

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. XXI
n. 2/IV

CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO

Indagine sulla riforma dell'assistenza sociale

IV. L'articolazione istituzionale e organizzativa dell'assistenza in alcuni Paesi OCSE

*richiesta il 21 marzo 1997, ad iniziativa della XII Commissione (Affari sociali),
ai sensi dell'articolo 147, comma 2, del regolamento*

Trasmessa alla Presidenza il 9 settembre 1998

PAGINA BIANCA

PREMESSA

L'indagine sulla riforma dell'assistenza sociale, svolta dal CNEL su richiesta della Camera dei deputati, nell'ambito dell'istruttoria legislativa svolta dalla XII Commissione (Affari sociali) sulle proposte di legge riguardanti la riforma dell'assistenza sociale, si articola in sei distinti rapporti di ricerca, presentati nel corso del seminario dal titolo « temi e proposte per una riforma dell'assistenza sociale » svoltosi a Roma — Palazzo San Macuto — il 21 aprile 1998.

I rapporti di ricerca sono pubblicati, a cura della Camera dei deputati, nei seguenti volumi:

- DOC XXI n. 2/I L'assistenza ai non autosufficienti: azione pubblica e meccanismi di mercato.
- DOC XXI n. 2/II Il ruolo degli organismi *non profit* nel settore assistenziale.
- DOC XXI n. 2/III Spesa pubblica per l'assistenza, ruolo degli Enti locali e « trappole della povertà ».
- DOC XXI n. 2/IV L'articolazione istituzionale e organizzativa dell'assistenza in alcuni Paesi OCSE.
- DOC XXI n. 2/V Analisi delle problematiche istituzionali, economiche e sociali relative all'introduzione del concetto di « minimo vitale » — Comparazioni internazionali.
- DOC XXI n. 2/VI La gestione elettronica delle erogazioni assistenziali negli USA.

PAGINA BIANCA

LETTERE DEL PRESIDENTE DELLA CAMERA
E DEL PRESIDENTE DEL CNEL

PAGINA BIANCA

IL PRESIDENTE DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

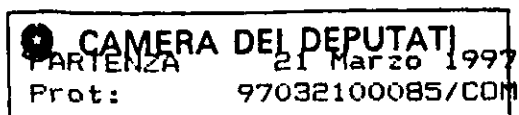
Caro e Venerabile Presidente,

la XII Commissione affari sociali della Camera dei deputati ha iniziato l'esame delle proposte di legge riguardanti la riforma dei servizi sociali.

E' questo un tema complesso, la cui trattazione richiede l'attivazione di tutti gli strumenti che il regolamento della Camera mette a disposizione delle Commissioni al fine di garantire una completa istruttoria alle deliberazioni da assumere nell'ambito del procedimento legislativo. Sulla base di tali considerazioni, la XII Commissione nella seduta del 19 marzo scorso ha deliberato, ai sensi dell'articolo 147, comma 2, del regolamento, di richiedere un'indagine del CNEL sui sistemi assistenziali dei principali Paesi dell'Unione europea, degli Stati Uniti e del Canada, individuandone contestualmente l'oggetto e le finalità.

La inviterei, pertanto, ai sensi del citato articolo 147, comma 2, del regolamento, ad assumere le iniziative opportune affinché il Consiglio da Lei presieduto possa compiere l'indagine, nei termini definiti dal documento allegato.

Enrico
Vittorio



Prof. Giuseppa DE RITA
Presidente del CNEL
ROMA

PAGINA BIANCA

*Camera dei Deputati*

**FINALITA' E OGGETTO DELL'INDAGINE RICHIESTA AL CNEL, AI SENSI
DELL'ARTICOLO 147, COMMA 2, DEL REGOLAMENTO, SUI SISTEMI
ASSISTENZIALI DEI PRINCIPALI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA, DEGLI
STATI UNITI E DEL CANADA**

La XII Commissione ha al proprio esame in sede referente una serie di proposte di legge (n 354 e abbinate) di riforma del sistema dell'assistenza sociale. Si tratta di una tematica di estrema importanza ed attualità in quanto interviene su un aspetto delicato della più generale riforma del *Welfare State*.

La complessità della materia richiede l'attivazione di tutti gli strumenti di conoscenza a disposizione del Parlamento per approfondire le diverse tematiche che, in modo diretto o indiretto, risultano connesse con l'assistenza sociale.

Un aspetto principale che fa da cornice a tutto il dibattito è rappresentato dalla comparazione con i sistemi di protezione sociale degli altri paesi e, in particolare, con quelli degli altri Stati membri dell'Unione europea, degli Stati Uniti ed del Canada nonché con le politiche di protezione sociale impostate in sede comunitaria. Al riguardo appare sempre più necessario disporre di studi comparati aggiornati che siano in grado di evidenziare le similitudini e le differenze sul piano dei modelli seguiti nei diversi paesi e sugli aspetti quantitativi della spesa sociale.

Quanto al primo aspetto, la semplice ricostruzione normativa dei diversi interventi pubblici non sempre riesce a fornire il quadro di insieme delle politiche di protezione sociale: è importante invece disporre di analisi che diano conto delle tendenze generali di impostazione dell'intervento pubblico e del rapporto con gli attori privati del sistema sociale.

Quanto al secondo aspetto, i dati disponibili sulla spesa assistenziale risultano difficilmente comparabili e scarsamente aggregabili stante la diversità delle contabilità nazionali e la difficile limitazione del settore dell'assistenza all'interno della più generale spesa sociale. Risulta pertanto opportuno promuovere una riclassificazione di tale spesa in modo da avere la possibilità di un confronto apprezzabile tra i vari paesi comunitari.

Gli aspetti più rilevanti sui quali concentrare tale indagine sembrano essere i seguenti:



Camera dei Deputati

- *la ripartizione delle competenze tra il centro e la periferia*: è necessario conoscere come vengono ripartite le competenze tra lo Stato e le diverse articolazioni delle autonomie territoriali nella prospettiva di dare concreta attuazione al principio di sussidiarietà;

- *le relazioni tra il pubblico ed il privato*: si tratta di individuare quali siano i punti di equilibrio tra l'intervento pubblico e quello del privato nelle sue diverse rappresentazioni (privato, privato sociale, nonprofit, volontariato);

- *le forme dell'intervento*: poiché la configurazione delle prestazioni varia da sistema a sistema si rende necessario una descrizione delle forme dell'intervento assistenziale con particolare riferimento alle prestazioni economiche;

- *la spesa*: la riclassificazione della spesa sociale è uno degli obiettivi più importanti per una comparazione dei sistemi assistenziali dei diversi paesi europei ed è necessario pertanto individuare indici omogenei capaci di dare conto degli aspetti quantitativi dei trasferimenti pubblici e degli investimenti privati;

- *i soggetti beneficiari*: non sempre sono rintracciabili criteri omogenei in base ai quali individuare soggetti aventi diritto all'assistenza sociale, è indispensabile quindi ricostruire le figure di beneficiari degli interventi assistenziali e individuare i criteri in base ai quali si fa luogo alle prestazioni, specificando, ove previsto, attraverso quali modalità si realizza il concorso alla spesa;

- *il rapporto tra i sistemi di protezione pubblica e le forme di mutualità integrativa*.



*Il Presidente
del Consiglio Nazionale
dell'Economia e del Lavoro*

Roma, 9 settembre 1998

PROT. N. 2482 - 2/2

Caro e illustre Presidente,

sono lieto di poterLe trasmettere ufficialmente copia della stesura definitiva, per la stampa, dei sei rapporti di ricerca presentati il 21 aprile scorso in occasione del seminario di presentazione dell'indagine svolta dal CNEL, su richiesta della vostra XII Commissione affari sociali, sulla riforma dell'assistenza sociale. I rapporti, a norma dell'art.147, comma 2° del Regolamento della Camera dei Deputati, saranno pubblicati a cura della Camera.

Con i più cordiali saluti,

Giuseppe De Rita



On. Luciano Violante
Presidente
Camera dei Deputati
Palazzo Montecitorio
00100 ROMA

PAGINA BIANCA

INDICE

1. Evoluzione ed assetto delle politiche socioassistenziali in Europa: un confronto tra cinque paesi (a cura di Concetta Maria Vaccaro)	Pag.	15
2. I casi di studio	»	25
Italia (a cura di C. M. Vaccaro)	»	27
Regno Unito (a cura di Francesco Maietta)	»	51
Germania (a cura di F. Maietta)	»	71
Francia (a cura di F. Maietta)	»	94
Olanda (a cura di F. Maietta)	»	119
3. Allegato statistico. Il sistema di protezione sociale in Europa: i principali indicatori	»	135
4. Appendice. Convergenze e divergenze in ambito europeo (a cura di Carla Collicelli)	»	155

Il presente rapporto è il quarto di una serie di rapporti sulla riforma dell'assistenza che il Gruppo di lavoro Mercato sociale del CNEL ha predisposto per la XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati.

Il Gruppo di lavoro è coordinato da Edwin Morley-Fletcher ed è composto da Carlo Canali De Rossi, Carla Collicelli, Silvia Costa, Giulio De Caprariis, Lia Ghisani, Andrea Gianfagna, Antonio Lamanna, Beniamino Lapadula, Piero Lauriola, Stefano Lepri, Giovanni Magliaro, Sandro Naccarelli, Vittorio Pagani, Pietro Talamo, Marco Giuseppe Venturi.

La stesura del presente rapporto è stata affidata a Concetta Maria Vaccaro e Francesco Maietta.

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

PAGINA BIANCA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

la gamma di servizi e prestazioni attivati;

le categorie di destinatari e i criteri di elezione;

le scelte in materia di finanziamento e allocazione della spesa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

l'accertamento del godimento di altri benefici e prestazioni.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4 *Il ruolo del terzo settore.*

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

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

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

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

Tav. 1 - Struttura istituzionale dei paesi analizzati

	Superficie	Popolazione (in migliaia)	Amministrazioni decentrate		
Italia	301.322 km ²	57.330	20 Regioni	94 Province	8.090 Comuni
Germania	356.974 km ²	81.845	16 Länder	543 Kreise	16.068 Gemeinden
Francia	543.965 km ²	58.265	26 Regioni	100 Dipartimenti	36.763 Comuni
Regno Unito	244.101 km ²	58.684		65 Contee	481 Distretti
Olanda	41.526 km ²	15.492		12 Province	646 Municipalità

2. I CASI DI STUDIO

PAGINA BIANCA

Italia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. L'articolazione delle competenze.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1. Il livello centrale.

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

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

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

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

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

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

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

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

l'attività del Comitato provinciale di assistenza e beneficenza.

