locali, fatta eccezione per le poche prestazioni a carico della fiscalità generale e destinate a particolari categorie, calamità, o azioni di prevenzione a carattere nazionale.

Le difficoltà dei piccoli comuni e di quelli molto grandi fanno propendere per soluzioni che individuino nuove autonomie funzionali per la gestione delle prestazioni.

La nuova gestione unificata delle prestazioni e dei servizi dovrebbe puntare sulla erogazione di servizi integrati e sulla fornitura di emolumenti, questi ultimi da attivare in ogni caso nel quale sia più opportuno lasciare al singolo o al nucleo di convivenza la scelta e la gestione di prestazioni a carattere individuale o di piccolo gruppo.

I criteri per la definizione dell'intervento per ogni singolo caso dovrebbero essere dettati dalla normativa di indirizzo nazionale e da quella di programmazione regionale. La concreta definizione dell'intervento va fatta da operatori che siano in grado, sulla base di un lavoro di confronto diretto con l'assistito, ed eventualmente — almeno per la parte economica — con il supporto di un programma informatico ad hoc, di tenere conto di tutti i fattori individuali e di contesto, compreso il lavoro di cura di familiari o altri soggetti volontari.

L'assegno di cittadinanza, e/o il minimo vitale dovrebbe confluire in questo sistema di emolumenti, non definiti una volta per tutte ma sulla base della istruttoria condotta dagli operatori e di un modello flessibile.

Utile potrebbe essere l'introduzione di *buoni* che il soggetto erogatore potrebbe distribuire per l'accesso a determinate prestazioni.

Il tutto va facilitato dalla introduzione graduale di *carte individuali* elettroniche, nelle quali siano registrati tutti i dati relativi alla situazione sociale ed economica dell'individuo, al suo contesto di vita ed alle prestazioni già erogate.

La qualità e gli standard delle erogazioni vanno tutelati da un sistema nazionale di valutazione che, sulla base dei principi dettati dalla normativa, definisce obiettivi concreti e livelli di erogazione da salvaguardare in tutto il paese.

Il sistema andrebbe gestito secondo il modello delle Authority indipendenti, con metodologie informatizzate, processi di autovalutazione guidata, sistemi di incentivi e disincentivi per attivare l'adeguamento agli standard, moduli di formazione da attivare per l'adeguamento agli standard, pubblicazione periodica dei risultati, ecc.

Il sistema provvederebbe anche a effettuare annualmente una valutazione dei flussi di spesa nel settore, a definire eventuali interventi di riequilibrio a carico della fiscalità generale, a promuovere revisioni e implementazioni in aree particolari.

Il sistema dovrebbe operare sulla base dei criteri definiti nella normativa nazionale di indirizzo ed in quella regionale di programmazione, concretizzando e quantificando gli obiettivi colà definiti in standard.

Il sistema si preoccuperebbe anche dell'accreditamento delle strutture di erogazione dei servizi, sia a pagamento che in convenzione.

La definizione degli indirizzi a livello nazionale e la programmazione regionale dovrebbero preoccuparsi di stabilire anche:

la base di diritti generali di tutti i cittadini (ad esempio un reddito superiore ad un certo minimo da commisurare alle caratteristiche del nucleo familiare ed a quelle dei redditi da capitale e da immobili, le caratteristiche dell'alloggio, quelle delle cure materne e paterne per l'infanzia, ecc.);

i diritti particolari di particolari categorie;

le opportunità ulteriori che si intende offrire a tutti od a segmenti particolari di utenze;

i requisiti generali del resto delle prestazioni erogabili sul territorio;

i requisiti delle strutture abilitate a fornire servizi in convenzione o non.

Ai fini di una gestione territoriale degli interventi socio-assistenziali, nella prospettiva di una crescente integrazione con l'area sanitaria e quella più generale dei servizi di promozione culturale e sociale, è possibile ipotizzare la creazione di un'*autonomia funzionale locale* cui assegnare la titolarità e la responsabilità dei servizi e delle prestazioni.

L'opzione è per la strutturazione di una risposta istituzionale di tipo nuovo, che dia forza al passaggio dallo Stato soggetto (autoreferenziale, formale e totalizzante) allo Stato funzione, orientato a rispondere alla crescente complessità della società attraverso organi operativi e decisionali diversi.

L'elemento discriminante sarebbe dato dal superamento del mero decentramento amministrativo, a favore di una attribuzione di funzioni che consenta ai nuovi soggetti istituzionali di operare con grande flessibilità gestionale su una gamma di competenze differenziate. L'autonomia, in questo senso, costituisce lo strumento indispensabile per la realizzazione delle funzioni attribuite, poiché consente di sviluppare strategie e processi decisionali conseguenti.