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

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

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

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

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

le politiche familiari;

le politiche per i minori;

le politiche per l'adozione;

le politiche per gli adolescenti ed i giovani;

le politiche per gli anziani;

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

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

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

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

le politiche per contrastare il diffondersi delle alcooldipendenze;

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

la promozione della riforma dei servizi sociali;

la tossicodipendenza (Dpr 309/90);

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

l'handicap (L.104/92);

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

il volontariato (L. 266/91).

2.2. Il livello locale.

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

Di competenza regionale sono inoltre:

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

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

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

giuridica di diritto privato a quelle a carattere regionale o infraregionale).

Particolarmente significativa è la situazione delle competenze riferite al livello *provinciale*. La legge 142/90 stabiliva, infatti, che le competenze provinciali in materia di servizi socioassistenziali dovessero ridursi ai compiti di promozione e coordinamento di opere di rilevante interesse provinciale in collaborazione con i comuni e sulla base dei programmi (articolo 14).

Era inoltre stabilito il trasferimento ai Comuni delle competenze provinciali in materia di assistenza ai minori illegittimi, riconosciuti dalla sola madre, abbandonati o esposti all'abbandono, di assistenza dei ciechi e sordomuti poveri rieducabili, di assistenza alle gestanti e alle madri non coniugate (funzioni ex ONMI).

Tuttavia la L. 67/93 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 9/93, venendo meno in un certo senso ad uno sforzo di razionalizzazione ed organizzazione unitaria delle politiche in materia socioassistenziale, ha restituito tali funzioni alla competenza delle Province che potranno esercitarle direttamente od in regime di convenzione con il comune secondo quanto previsto dalle leggi regionali di settore.

L'organismo principale di gestione delle politiche socioassistenziali è infatti il *Comune*, che, secondo un disegno unitario di organizzazione ed erogazione dei servizi, è chiamato a svolgere anche compiti prima di competenza del Servizio Sociale alle dipendenze del ministero di Grazia e Giustizia relativi agli interventi in favore dei minorenni soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie minorili nell'ambito delle competenze amministrativa e civile (articolo 23 Dpr 616/77) e, in seguito, penale (Dpr 448/88).

Al momento attuale, inoltre, sulla base delle indicazioni dei D.Lgs. 502/92 e 517/93, per quanto riguarda i rapporti tra enti locali ed aziende Usl sotto il profilo della erogazione dei servizi socioassistenziali, di fatto tendono a divenire residuali le aree in cui si afferma la separazione tra le competenze socioassistenziali (in capo agli enti locali) e quelle sanitarie (in capo alle aziende Usl). Per il resto, si è in presenza di tre diverse opzioni:

la prima tende ad una *gestione associata (integrata)* dei servizi sociosanitari in capo all'azienda Usl tramite delega delle funzioni socioassistenziali da parte dei comuni ed ha nel Veneto e nella Toscana i due esempi più compiuti;

la seconda, praticata in regioni quali la Liguria ed il Piemonte, privilegia la *gestione coordinata*, ovvero la separazione delle competenze socioassistenziali (dei comuni uniti in Consorzio) da quelle sanitarie ed il raccordo tramite strumenti specifici;

infine, alcune regioni (Emilia Romagna, Umbria) pur privilegiando la gestione associata in capo all'azienda Usl, per alcune tipologie di utenza (es. anziani) mantengono la separazione delle competenze.

3. Le principali prestazioni di assistenza sociale.

La complessa articolazione delle competenze in materia socioassistenziale che, come già evidenziato, attribuisce allo Stato, alle Regioni, alle Province e ai Comuni diverse funzioni per il controllo e la gestione del comparto fa sì che il quadro dei servizi socioassistenziali in Italia si presenti caratterizzato da un alto livello di segmentazione e frammentarietà.

Tale complessità sembra riflettersi con effetti moltiplicativi nell'ambito di ciascun livello istituzionale rendendo arduo qualsiasi tentativo di racchiudere in un unico modello organizzativo le competenze tra i vari Assessorati, Dipartimenti ed Uffici di ogni livello. Peraltro, la variabilità delle strutture organizzative e delle rispettive competenze in tema di servizi socioassistenziali sembra crescere man mano che l'attenzione si sposta ai livelli più decentrati dello Stato.

L'attesa di una legge quadro nazionale volta al riordino dell'intero comparto dei servizi socioassistenziali ha di fatto acuito il divario tra i diversi governi locali, dei quali alcuni risultano più attenti alla elaborazione di piani socioassistenziali, e altri meno organizzati per soddisfare i bisogni sociali ed assistenziali della comunità amministrata.

L'esigenza di una omogeneizzazione dei servizi che rispetti criteri di qualità e di equità non può essere soddisfatta, al momento attuale, neanche a livello regionale: come già ricordato, non tutte le Regioni hanno legiferato in materia di riordino, come previsto dal Dpr 616/77, per ciò che concerne la beneficenza pubblica e l'assistenza sanitaria e scolastica e le difformità interregionali (in termini di orientamento, di standard, di organizzazione dei servizi, di attribuzione delle competenze per l'erogazione, di procedure di valutazione e controllo ecc.) sono ancora notevoli.

Considerando poi il livello comunale, emerge come dato più saliente l'estrema varietà dei servizi presenti nei diversi contesti territoriali che dà luogo ad una frammentazione e disomogeneità dei diversi sistemi di offerta, tanto che la stessa definizione di un « dizionario » dei servizi socioassistenziali non trova momento di sintesi, con la conseguenza che anche laddove esiste similarità nelle finalità del servizio e nelle tipologie utenza a cui esso è diretto, il nome del servizio risulta diverso da Regione a Regione e da Comune a Comune.

Nel tentativo di fornire un quadro generale delle prestazioni e dei servizi è dunque necessario prima di tutto distinguere tra prestazioni definite ed erogate a livello centrale (di tipo monetario) e servizi e prestazioni definiti ed erogati a livello locale.

Le *competenze istituzionali* risultano infatti articolate attraverso una netta distinzione di ruoli:

lo Stato e gli Enti di previdenza erogano trasferimenti monetari più flussi finanziari diretti ad enti regionali e locali, che complessivamente rappresentano una quota molto consistente del totale delle prestazioni assistenziali;

gli enti regionali e locali gestiscono essenzialmente i servizi assistenziali ed alcuni (più ridotti) trasferimenti in denaro.

3.1. *Le prestazioni monetarie centralizzate.*

Tendendo conto delle già citate ambiguità in tema di distinzione tra prestazioni previdenziali ed assistenziali che caratterizzano il nostro sistema di protezione sociale, nel considerare i *trasferimenti monetari assistenziali* si farà riferimento, nell'ambito di questo studio, alla definizione dell'Istat che li considera « erogazioni a soggetti impossibilitati a svolgere un'attività lavorativa per età o per inabilità, sprovvisti di reddito o con reddito insufficiente, trasferimenti quindi non collegati nemmeno parzialmente ad alcun sistema di contribuzione » ma al cui finanziamento provvede lo Stato attraverso la fiscalità generale.

Pertanto nell'ambito delle prestazioni sociali assistenziali è possibile individuare (tav. 2):

le *pensioni sociali*, la cui erogazione compete all'INPS e viene corrisposta ai cittadini ultrasessantacinquenni, in condizioni di bisogno e privi di qualsiasi forma di tutela assicurativa, per dare una sia pur parziale attuazione al principio costituzionale che riconosce il diritto dell'assistenza per ogni cittadino privo dei mezzi necessari per vivere. Nell'insieme di queste pensioni sono incluse anche le pensioni sociali agli invalidi civili erogate ai soggetti beneficiari di pensione di invalidità del Ministero dell'Interno che abbiano compiuto 65 anni e in possesso di un reddito inferiore ai limiti stabiliti di anno in anno dalla legge. La pensione sociale, essendo una prestazione per la tutela degli anziani in stato di bisogno, rappresenta una forma di assistenza per la povertà; in realtà una funzione simile all'interno del sistema previdenziale è svolta dall'integrazione al trattamento minimo, che viene erogata nel caso in cui la pensione (I.V.S.) risulti inferiore ad un determinato importo mensile equiparato al minimo di sussistenza;

le *pensioni di invalidità* e le altre provvidenze economiche ad esse collegate, erogate dal Ministero dell'Interno e costituite dalle pensioni ed assegni erogate ai cittadini colpiti da invalidità civile, ai non vedenti e ai non udenti con reddito insufficiente e finanziate dalla fiscalità generale non essendo collegate ad alcun sistema di contribuzione. In quest'ambito vanno poi segnalate le indennità di accompagnamento per invalidi al 100%, ciechi assoluti e sordomuti erogate senza limiti di età e reddito;

le *pensioni di guerra e benemerenza*, erogate dal Ministero del Tesoro, le prime ai militari e ad alcune categorie di civili, che abbiano subito danni fisici durante la guerra, le seconde rappresentate da pensioni ad ex-combattenti insigniti dell'ordine di Vittorio Veneto e da assegni di Medaglia e Croce al Valor Militare. Il fatto che a tutt'oggi si paghino circa 2.600 mld. di queste pensioni è dovuto probabilmente al meccanismo della reversibilità.

3.2. *Le prestazioni ed i servizi di livello locale.*

Va innanzitutto ricordato che, allo scopo di ridurre la complessità del panorama considerato, si è limitato il campo di indagine ai servizi

a prevalente contenuto assistenziale, escludendo dunque il comparto dei servizi sociosanitari.

In quest'ambito è possibile realizzare una prima classificazione in quattro macro-aree di interventi all'interno delle quali inserire i diversi servizi socioassistenziali.

Le quattro aree di cui si sta trattando differiscono tra loro per le finalità che si propongono di raggiungere e per le modalità di erogazione. Esse sono classificabili come:

Area dell'assistenza economica;

Area delle prestazioni a domicilio;

Area di servizi sul territorio;

Area dei servizi residenziali.

Come già rilevato denominazione e definizione dei *target group* non sempre sono univoci così come estremamente variabili a livello locale appaiono anche i criteri di eleggibilità.

La maggior parte dei servizi individuati sono comunque rivolti a specifiche categorie di utenti (anziani, disabili, minori a rischio, ecc.), ed *income-related* in un duplice senso: una forma di *means testing*, seppure variamente definita ed articolata, è prevista ai fini del diritto di accesso (in tal senso può darsi il caso che chi supera un certo livello di reddito ne è di fatto escluso o che i servizi vengono erogati a titolo gratuito a chi è al di sotto di una soglia definita) ovvero viene definito l'obbligo di partecipazione alle spese di servizi a domanda individuale in rapporto alle diverse possibilità economiche degli utenti.

Di fatto, molto spesso, la concreta accessibilità ai servizi risulta estremamente difficile per chi può contare su livelli di reddito più elevati in quanto il reddito si combina con altri criteri che definiscono le priorità di accesso, come avviene nel caso emblematico degli asili nido. Pur essendo previsti livelli diversi di compartecipazione legati al livello del reddito familiare dei genitori che fanno domanda, anche a motivo delle esiguità dei posti disponibili, l'accesso risulta garantito in primo luogo a utenti nei quali disponibilità di reddito inferiori si associano a situazioni di difficoltà familiare e sociale (presenza di handicap, disoccupazione, genitori separati, ecc.).

Inoltre va ribadita la già citata estrema variabilità locale non solo delle condizioni e dei requisiti per accedervi, ma anche dei criteri che definiscono ammontare e caratteristiche delle prestazioni.

Tuttavia per le quattro macro-aree individuate si è tentato di ricostruire un elenco, quanto più possibile esaustivo, dei servizi relativi a ciascuna.

L'area *dell'assistenza economica* (tav. 3), una delle più problematiche in quanto ad omogeneizzazione degli interventi sul territorio e a standardizzazione dei criteri di accesso, include interventi che si legano a bisogni finanziari temporanei (sussidi straordinari) o continuativi (minimo garantito, sconti merceologici, etc.). Rientrano in questa fascia di intervento anche iniziative mirate all'agevolazione della mobilità sul territorio (buoni per taxi ed autobus), del soggetto anziano, alcune forme di sgravio economico, forme di sostegno alle

famiglie con tossicodipendenti a carico o a nuclei familiari con un minore a rischio, al fine di agevolarne l'assolvimento degli obblighi scolastici. Si tratta di servizi e prestazioni che intendono rispondere alla finalità generale di favorire l'integrazione sociale.

L'area *delle prestazioni a domicilio* (tav. 4), può essere intesa come l'area che raggruppa quei servizi che si esplicano nell'ambiente di vita del soggetto, e risponde alla finalità di mantenerlo, riducendo al minimo i rischi di perdita dell'autosufficienza e sradicamento sociale; include tre tipologie di servizi e cioè l'assistenza domiciliare, l'assistenza domiciliare integrata (qui non considerata, che affianca alle prestazioni di natura sociale quelle di natura sanitaria: mediche, infermieristiche, riabilitative), ed infine il servizio lavanderia/podologia/servizio mensa.

L'area dei *servizi offerti sul territorio* ha richiesto una ulteriore disaggregazione in:

inserimento lavorativo;

tempo libero, socializzazione, integrazione sociale;

sostegno psico-sociale alla persona e/o alla famiglia.

Se il nesso logico che lega l'intero set di servizi è offerto dalla loro territorialità, è pur vero che nell'ambito del set esistono diversità poste in luce dalle finalità stesse che i servizi si propongono di raggiungere. Da ciò deriva la necessità della loro ulteriore classificazione.

In base a quanto detto rientrano nel primo gruppo gli interventi più strettamente correlati all'inserimento o reinserimento dell'utente (tav. 5A). Nella misura in cui l'utente è l'anziano, l'inserimento lavorativo si dispiega soprattutto in attività socialmente utili, rivolte al tempo libero dell'anziano. Quando l'inserimento lavorativo è diretto al portatore di handicap e/o al tossicodipendente, il servizio viene inteso prevalentemente come attività di inserimento (o reinserimento) nel mercato del lavoro.

I servizi sul territorio o servizi aperti definiti come i servizi per il tempo libero, la socializzazione, l'integrazione sociale (tav. 5B) comprendono un'ampia gamma di attività, dai soggiorni (climatici, di vacanze, centri estivi, gite-viaggi) ai centri ricreativi, intesi come luoghi di incontro e socializzazione (centri sociali, centri ricreativi diurni, centri gioco ludoteche, asili nido, etc.).

Si ha infine una terza tipologia di servizi offerti sul territorio (tav. 5C) che si pone la finalità di sostenere anche sotto il profilo psico-sociale la persona ed il nucleo familiare e spesso hanno anche una valenza di tipo sanitario. Rientrano in questo set servizi quali: l'assistenza sociale professionale, i consultori, i SERT, etc.

Si ha infine l'area dei *servizi residenziali* (tav. 6), che comprende i servizi che prevedono un ricovero in un presidio, sia esso una comunità alloggio, una casa protetta, o una casa di riposo etc. Diretti prevalentemente all'utente anziano, si affiancano anche servizi di soddisfazione temporanea di vitto ed alloggio (Centri di pronta accoglienza) e istituti più strettamente legati al recupero di persone affette da tossicomania.

Come è evidente, per alcune categorie di utenti, come anziani non autosufficiente o a rischio di autosufficienza, disabili, malati mentali, tossicodipendenti, le tipologie di servizi prevalenti si collocano nell'area dei servizi di tipo integrato, in grado di coniugare risposte efficienti a bisogni che sono insieme di tipo sociale e sanitario.

Nell'ambito dei servizi e prestazioni di livello locale va, infine, segnalato il ruolo crescente assunto dalle *organizzazioni non profit* (tra cui circa 10.000 associazioni di volontariato, secondo l'ultima rilevazione del 1997 della Fivol, il 60% circa delle quali collabora con le istituzioni pubbliche nei vari comparti del *welfare*).

Accanto ad alcune presenze tradizionali (come è il caso delle strutture residenziali gestite dagli ordini religiosi), vanno sempre più sviluppandosi nuove forme di intervento, spesso nei campi più complessi (come quello delle tossicodipendenze, dell'Aids, delle forme più estreme (barboni, prostituzione, ecc.) di marginalità sociale. Si tratta di interventi in grado di coniugare forme più efficaci e pronte di risposta a bisogni in rapida evoluzione con esigenze di maggiore umanizzazione dei servizi e con la promozione sociale dei soggetti destinatari.

Sempre più, nell'ottica dello sviluppo di un modello di stato sociale « a tre pilastri », il ruolo del terzo settore sembra dunque espandersi, emancipandosi rispetto all'approccio spesso deresponsabilizzante e strumentale assunto dal soggetto pubblico, verso un modello di reale integrazione, capace di rivalutarne la funzione anche nella programmazione e nell'innovazione delle politiche sociali.

Tav. 1 - Politiche socio-assistenziali in Italia: il quadro delle competenze ai diversi livelli istituzionali

Livello centrale	Stabilisce attraverso le leggi i principi fondamentali relativi alle caratteristiche ed allo svolgimento delle c.d. funzioni di beneficenza pubblica (pur in assenza di una legge quadro sull'assistenza) I principi e i criteri di eleggibilità fissati a livello centrale riguardano soprattutto i trasferimenti monetari
Parlamento	
Ministero dell'Interno	Titolare anche in collaborazione con altri Ministeri di alcune funzioni riservate: - interventi di primo soccorso in caso di catastrofe o calamità naturali di particolare gravità ed estensione; - interventi di prima assistenza in favore dei profughi e dei rimpatriati in conseguenza di eventi straordinari ed eccezionali; - contributi di prima assistenza del Ministero dell'Interno ai richiedenti lo status di rifugiato (L. 39/90); - interventi organizzativi relativi all'ingresso e al soggiorno degli extracomunitari; - interventi di protezione sociale a favore degli appartenenti alle Forze Armate, Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco e ai loro familiari da Enti ed organizzazioni appositamente istituiti; - rapporti in materia di assistenza con organismi stranieri od internazionali, nonché la distribuzione di prodotti destinati a finalità assistenziali in attuazione dei regolamenti CEE; - pensioni ed assegni a carattere continuativo disposti dalla legge, in attuazione dell'art. 38 della costituzione, compresa l'indennità di disoccupazione e gli assegni a carico della CIG, tra cui particolarmente rilevanti sono le pensioni di invalidità civile; - attività del Comitato provinciale di assistenza e beneficenza
Ministero per la Solidarietà Sociale	Titolare delle deleghe su alcune materie concernenti: famiglia, minori, adozioni, giovani e adolescenti, anziani, esclusione sociale, servizi sociali, accoglienza di immigrati, profughi e nomadi, alcol dipendenze, attività antidroga, indagine sulle povertà, handicap, servizi sociali e obiettori di coscienza, banca dati finalizzata all'elaborazione delle politiche sociali nelle materie delegate, promozione della riforma dei servizi sociali
Ministero di Grazia e Giustizia	Titolare di alcune funzioni in materia di adozione nazionale ed internazionale, supporto socio-assistenziale alle istituzioni della giustizia minorile
Ministero del Lavoro	Titolare delle materie di competenza della Direzione Generale della previdenza ed assistenza sociale relativa all'assistenza ai lavoratori
Ministero degli Esteri	Titolare di attività relative al collocamento e trattamento degli immigrati e contro immigrazione clandestina, di attività relative all'emigrazione ed agli affari sociali c/o la relativa direzione, attività di cooperazione ed assistenza internazionale
Ministero della Pubblica Istruzione	Titolare dell'attuazione di progetti speciali per la scuola e le problematiche dei giovani
Ministero del Bilancio e della Programmazione Economica/Ministero del Tesoro	Titolare delle responsabilità in materia di bilancio, legge finanziaria, finanza regionale e locale (da cui dipende il finanziamento delle attività socio-assistenziali) erogazione delle pensioni di guerra e di beneficenza
Inps	Trasferimenti monetari relativi a pensioni sociali, integrazioni al minimo

Segue tav. 1

Livello locale**Regione**

Titolare della potestà legislativa di secondo livello in relazione alle materie di beneficenza pubblica, assistenza sanitaria e scolastica (Dpr 616/77) per il riordino del settore socio-assistenziale con relativa indicazione di regole e requisiti per l'erogazione delle prestazioni e servizi socio-assistenziali in ambito regionale.

Hanno prodotto leggi di riordino socio-assistenziale: Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino Alto Adige, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

Inoltre è titolare di alcune funzioni riservate:

- gli interventi in favore dei profughi italiani e dei rimpatriati dopo la prima assistenza;
- la relazione dei centri di prima accoglienza e di servizi per stranieri emigrati esuli e loro famiglie (Dm 440/90);
- alcune funzioni relative alle I.P.A.B. (ad es. regolazione con proprie leggi della loro estinzione e trasferimento ai comuni, sedi delle istituzioni, del personale e dei beni, o riconoscimento della personalità giuridica di diritto privata a quelle a carattere regionale o infraregionale).

Provincia

Titolare di alcune funzioni in materia di:

- assistenza ai minori illegittimi, riconosciuti dalla sola madre abbandonati o esposti all'abbandono;
- assistenza dei ciechi e sordomuti poveri rieducabili;
- assistenza alle gestanti e alle madri
- assistenza alle donne non coniugate per il segreto del parto (funzioni ex Omni)

da esercitarsi direttamente o in convenzione con i comuni: L. 67/93

Comune

E' titolare di:

- l'organizzazione e l'erogazione dei servizi assistenziali secondo ambiti territoriali che devono contenere contestualmente la gestione dei servizi sociali e sanitari (art. 25 Dpr 616/77);
- i compiti prima di competenza del Servizio Sociale alle dipendenze del Ministero di Grazia e Giustizia relativi agli interventi in favore dei minorenni soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie minorili nell'ambito delle competenze amministrativa e civile (art. 23 Dpr 616/77) e, in seguito, penale (Dpr 448/88)

Azienda Usl

E' titolare delle competenze relative alle c.d. attività socio-assistenziali di rilievo sanitario concernenti disabili, anziani, non autosufficienti, persone con problemi psichici, tossicodipendenti.