Più in generale, i principi sui quali strutturare le autonomie funzionali locali fanno riferimento a:

il superamento di una prospettiva di decentramento basato solo sullo spaccettamento verticale dei poteri verso il basso;

l'assunzione di una responsabilità pubblica di intervento, che può essere disgiunta dalla gestione, ma che fa espresso riferimento ad una duplice funzione di definizione delle regole e dei principi e di valutazione e controllo;

l'eliminazione delle possibili sovrapposizioni di competenza con altre amministrazioni;

l'adozione di metodologie « aperte », che prevedano il coinvolgimento di altri soggetti responsabili di offerta (cooptati allo svolgimento di una funzione pubblica che risiede nel perseguimento di obiettivi di interesse collettivo e prescinde dalla natura giuridica del soggetto erogatore) per la definizione degli obiettivi, per la realizzazione degli interventi e per la valutazione dell'azione svolta;

l'opzione (che discende direttamente dall'aspetto prima citato) per un modello di intervento integrato sia in relazione ai soggetti coinvolti (pubblici e privati profit e non profit) sia agli ambiti considerati (l'area sociale e sanitaria innanzitutto) che in relazione alla rete di servizi e prestazioni da coinvolgere di volta in volta sulla base delle esigenze specifiche dell'utente.

Naturalmente, un modello articolato per autonomie funzionali pone il problema delle funzioni di raccordo a livello intermedio e nazionale. Anche in questo caso la strutturazione regionalizzata della sanità può rappresentare un buon punto di riferimento istituzionale ed organizzativo.

In particolare l'impianto istituzionale prevede un ruolo centrale delle Regioni per ciò che riguarda le funzioni legislative ed amministrative, l'organizzazione dei servizi, i criteri di finanziamento delle nuove autonomie funzionali, il controllo della qualità e della gestione delle prestazioni socio-assistenziali e, per finire, l'organizzazione complessiva delle attività di tutela sociale sul territorio.

In quest'ambito, importante è sottolineare la necessità della introduzione di una diversa logica che preveda, sul piano della spesa, la responsabilizzazione degli enti locali e, in relazione al finanziamento, l'individuazione di nuove forme in grado di integrare i trasferimenti statali.

Il trasferimento in ambito locale delle principali responsabilità in termini di spesa e di finanziamento delle prestazioni sociali avrebbe il pregio di determinare un maggiore coinvolgimento delle comunità locali rispetto al rapporto tra livello della imposizione fiscale, livello della spesa, caratteristiche e qualità dei servizi offerti.

Al fine di evitare i rischi di un possibile aggravamento delle sperequazioni territoriali è necessario sviluppare dei meccanismi perequativi che devono tuttavia tenere conto della strutturazione regionale del modello.

Nell'immaginare un modello di finanziamento di tipo regionale attraverso la costituzione di un apposito fondo, anche alla luce delle tendenze attuali alla regionalizzazione in campo fiscale, non si può non tenere conto comunque della necessità della costituzione di un fondo di riequilibrio rispetto al quale è importante definire i criteri di

contribuzione e di ripartizione ed il soggetto al quale demandare la concreta responsabilità di esercizio della funzione perequativa.

Al momento attuale è possibile ipotizzare un soggetto a livello nazionale a cui attribuire la titolarità dell'esercizio della funzione redistributiva, da esercitarsi nell'ambito delle indicazioni normative di una legge quadro nazionale sull'assistenza.

Rispetto all'esercizio della fondamentale funzione di valutazione, che rappresenta una responsabilità essenziale del soggetto pubblico, appare necessario affiancare alle attività di autodiagnosi (realizzate nell'ambito delle autonomie funzionali con il contributo dei diversi soggetti erogatori di servizi e prestazioni) un'attività di valutazione esterna realizzata da una autorità indipendente organizzata secondo il modello di un'agenzia, che risponda ai diversi *poteri legislativi* competenti (centrale, regionale, locale) e, pertanto direttamente all'opinione pubblica.

Sulla base di tali presupposti l'articolazione delle responsabilità valutative potrebbe prevedere la nascita di un Servizio nazionale di valutazione, come Agenzia dotata di personalità giuridica e autonomia funzionale, indipendente dal potere esecutivo e dai soggetti che offrono i servizi e le prestazioni da sottoporre a valutazione.

I responsabili di tale Agenzia potrebbero essere nominati dal Parlamento sulla base di una legge istitutiva di indirizzo che stabilisca, in particolare, i parametri di finanziamento dell'organismo (in modo da garantire una reale autonomia gestionale).