Può esercitare attività socio-assistenziali trasferite in base ad accordi specifici con gli Enti locali mediante gli strumenti della delega, accordo di programma, protocollo d'intesa.

XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tav. 2 - Prestazioni socio-assistenziali in Italia di livello nazionale*

Denominazione	Target Group	Requisiti eleggibilità*	Tipologia delle prestazioni
Pensioni sociali	Anziani ultrasessantacinquenni Invalidi civili (del Ministero dell'Interno) ultrasessantacinquenni	Condizione di bisogno e assenza di altra tutela assicurativa Reddito inferiore ai limiti stabiliti annualmente dalla legge	Erogazioni monetarie da parte dell'Inps
Pensioni di invalidità	Invalidi civili 100% Ciechi Sordomuti	Reddito insufficiente al di sotto di una certa soglia; 18-65 anni di età	Erogazione monetaria da parte del Ministero dell'Interno
Assegno mensile	Invalidi >74%	18-65 anni di età Reddito al di sotto di una certa soglia; non compatibile con altri trattamenti di invalidità	Erogazione monetaria da parte del Ministero dell'Interno
Indennità mensile di frequenza	Disabili (Invalidi, ciechi, sordomuti)	Difficoltà o compiere compiti e funzioni proprie dell'età Età > 18 anni al fine della frequenza di centri scolastici, ambulatoriali, di riabilitazione, di addestramento professionale Reddito inferiore ad un limite dato	Erogazione monetaria da parte del Ministero dell'Interno
Indennità di accompagnamento	Invalidi civili Ciechi	Invalidi civili 100% senza limiti di età e reddito Incompatibile con indennità di guerra, lavoro e servizi o ricovero gratuito Ciechi assoluti senza limiti di età e reddito, incompatibile con altre indennità	Erogazione monetaria da parte del Ministero dell'Interno

Segue tav. 2

Denominazione	Target Group	Requisiti eleggibilità*	Tipologia delle prestazioni
Indennità di comunicazione	Sordomuti	Sordomuti senza limite di età e reddito	Erogazione monetaria da parte del Ministero dell'Interno
Pensioni di guerra e benemerenza	Ex combattenti e familiari	Ex combattenti, civili danneggiati dalla guerra. Ex combattenti insigniti dell'ordine di Vittorio Veneto, Medaglia e Croce al Valor Militare	Erogazioni monetarie da parte del Ministero del Tesoro

(*) Sono state considerati assistenziali, secondo la definizione Istat, i trasferimenti monetari erogati "a soggetti impossibilitati a svolgere un'attività lavorativa per età o per inabilità, sprovvisti di reddito o con reddito insufficiente, trasferimenti quindi non collegati nemmeno parzialmente ad alcun sistema di contribuzione" e quindi finanziati dallo Stato attraverso la fiscalità generale

Tav. 3 - Prestazioni socio-assistenziali in Italia gestite a livello locale. Interventi di assistenza economica

Denominazione	Target Group	Requisiti eleggibilità*	Tipologia delle prestazioni
Minimo garantito	Disabili Anziani	Condizioni di difficoltà economica Non disporre, anche temporaneamente di un aiuto dai familiari	Intervento economico a carattere continuativo
Sussidi straordinari una tantum	Disabili Anziani Disabili	Condizioni di difficoltà economica Condizione di grave difficoltà economica che richiede intervento immediato	Erogazione straordinaria di denaro per far fronte ad imprevisti
Sconti merceologici	Anziani		Agevolazioni per acquisti
Buoni trasporti (taxi)	Anziani Disabili	Condizione di bisogno economico con ridotta autonomia motoria	Erogazione di buoni di trasporto
Contributi per l'acquisto e adattamento di autovetture per invalidi	Disabili		Contributi economici
Tessere autobus (tariffe agevolate)	Anziani	Condizione di bisogno economico con ridotta autonomia motoria	Erogazione abbonamenti mensili a tariffa ridotta o gratuita
Riduzione tariffe gas	Anziani	Reddito inferiore al minimo Inps	Sgravio economico
Esenzione tassa rifiuti	Anziani	Reddito inferiore al minimo Inps	Sgravio economico
Contributi per cure termali	Disabili		Contributi economici
Sostegno economico alle famiglie	Famiglie con a carico un tossicodipendente		Intervento economico per riduzione delle spese che gravano sulle famiglie di tossicodipendenti
	Famiglie con un minore a rischio		Intervento economico per consentire il reinserimento del minore, agevolandone l'assolvimento degli obblighi scolastici

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

Tav. 4 - Prestazioni socio-assistenziali in Italia gestite a livello locale. Prestazioni a domicilio

Denominazione	Target Group	Requisiti eleggibilità*	Tipologia delle prestazioni
Assistenza domiciliare	Anziani Disabili Famiglie con difficoltà Minori Tossicodipendenti	Non autosufficienza totale o parziale o rischio di ricovero	Assistenza nell'ambiente di vita del soggetto attraverso progetto globale di intervento
Lavanderia/podologia/servizio mensa	Anziani	Parziale autosufficienza	Servizi pubblici ad-hoc generalmente associati a servizi di assistenza domiciliare

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

Tav. 5A - Prestazioni socio-assistenziali in Italia gestite a livello locale. Servizi aperti sul territorio: inserimento lavorativo

Denominazione	Target Group	Requisiti eleggibilità*	Tipologia delle prestazioni
Orti	Anziani autosufficienti		Assegnazione di appezzamenti di terreno da coltivare
Attività lavorativa	Anziani autosufficienti		Prestazione lavorativa libera a carattere volontario
Centri occupazionali	Disabili		Centri diurni ove viene proposta attività di animazione, educativa, occupazione
Inserimenti lavorativi	Disabili Tossicodipendenti		Promozione di attività di inserimento lavorativo escluso il collocamento Servizio lavorativo post-trattamento

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

Tav. 5B - Prestazioni socio-assistenziali in Italia gestite a livello locale. Servizi aperti sul territorio: tempo libero, socializzazione, integrazione sociale

Denominazione	Target Group	Requisiti eleggibilità*	Tipologia delle prestazioni
Soggiorni climatici termali	Anziani		Soggiorni di vacanza, organizzati in zone climatiche
Soggiorni di vacanze/Colonie climatiche	Disabili	Minori abbandonati o riconosciuti dalla sola madre	Vacanze residenziali assistite estive in località turistiche
Centri estivi	Minori portatori di handicap Minori dai 3 agli 11 anni		Centri ricreativi a carattere diurno
Gite-Viaggi	Disabili e familiari Anziani		Attività di turismo guidato
Centri sociali	Anziani		Luoghi di incontro, tempo libero
Centri ricreativi diurni	Minori dai 5 ai 14 anni Anziani ultrasessantenni Disabili		Struttura non residenziale a carattere comunitario per lo svolgimento di attività ricreative e di tempo libero
Centri gioco ludoteche	Minori dai 0 ai 3 anni utenti e non utenti del nido		Strutture attrezzate ed annesse all'asilo nido, laboratori, atelier
Centro per famiglie	Famiglie		Centri di ricerca e studio a livello di Enti locali
Centri di aggregazione giovanile	Giovani da 12 a 21 anni		Struttura territoriale a livello comunale o circoscrizionale non residenziale
Centri culturali polivalenti	Genitori, educatori, bambini da 0 a 6 anni		Struttura non residenziale rivolta a genitori ed educatori con caratteristiche gestionali varie
Università della terza età	Anziani		Centri Culturali
Palestre	Varie categorie di utenti		Centri sportivi e di integrazione sociale

Segue tav. 5B

Denominazione	Target Group	Requisiti eleggibilità*	Tipologia delle prestazioni
Mini-nido, nido, appartamento, nido part-time	Minori da 0 a 3 anni		Servizi simili al nido ma con orari e gestione flessibile
Nido	Minori da 0 a 3 anni		Servizio educativo/assistenziale a domanda individuale
Trasporti	Disabili		Servizi riservati di trasporto
Attività fisico-motoria	Anziani		Palestra dove si attua ginnastica dolce

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

Tav. 5C - Prestazioni socio-assistenziali in Italia gestite a livello locale. Servizi aperti sul territorio: sostegno psico-sociale alla persona e/o alla famiglia

Denominazione	Target Group	Requisiti eleggibilità	Tipologia delle prestazioni
Assistenza a gestanti, donne nubi in stato di gravidanza	Gestanti, donne sole in stato di gravidanza		Servizio di sostegno psico-sociale alle donne
Assistenza sociale	Persone o gruppi in difficoltà		Servizio sociale professionale
Consultorio	Donne, famiglie, giovani		Servizio sociale e sanitario
Sert.	Tossicodipendenti		Servizio sociale e sanitario a tossicodipendenti
Telesoccorso	Cittadini anziani a rischio		Intervento in situazione di emergenza sanitaria tramite strumenti elettronici.
Teleassistenza	Cittadini anziani a rischio		Intervento di controllo domiciliare a distanza tramite strumenti elettronici
Telefono aiuto	Tossicodipendenti, famiglie in difficoltà		Servizio di consulenza telefonica
Affido/Adozione familiare	Minori in difficoltà		Servizio di affido temporaneo/adozione
Progetto carcere	Tossicodipendenti in carcere		Intervento c/o carcere per recupero tossicodipendenti
Centro-ascolto	Famiglie di tossicodipendenti		Struttura di appoggio per le famiglie di tossicodipendenti per aiutarle nella risoluzione di problemi psicologici e relazionali con tossicodipendenti
Centri diurni di accoglienza	Tossicodipendenti Anziani autosufficienti e non		Accoglienza ed assistenza non semi-residenziale per assistenza e recupero - sostegno ed aiuto ad anziani e famiglie in difficoltà

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

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 9/10/90, 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 delle 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 *Department of Social Security*

Department of Social Security (DSS)

- Il *Secretary of State* 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 (*Benefits Agency*, *Contributions Agency*, *Information Technology Services Agency*, *Child Support Agency*, *War Pension Agency*) dotate di un responsabile e di un budget implementa le scelte in materia di sicurezza sociale

Benefits agency (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 (*social fund officers*) 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
- Hanno tutte le competenze proprie dei dipartimenti di assistenza sociale (o dei servizi sociali) dei consigli delle contee e dei consigli di distretto

Unitary Local Authority **

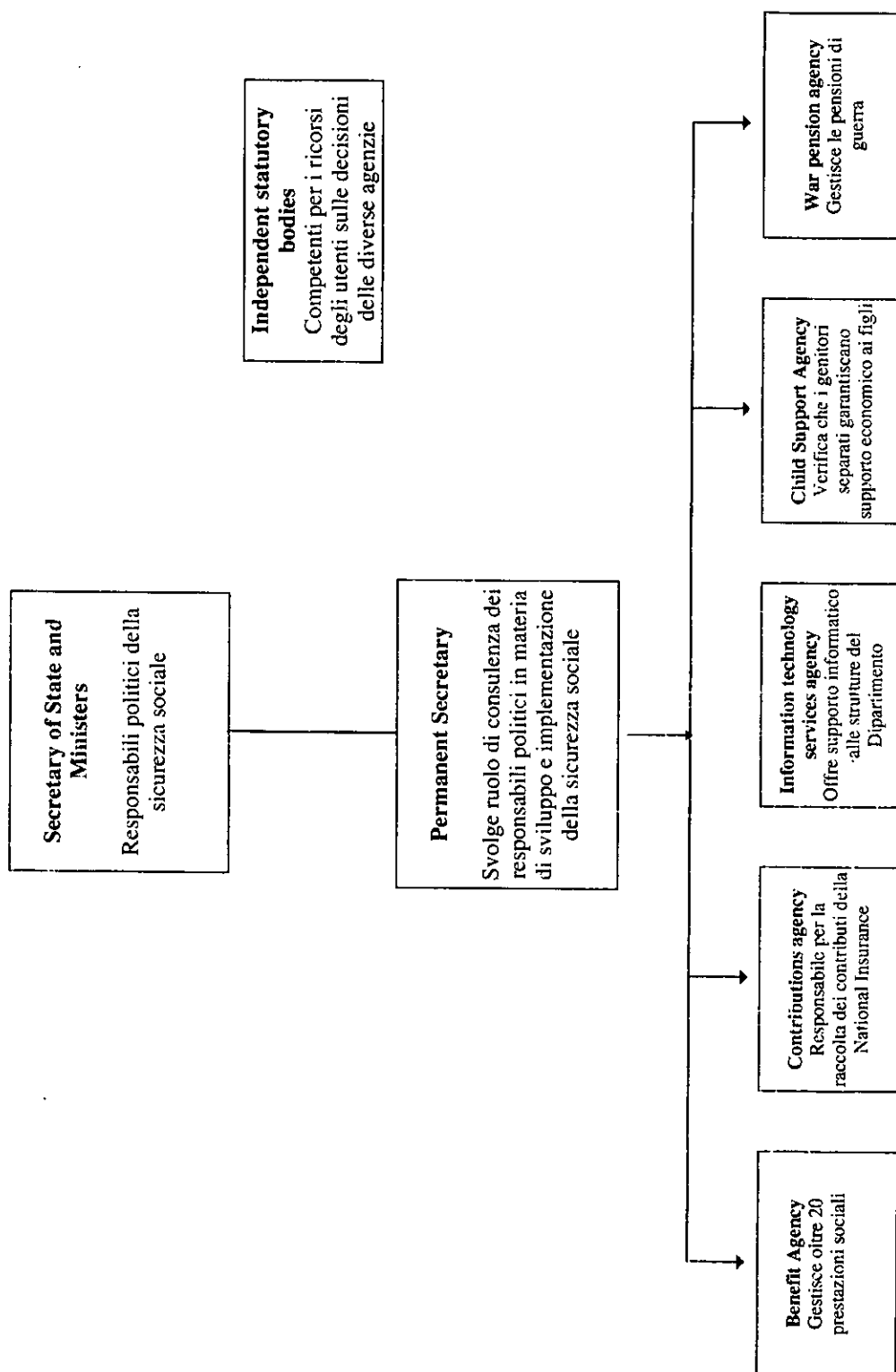
Volontariato **

- 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

Tav. 2 - Struttura del Dipartimento per la Sicurezza Sociale nel Regno Unito



Tav. 3 - 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
- Sostegno al reddito (Income support) - Sussidi relativi ai costi connessi con l'acquisto o l'affitto di una abitazione (Housing benefit) - Sussidio per il lavoro dei disabili (Disability working allowance) - Credito familiare (Family credit) - Incentivo al lavoro (Earnings Top-up) - Riduzioni sull'imposta locale (Council tax benefit) - Fondo sociale (Social fund) - Fondo per l'autonomia (Independent Living Fund) - Sussidio per pensionamento (Non Contributory Retirement) - Pensione per ultraottantenni (Over 80's Pension) - Bonus natalizio (Christmas Bonus) - Education welfare benefits	- Pensioni di guerra (War pensions) - Sussidio per assistenza (Attendance allowance) - Sussidio di invalidità (Disability living allowance) - Sussidio per offerta di assistenza ad invalido (Invalid care allowance) - Sussidio per grave disabilità (Severe disablement allowance) - Assegni familiari (Child benefit) - Indennità di tutela (Guardian Allowance)

Tav. 4 - Prestazioni di assistenza sociale nel Regno Unito

	Target group	Requisiti specifici	Tipologia delle prestazioni
Sostegno al reddito (Income support)	Soggetti con reddito inferiore al minimo stabilito dal Parlamento appartenenti a categorie deboli	- Essere abitualmente residente nel Regno Unito - Avere compiuto 18 anni (salvo i casi con figli a carico o particolarmente gravi) - Svolgere attività lavorativa per non più di 16 ore settimanali - Essere disponibile ad accettare una occupazione - Cercare attivamente una occupazione - Disporre di un reddito familiare inferiore ad un minimo prefissato dal Parlamento	- sussidio monetario variabile a seconda del reddito, del numero di persone a carico, della specificità della situazione
Sussidio per il lavoro dei disabili (Disability working allowance)	Disabili	- Avere compiuto 16 anni - Invalidità o malattia che costituisca svantaggio nella ricerca ed esplicazione del lavoro - Svolgere un'attività lavorativa per almeno 16 ore settimanali - Avere accesso ad un altro programma per la disabilità - Avere svolto attività di formazione finalizzata al lavoro - Avere risorse inferiori ad un tetto prefissato	- Sussidio monetario variabile al reddito, all'orario di lavoro ed alla dimensione della famiglia
Fondo sociale (Social fund)	Soggetti con reddito inferiore al minimo prefissato	- Essere beneficiari del "sostegno al reddito" o altri sussidi sociali - Avere almeno 16 anni, ed essere senza risorse per far fronte a bisogni impellenti nel breve periodo - Gestanti e puerpere (per i sussidi per la maternità)	- Prestiti variabili a seconda della capacità dei soggetti di restituire il prestito - Sussidi monetari - Donazioni
Council Tax Benefit	Nuclei familiari con redditi inferiori ai livelli prefissati	- Essere residente - Avere accesso legale ai fondi pubblici - Essere soggetto alla tassa locale sulla proprietà - Avere risorse inferiori ad un dato plafond	- Riduzione dell'imposta locale dovuta

	Target group	Requisiti specifici	Tipologia delle prestazioni
Sussidi relativi ai connessi costi con l'acquisto o l'affitto di una abitazione (Housing benefit)	Nuclei familiari con redditi inferiori ai livelli prefissati	- Essere residenti - L'abitazione per la quale si richiedono i sussidi deve essere la dimora stabile - Avere un basso reddito	- Sussidi monetari - Riduzione dell'affitto dovuto nelle case di proprietà pubblica
Maggiorazione dei sussidi per i costi connessi con le abitazioni (Housing benefit extended payment)	Soggetti che stanno per rientrare o sono appena rientrati al lavoro	Per almeno 26 settimane devono avere soddisfatto almeno uno dei seguenti requisiti: - avere ricevuto il sussidio di disoccupazione - avere beneficiato del "sostegno al reddito" come genitore solo o come assistente ad un disabile	Sussidio monetario variabile al reddito
Fondo per l'autonomia (Independent living fund)	Disabili	- Avere età compresa tra 16 e 66 anni - Vivere solo o con persone impossibilitate a garantire l'assistenza - Essere a rischio di ricovero in una struttura residenziale (oppure essere ricoverato in una struttura residenziale e avere chiesto di uscirne per vivere autonomamente) - Avere un reddito inferiore al costo dell'assistenza necessaria - Essere un percettore del "sostegno al reddito" - Avere riconosciuto un tasso particolarmente alto di disabilità - Avere un ammontare di risparmi inferiore ad un dato tetto	Sussidio monetario da utilizzare esclusivamente per remunerare uno o più soggetti dediti all'assistenza del disabile presso il proprio domicilio
Sussidio per il pensionamento (Non-contributory retirement pension)	Anziani disabili	- Avere raggiunto l'età pensionabile - Non svolgere alcuna attività lavorativa - Avere usufruito del sussidio per il reddito ridotto	Sussidio monetario

	Target group	Requisiti specifici	Tipologia delle prestazioni
Pensione per ultraottantenni (Over 80's pension)	Anziani	- Avere compiuto 80 anni - Non ricevere altri sussidi sociali - Avere trascorso almeno 10 anni nel Regno Unito dopo avere compiuto il 60° anno di età	- Sussidio monetario
Bonus natalizio (Christmas bonus)	Pensionati	- Risiedere nel Regno Unito durante la settimana di Natale - Essere eleggibile per uno dei sussidi sociali	- Sussidio monetario
Incentivo al lavoro (Earnings top-up)	Soggetti a basso reddito	- Risiedere in alcune aree pilota - Età tra 18 e 65 anni - Non avere figli a carico - Lavorare per un minimo di 16 ore settimanali - Basso reddito	- Sussidi monetari variabili
Education Welfare Benefits	Studenti appartenenti a famiglie a basso reddito	- essere studenti - avere genitori che beneficiano dei sussidi della sicurezza sociale	- Mensa scolastica gratuita - Divisa scolastica gratuita - Trasporti gratuiti da e per la scuola - Prestiti per finanziare gli studi superiori - Sussidi per le spese di colazione per i fuori-sede - Sussidi e prestiti per l'acquisto del materiale scolastico
Assegni familiari (Child benefit)	Famiglie	- Avere uno o più bambini di età inferiore a 16 anni a carico - Avere risieduto (il richiedente o il bambino) almeno 26 settimane nell'ultimo anno nel Regno Unito	- Assegno monetario settimanale (maggiorato per i genitori soli)

Target group	Requisiti specifici	Tipologia delle prestazioni
Indennità di tutela (Guardians allowances)	- Avere a carico orfani di entrambi i genitori o con genitori scomparsi - I genitori scomparsi dovevano essere residenti nel Regno Unito	- Sussidio monetario variabile a seconda del numero di bambini a carico
Sussidio di invalidità (Disability living allowance)	- Avere età inferiore a 65 anni - Avere problemi motori e/o bisogno di assistenza	- Sussidio monetario
Sussidio per assistenza (Attendance allowance)	- Invalidità emerse dopo il compimento del 65° anno di età - Avere bisogno di assistenza giornaliera e/o notturna per almeno 6 mesi oppure essere in dialisi	- Sussidio monetario
Sussidio per offerta di assistenza ad invalido (Invalid care allowance)	- Avere età compresa tra 16 e 66 anni - Dedicare almeno 35 ore settimanali alla cura di un disabile o un infermo	- Sussidio monetario per il soggetto che garantisce l'assistenza
Credito familiare (Family credit)	- avere uno o più figli a carico - svolgere una attività lavorativa per almeno 16 ore settimanali	- Sussidio monetario

Germania

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

Il sistema di protezione sociale in Germania, introdotto in epoca *bismarckiana* e fondato sul modello delle assicurazioni sociali obbligatorie, è considerato una tipologia specifica contrapposto a quello universalista *beveridgiano* che ha lungamente prevalso nel Regno Unito. L'attuale conformazione del sistema fondata in sostanza su quattro branche (più la recente assicurazione sociale per l'assistenza per le persone non autosufficienti) è il frutto di una lunga evoluzione iniziata con l'introduzione dell'assicurazione malattia (1883) e dell'assicurazione contro gli infortuni (1884), passando per l'assicurazione pensioni (1889) e per quella contro la disoccupazione (1927).

Alla loro introduzione le assicurazioni sociali obbligatorie costituirono un formidabile veicolo di sviluppo della protezione sociale poiché non alteravano i meccanismi di mercato e legando per ogni individuo il godimento dei diritti alla contribuzione versata, operavano anche come fattore di integrazione politica ed ideologica della società istituzionalizzando, la mutualità sviluppata sino ad allora dall'associazionismo operaio.

In sostanza, in Germania, il modello di protezione sociale prevede che la copertura dei principali e più comuni rischi sociali quali vecchiaia, disoccupazione, invalidità e morte sia affidata in netta prevalenza a *prestazioni su base contributiva* (tav. 1). Invece, sono previste *prestazioni non contributive* per il risarcimento sociale dei danni in cui è rilevabile una responsabilità pubblica (guerre, danni in seguito a atti di criminalità) oltre che, ovviamente, nell'ambito della assistenza sociale ove le prestazioni sono comunque sottoposte, in gran parte, al vincolo di reddito (*means-testing*).

Il quadro della protezione sociale include anche le politiche e le prestazioni di *protezione della maternità e della famiglia* e le *politiche attive del lavoro* che includono tipologie di prestazioni molto diverse tra loro.

In relazione alla *maternità* è da notare che le prestazioni di tutela sono riservate esclusivamente alle lavoratrici che versano contributi, mentre gli assegni familiari e gli incentivi per dedicarsi all'educazione dei figli, soprattutto nella prima fase della loro vita possono applicarsi anche a categorie di cittadini che non pagano contributi.

Per le *politiche del lavoro* è da notare che l'organismo che ha la responsabilità della loro implementazione (l'Ufficio federale del lavoro) è il referente per una pluralità di strumenti che hanno *target* diversi (lavoratori salariati disoccupati che versano contributi, disoccupati di lungo corso, disoccupati che non hanno mai effettuato versamenti

contributivi ecc..) ma che presentano come denominatore comune il carattere *in-work*, vale a dire l'incentivazione al lavoro.

Naturalmente, l'annessione della ex-Germania dell'Est ha reso indispensabile un periodo di transizione per impedire che l'impatto economico dell'ingresso nel sistema di protezione sociale di una massa di disoccupati e soggetti con più basso tenore di vita fosse difficilmente sopportabile per il sistema stesso.

Ad esempio, poiché all'Est non erano sviluppati gli organismi locali per il finanziamento e la gestione delle prestazioni di assistenza sociale, ai disoccupati dei Lander dell'Est è stata riconosciuta la possibilità di usufruire dei benefici legati alle assicurazioni sociali indipendentemente dalla contribuzione effettivamente versata. In tal modo si è impedito di sovraccaricare la rete dell'assistenza sociale col rischio di stressarla in modo irreparabile.

Con riferimento al comparto *dell'assistenza sociale* propriamente detta, vale a dire rivolta a coloro che non sono in grado di costruirsi da soli una posizione contributiva, dopo essere lungamente rimasta nelle mani di organizzazioni religiose e strutture private, a partire dalla fine del XIX[00f8], ha visto un ruolo crescente esercitato dalle associazioni di volontariato e dalle autorità locali.

Nel 1962, poi, il sistema dell'assistenza sociale è stato riorganizzato sulla base di una legge federale (*Bundessozialhilfegesetz*) che ha posto esplicitamente l'obiettivo di garantire anche ai cittadini privi di risorse un livello minimo di reddito nonché il sostegno economico di fronte all'emergere di situazioni che determinano gravi problemi sul piano economico (*Sozialhilfe*).

Tuttavia ciò non ha mutato lo spirito (e l'implementazione) della normativa federale da sempre guidati dalla necessità di evitare forme di « dipendenza da assistenza » e mantenere ferma la centralità del principio-guida fondamentale della protezione sociale, vale a dire la contribuzione.

A questo proposito è da notare come in epoca più recente di fronte alla pressione del vincolo di bilancio sulla dinamica della spesa sociale vi sia stato uno sviluppo non tanto del ricorso al *means-testing* (o un suo rafforzamento) quanto, come si è rilevato in precedenza, al carattere *in-work* delle prestazioni erogate, con un forte impulso agli organismi pubblici interessati a premiare la disponibilità concreta al lavoro e penalizzare comportamenti troppo passivi ed assistenziali.

Più in generale il sistema di assistenza sociale opera in Germania come rete di ultima istanza anche al di sotto della rete della protezione sociale basata sulle assicurazioni sociali (secondo il principio di sussidiarietà) e interviene solo nel caso che:

una persona o una famiglia è assolutamente incapace di provvedere economicamente alla soddisfazione dei suoi bisogni fondamentali;

si è constatata l'assenza o l'incapacità di terze persone (soprattutto i familiari) di intervenire a sostegno del soggetto (singolo o famiglia);

l'interessato non può usufruire di alcun'altra prestazioni di protezione sociale.

È da rilevare che il sistema della protezione sociale tedesco è fortemente incentrato sulla responsabilizzazione dei soggetti che vi fanno ricorso sia per tramite del meccanismo della contribuzione che attraverso l'applicazione di forme differenziate di compartecipazione finanziaria come il ticket sulle spese sanitarie o quello per l'assistenza in istituti specializzati.

Tuttavia, l'ottenimento dell'assistenza sociale comporta, tra l'altro, anche un affievolimento della responsabilità del soggetto rispetto alla responsabilità della compartecipazione finanziaria ai servizi utilizzati.

Ad esempio, in tema di assicurazione malattia si constata che per la legge ogni cittadino è responsabile per la preservazione della propria salute e deve contribuire al pagamento di alcune prestazioni con un ticket. In particolare la compartecipazione si applica all'acquisto di medicinali, alle terapie (nell'ordine del 10% della spesa), ai ricoveri ospedalieri ed in altre tipologie di istituti (per i primi 14 giorni di ricovero), all'acquisto di protesi dentarie e ai costi di trasporto legati alle esigenze sanitarie.

Però secondo la legge sono esenti dal pagamento di ticket e delle forme di compartecipazione finanziaria quei soggetti che hanno livelli ridotti di risorse e che quindi dagli esborsi per i ticket subirebbero una pressione troppo pesante sul *budget* familiare. Ecco perché la legge delinea le categorie esenti e, in particolare, si tratta delle persone che beneficiano delle principali prestazioni di assistenza sociale (*Sozialhilfe*, indennità e pensioni di guerra, assistenza alla disoccupazione, assistenza alla formazione e coloro che hanno un ammontare di risorse uguale a quello che caratterizza i cosiddetti casi sociali esenti).

Tuttavia, per coloro che non appartengono ai « casi sociali esenti » è prevista la limitazione della compartecipazione finanziaria, relativamente al costo dei farmaci ed alle spese di trasporto sanitario e nell'ordine di un ammontare globale pari al 2% del reddito, qualora abbiano un reddito inferiore ad un dato *plafond*.

2. L'articolazione delle competenze.

Come rilevato, l'assistenza sociale in Germania è normata da una legge federale che fissa l'intelaiatura legislativa in materia di principi, benefici e organizzazione dell'assistenza sociale. Più in specifico, considerando la conformazione federale dello Stato tedesco, si rileva che sul piano delle competenze:

a *livello federale*, il Parlamento elabora le normative che fissano i criteri generali in materia di accesso alle prestazioni, il Governo e, in particolare il Ministro della Sanità, assume la responsabilità politica delle scelte in tema di assistenza, fissa i limiti inferiori e superiori in cui possono oscillare le prestazioni erogate a livello locale e contribuisce, sia pure in minima parte, al finanziamento della spesa (tav. 2);

a *livello locale*, invece, è attribuita la responsabilità dell'implementazione dell'assistenza sociale con la fissazione del livello delle

prestazioni, il finanziamento della gran parte delle spese e la concreta amministrazione, gestione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni.

È poi necessario specificare che a livello locale è operante una distinzione di competenze tra i *Lander* e le *Autorità Locali*, poiché i primi sostanzialmente fissano il livello delle prestazioni nel campo di oscillazione indicato dalla normativa e dalla regolamentazione federale, elaborano le direttive (linee guida di interpretazione delle norme e di implementazione) alle quali si devono attenere gli uffici di *welfare* delle autorità locali ed hanno la facoltà di delegare parte dei propri poteri. Inoltre, in termini di finanziamento, coprono il 20% della spesa totale.

Le autorità locali, in concreto, sono il soggetto istituzionale competente per la gestione delle prestazioni poiché gli uffici sociali delle municipalità operano come *front-office* per l'accesso alle prestazioni ed istruiscono i *dossier* per ogni richiesta; inoltre, decidono per gli aspetti discrezionali delle prestazioni, sia pure nel rispetto delle indicazioni generali dei *Lander*. Infine, il finanziamento delle spese è a carico delle autorità locali per l'80% circa del totale.

L'architettura delle competenze può, pertanto, essere sintetizzata rilevando che il governo legifera e regola in materia di assistenza sociale, i *Lander* fissano i benefici e le municipalità implementano i servizi e finanziano, in gran parte, la spesa.

È, però, interessante analizzare l'architettura delle competenze nella *Sozialhilfe* dal punto di vista della *questione cruciale del finanziamento della spesa per l'assistenza* che risulta interamente basata sulla fiscalità generale. In Germania in materia di fisco e spesa pubblica vigono due principi semplici e complementari; da un lato, il principio che delle spese alimentate dalla fiscalità generale i cittadini delle diverse aree devono beneficiare in proporzione al loro contributo, però, dall'altro lato, allo scopo di evitare una eccessiva difformità tra i *Lander* e tra le realtà locali in termini di *standard* di vita è previsto un meccanismo di perequazione orizzontale tra i *Lander* e tra le realtà locali.

Per quanto riguarda più in specifico il *budget* con il quale le autorità locali finanziano la *Sozialhilfe* (oltre che il resto delle spese pubbliche che effettuano) si rileva che è alimentato dalle risorse fiscali che provengono dal centro sulla base dei due principi enunciati, dalle risorse che le autorità recuperano direttamente grazie alle tasse sul commercio ed a quelle su terra e casa e dai ticket e dalle varie forme di compartecipazione finanziaria ai quali sono chiamati gli utenti dei servizi attivati.

Nel caso in cui le spese effettive per l'assistenza sociale risultino, in corso d'anno, superiori alle previsioni di spesa e quindi prive della copertura finanziaria necessaria, all'autorità locale non resta che scegliere un soluzione tra una delle seguenti opzioni:

ottenere dal Parlamento locale un *budget* straordinario che includa la copertura finanziaria per le spese non previste;

indebitarsi sul mercato finanziario per la cifra corrispondente alla quota di spesa non coperta;

aumentare la compartecipazione finanziaria dei cittadini ai servizi pubblici;

tagliare la spesa per l'assistenza e, in particolare, quelle prestazioni che non risultano obbligatorie per la legge federale o per le linee-guida fissate dal Lander.

In sostanza, l'autonomia delle autorità locali si esercita rispetto agli ambiti che non risultano normati a livello federale o regolamentati per via amministrativa dai Lander. A tale proposito è da constatare che sebbene la struttura delle competenze in Germania sia fortemente improntata alla logica *top-down*, la definizione esatta del grado di autonomia delle autorità locali e, più in specifico, degli operatori degli uffici di *welfare* delle municipalità è un problema concreto rilevabile solo all'interno della concreta dinamica che caratterizza la gestione dei meccanismi di supporto sociale previsti dal Sozialhilfe.

Infatti, la Legge Federale del 1962 in materia di assistenza sociale individua una precisa distinzione tra regolamenti e benefici sulla base del loro grado di obbligatorietà. Infatti esistono:

i benefici ed i regolamenti assolutamente obbligatori ed inderogabili (ad esempio gli uffici di *welfare* locali non possono decidere una contrazione del livello dei benefici rispetto agli standard fissati dal Lander);

quelli che possono essere ristretti e/o ridotti solo in presenza di gravissimi motivi opportunamente valutati nelle sedi previste (anche giurisdizionali);

quelli di carattere discrezionale sui quali gli uffici locali di *welfare* esercitano un rilevante potere discrezionale (ad esempio la determinazione del livello, della frequenza ed anche della natura dei sussidi supplementari rispetto al sussidio legato al livello di sussistenza). Tale quadro delinea spazi di azione piuttosto ampi per gli operatori locali del *welfare* soprattutto in relazione all'esigenza di personalizzare gli interventi e, quindi, di delineare il contenuto concreto delle prestazioni al di là del sussidio di sussistenza definito in modo preciso dalla normativa federale e dalle linee guida dei Lander.

In concreto, pertanto, la logica *top-down* delle competenze e dei processi decisionali dell'assistenza convive con spazi di autonomia che determinano lo sviluppo di aspetti contraddittori quali, da un lato, una positiva flessibilità operativa e, dall'altro, una pericolosa differenziazione territoriale dei livelli di protezione a parità di situazioni.

È da sottolineare che proprio in relazione all'eccessiva diversificazione delle scelte locali rispetto ai benefici non regolamentati dalla legislazione federale che si sono sviluppate le « linee guida » dei Lander (esprese come ordini amministrativi) allo scopo di armonizzare le scelte degli uffici di *welfare* operanti sul territorio del Lander stesso.

La completezza descrittiva del quadro delle competenze richiede un'attenta analisi anche del ruolo esplicato dalle *organizzazioni non governative* e, in particolare, dalle *associazioni del mondo del volontariato*. Infatti in Germania, prima che la legge Federale riconducesse

in ambito istituzionale l'organizzazione dell'assistenza sociale, erano le associazioni del volontariato ad esercitare il supporto sociale a favore dei poveri e dei soggetti deboli.

Tuttavia, anche all'interno dell'odierno quadro istituzionale, risulta evidente il carattere cruciale della funzione svolta dalle associazioni esterne all'amministrazione pubblica, in tutti i passaggi che portano dalla elaborazione delle strategie in materia di assistenza sociale alla erogazione e gestione diretta delle prestazioni *in-kind*.

Il mondo delle associazioni di volontariato nell'ambito del *welfare* risulta estremamente ampio e variegato quanto a forme ed orientamento nonché a tipologie di servizi e prestazioni offerte. Attualmente si computano più di seimila organizzazioni attive, in gran parte raccolte in una delle sei federazioni nazionali che, a loro volta, sono coordinate nell'ambito di una struttura nazionale (l'Associazione Federale degli assistenti sociali volontari).

La presenza delle associazioni volontarie nel comparto dell'assistenza sociale (ed anche in quella sanitaria) è riconosciuta dalla legislazione federale e dei *Länder* e, pertanto, le autorità locali hanno l'obbligo di cooperare ed integrare l'attività delle istituzioni pubbliche con quelle del mondo del volontariato. In particolare, le associazioni volontarie gestiscono strutture residenziali di assistenza ed ospedali per un totale di oltre 2.600.000 posti ed oltre un terzo dei posti in strutture residenziali per anziani.

Inoltre, tra i servizi erogati sono da segnalare quelli di supporto per i rifugiati, i servizi di sostegno materiale e psicologico per minori e famiglie a disagio, gli uffici di consulenza per i richiedenti le prestazioni di assistenza sociale, le campagne di informazione presso i potenziali beneficiari dell'assistenza sociale allo scopo di incrementare il *take-up* delle prestazioni.

Ma le organizzazioni non governative del volontariato sociale non si limitano al ruolo di semplici erogatori ma tendono ad incidere anche sulla elaborazione e lo sviluppo delle strategie di riforma del *welfare*, sia mediante la partecipazione ai canali istituzionali attivati (ad es. in alcuni *Länder* partecipano a consultazioni attivate dalle autorità) sia mediante un incessante attività di studio e promozione che, ad esempio, di recente è stata essenziale nel riporre al centro il problema della povertà indotta dalla stabilizzazione di un'elevata disoccupazione cronica.

3. Le principali prestazioni di assistenza sociale.

Il quadro delle prestazioni di assistenza sociale in Germania risulta meno « affollato » rispetto ad altri paesi proprio perché la *Sozialhilfe* si presenta come un « pacchetto » di supporto completo rispetto all'obiettivo di garantire a tutti i cittadini un livello di vita dignitoso (tavv. 3-4). La *Sozialhilfe* può essere distinta in due grandi rami:

l'assistenza generale (*Hilfe zum Lebensunterhalt*), che costituisce un sostegno continuativo di minimo vitale e si compone di un assegno

monetario mensile di integrazione del reddito del richiedente fino al minimo vitale e della concessione di sussidi *ad hoc* per fronteggiare spese specifiche come acquisto di abiti o mobili. Sono inoltre previste maggiorazioni a seconda delle tipologie di bisogni ed esigenze che caratterizzano l'unità familiare presa in carico;

il sostegno per speciali circostanze (*Hilfe in besonderen Lebenslagen*), che offre sostegno finanziario (e di altro tipo) a soggetti che si trovano ad affrontare le difficoltà legate ad una particolare condizione che può essere ricondotta alle tradizionali categorie di soggetti deboli (disabili, anziani) ma che si estende anche a coloro che non hanno copertura sanitaria per insufficiente contribuzione, o si trovano confrontati a esigenze particolari (ad esempio, vengono coperte le spese per lavori domestici per famiglie senza risorse nel caso la madre si ammali e non possa espletare questa funzione).

I due rami della *Sozialhilfe* presentano differenze sostanziali sotto il profilo dei criteri di accesso e della durata delle erogazioni. Infatti, l'assistenza generale (*Hilfe zum Lebensunterhalt*) non ha una scadenza predefinita ed è un diritto tutelato dalla legge, mentre il sostegno per speciali circostanze (*Hilfe in besonderen Lebenslagen*) ha un elevato grado di discrezionalità (salvo pochi casi specifici previsti dalle legge).

È interessante notare che sebbene entrambi i rami della *Sozialhilfe* siano subordinati alla verifica dei mezzi del richiedente, il *means-testing* risulta più stringente per l'ottenimento dei benefici dell'assistenza generale per la quale il richiedente deve dichiarare la totalità delle proprie risorse, mentre nel caso della domanda per un sussidio legato a difficoltà eccezionali i meccanismi di verifica sono più blandi e del reddito, qualora il sussidio richiesto è contenuto entro un certo tetto, si può anche non tenere conto.

Un altro aspetto rilevante relativamente al *means-testing* è che gli uffici del *welfare* competenti per l'istruzione del dossier sul richiedente hanno facoltà di estendere la verifica ai parenti più prossimi in vita, poiché il codice civile prevede l'obbligatorietà per i familiari in linea diretta di sovvenire ai bisogni primari dei congiunti. Pertanto, l'ottenimento dell'assistenza generale nella forma di un sussidio di integrazione al minimo vitale è subordinata alla valutazione da parte degli uffici competenti della opportunità che le autorità pubbliche si assumano il compito di garantire la sussistenza ad un individuo i cui familiari sono in grado di farlo.

Il meccanismo di determinazione del minimo vitale è relativamente complesso ed è il risultato di un difficile equilibrio tra due indicazioni normative: da un lato, la necessità di garantire il livello di sussistenza e, dall'altro lato, l'obbligo che il livello totale del sostegno ottenuto da una famiglia tramite *Sozialhilfe* rimanga almeno del 15% al di sotto del livello di vita di una famiglia con un sola persona che lavora ed ha un salario minimo. In realtà, per un lungo periodo, quest'ultima regola è stata disattesa anche perché era assente un monitoraggio preciso della situazione di vita delle famiglie supportate dal *Sozialhilfe* rispetto ad altre che sono in posizione marginale nella piramide reddituale.

Però di recente, nell'ambito dei problemi di finanziamento delle prestazioni assistenziali a fronte dell'incremento del numero di richiedenti (visto il livello delle disoccupazione strutturale), le autorità hanno posto con maggiore forza l'accento sulla necessità che « la regola del salario minimo » come tetto dal quale i sussidi assistenziali (e il reddito minimo garantito) devono distare almeno il 15%, sia rispettata. Inoltre, si è accentuata l'attenzione al carattere *in-work* delle prestazioni erogate che richiedono quale corrispettivo da parte dei beneficiari la piena disponibilità a lavorare accettando i lavori che vengono loro offerti.

In termini di *prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza generale* si constata che il sussidio per coprire le spese di sussistenza deve coprire le spese per il cibo, i vestiti, l'igiene personale, il riscaldamento, gli utensili casalinghi, le ordinarie esigenze quotidiane e, in una certa misura, anche le spese per l'abitazione (è però operativo un meccanismo di integrazione col sussidio specificamente riguardante le abitazioni) e la socializzazione e lo sviluppo delle relazioni sociali. Inoltre, al fianco del sussidio di base sono previsti sussidi *ad hoc* e *una tantum* per fronteggiare rilevanti spese specifiche e/o contingenti (acquisto di elettrodomestici essenziali, abiti invernali ecc..)

Nell'ambito dei sussidi per finanziare le spese relative a *speciali circostanze*, i casi specifici per i quali è obbligatorio il supporto dell'assistenza pubblica includono situazione diverse quali spese di prevenzione sanitaria, spese di assistenza per malattia per soggetti non coperti dalla assicurazione obbligatoria, spese per assistenza o supporto all'integrazione di disabili fisici o mentali, spese per l'assistenza a persone non autosufficienti in strutture residenziali o a casa con possibilità di sostenere il pagamento dei contributi malattia per la persona che offre assistenza, spese per l'assistenza domiciliare durante una malattia, spese supplementari sostenute dagli anziani per funzionalizzare la propria abitazione rispetto alle proprie esigenze specifiche e spese necessarie per superare particolari difficoltà e condizioni sociali.

Al di là dei casi indicati che impongono l'intervento pubblico per legge, si colloca la discrezionalità degli uffici di *welfare* locali che possono ampliare la gamma delle situazioni particolarmente difficili nelle quali intervenire.

Un aspetto di notevole importanza concerne la variabilità territoriale delle prestazioni dei due rami del *Sozialhilfe* poiché, per l'assistenza generale si constatano differenze tra *Länder* e *Länder* con riferimento alle modalità di verifica del *means-testing* (in particolare, in relazione alla verifica delle possibilità di sostegno da parte dei parenti prossimi), al livello di informazione dei possibili beneficiari sulle opportunità che questa prestazione offre (ciò incide sul *take-up* che è molto disomogeneo tra le varie aree), al livello del sussidio considerato minimo vitale poiché sono state riscontrate differenze legate non tanto al diverso costo della vita (come appare evidente da rapporto tra grandi città e piccoli centri) quanto alla diversa « propensione sociale » delle autorità locali e dei *Länder*.

Riguardo alle altre tipologie di prestazioni di assistenza sociale attivate in Germania un certa importanza l'ha progressivamente acquisita dell'assistenza per la disoccupazione (*Arbeitslosenhilfe*) spe-

cificamente riferita ai disoccupati di lungo corso che o non hanno mai avuto diritto al sussidio di disoccupazione per insufficiente contribuzione oppure hanno esaurito il periodo durante il quale possono beneficiarne. Anche questa prestazione è soggetta al *means-testing*, ma in questo caso i criteri di determinazione delle risorse risultano meno stringenti rispetto alla verifica legata alle prestazioni dell'assistenza generale. La concessione del beneficio è vincolata dalla disponibilità del richiedente a partecipare a lavori socialmente utili attivati dalle autorità locali.

Sempre nell'ambito delle prestazioni *means-tested* sono da segnalare le prestazioni relative ai costi connessi con le abitazioni (*Wohn-geld*), che sono un diritto e vengono erogati in misura variabile a seconda del livello del reddito, della dimensione della famiglia e delle caratteristiche dell'abitazione (il cui affitto, ovviamente, deve essere quantitativamente ragionevole). È da tenere presente che viene preso in considerazione quale reddito familiare un aggregato intermedio tra il reddito lordo e quello netto.

Inoltre, il sussidio per la casa può servire sia per il pagamento dell'affitto che per fronteggiare i costi di acquisto di una casa. La durata del sussidio è di 12 mesi ma è rinnovabile qualora il richiedente presenti di nuovo domanda e si sottoponga alle verifiche prescritte. Il finanziamento di questa prestazione è frutto di una compartecipazione tra il governo federale e quelle dei Land, mentre l'amministrazione del sussidio spetta alle autorità locali.

La graduazione della prestazione è alla base anche degli *assegni familiari* al quale hanno diritto tutti coloro che risiedono in Germania ed hanno uno più minori di 16 anni a carico. Il vincolo del reddito assume la forma di una riduzione del montante degli assegni familiari al crescere del reddito a parità di numero di figli. Infatti, viene fissato per ogni figlio (70 marchi per il primo, 130 per il secondo ecc.) il livello normale del sussidio che viene poi ridotto man mano che crescono le risorse familiari, fino ad una riduzione anche molto significativa. Inoltre sono previste maggiorazioni dell'importo degli assegni per quei casi che risultano particolarmente gravi.

È da tenere presente che agli assegni familiari è associato l'*abbattimento fiscale per i minori a carico* che si basa sull'attribuzione di una quota fissa di reddito detraibile dall'imponibile per ogni figlio a carico (4.104 marchi nel 1995).

All'interno delle politica sociale per la famiglia si inserisce il *sussidio per l'educazione dei figli* al quale hanno diritto coloro che si occupano dell'educazione e della cura di uno o più figli e che, all'atto della nascita di un figlio abbandonano l'attività lavorativa o che comunque non svolgono attività lavorativa remunerata per più di 19 ore settimanali. Sotto il profilo del *means-testing* questa prestazione monetaria si presenta come un ibrido poiché il vincolo di reddito scatta solo dopo il 6° di vita del bambino e oltre un certo ammontare di reddito non si ha più diritto a questa prestazione.

Tra le prestazioni *not-income related* assume rilevanza l'*assistenza alla formazione* che è rivolta, con modalità e criteri diversi, a studenti della scuola secondaria ed a quelli di livello universitario e consiste in

un sussidio o in un prestito ad interesse zero mirato a finanziare proprio l'impegno del soggetto sul piano della formazione.

Il referente sono gli *Uffici per il lavoro* e, ovviamente, il percorso formativo è personalizzato; inoltre sono previste forme diverse di trattamento qualora si abbia una situazione svantaggiata sotto il profilo economico o della situazione familiare (soprattutto con riferimento alla restituzione del prestito). Questa prestazione è cofinanziata dal livello federale (per il 65%) e dai Lander (35%), e il livello dei benefici risulta piuttosto differenziato.

Sempre in relazione alle prestazioni assistenziali *not income related* sono da prendere in considerazione:

l'indennità sociale e l'assistenza alle vittime di guerra che parte dal presupposto che in presenza di un danno determinato da eventi sui quali si può richiamare la responsabilità collettiva, i danneggiati ed i loro familiari hanno diritto ad un risarcimento da parte della società. Tale diritto è riferito alle vittime di guerra, a coloro che hanno subito danni durante il servizio militare o civile, alle vittime delle vaccinazioni o a coloro che vivendo nella ex-Germania dell'Est hanno subito ingiusta detenzione.

Il diritto al risarcimento sociale assume la forma di un pacchetto di prestazioni monetarie e *in-kind* che vanno da sussidi a terapie mediche e riabilitative, al sostegno nella formazione professionale e nell'ingresso nel mondo del lavoro;

la riabilitazione dei disabili fisici e mentali: tutti coloro che sono disabili o rischiano di diventarci a causa di una malattia invalidante indipendentemente dalla causa della disabilità, hanno diritto ad un pacchetto di prestazioni che interagiscono favorendo l'inserimento del disabile nella società e nel mondo del lavoro in modo congruo rispetto alle sue capacità ed alle sue attitudini. Il pacchetto di prestazioni include le cure medico-infermieristiche riabilitative (inclusa la fornitura di protesi); il sostegno alla formazione e alla riqualificazione professionale mediante vantaggi fiscali all'occupazione, partecipazione a corsi di formazione e di riqualificazione anche alla luce dei problemi specifici indotti dalla disabilità; servizi di promozione dell'integrazione scolastica e sociale e sussidi monetari variabili a seconda del tipo di percorso riabilitativo che il soggetto sta attuando.

3.1. *L'assicurazione obbligatoria per le persone non autosufficienti.*

Dal 1995 in Germania è stata introdotta l'assicurazione obbligatoria per la costituzione di un fondo a favore delle persone non autosufficienti. In sostanza, tutti i cittadini tedeschi sono attualmente coperti rispetto ai bisogni di assistenza nel caso in cui per un qualsiasi evento diventassero non autosufficienti e, a questo scopo, versano contributi che per i lavoratori risultano pari all'1,7% della remunerazione.

In sostanza, la legge prevede che all'atto dell'iscrizione all'assicurazione malattia sia automatica anche l'iscrizione all'assicurazione dipendenza, anche se agli iscritti volontari alla cassa malattia è riconosciuto il diritto di stipulare una polizza privata piuttosto che aderire al fondo pubblico. Per coloro che non sono in grado di pagare

i contributi la legge indica i soggetti che dovranno farsene carico, come ad esempio, per i beneficiari delle prestazioni di disoccupazione è chiamato in causa l'Ufficio federale del lavoro o per i disabili in fase di riabilitazione è l'organismo responsabile della riabilitazione ad essere chiamato in causa.

Altro aspetto fortemente innovativo di questa prestazione *not-income related* risiede nell'esplicito riconoscimento del valore del lavoro di cura e assistenza poiché per tutti coloro che offrono assistenza e non riescono a svolgere un'attività professionale per più di 30 ore settimanali il Fondo dipendenza prende in carico *il pagamento dei contributi* e così da innalzare la protezione sociale a favore di questa categoria di cittadini.

Il Fondo dipendenza prevede il finanziamento di una pluralità di aspetti legati allo specifico della assistenza a non autosufficienti considerando praticabile sia la strada dell'assistenza domiciliare che quella del ricovero in appositi istituti. In concreto, viene data implementazione ad un principio che ritiene prioritaria la prevenzione e la riabilitazione sulle cure mediche e le cure a domicilio su quelle negli istituti.

In particolare, nel regime sociale dell'assicurazione dipendenza è previsto che l'assicurato possa scegliere tra prestazioni in natura (farsi curare presso una struttura convenzionata con il Fondo) e prestazioni in moneta (facendo poi ricorso alle strutture ed alle persone che si reputano più adatte) oppure può proporre un *mix* tra le due tipologie di prestazioni.

La legge indica chiaramente cosa deve intendersi per persona non autosufficiente; infatti, sono da considerarsi tali tutti coloro che necessitano dell'assistenza di una terza persona per compiere gli atti ordinari della vita quotidiana (igiene personale, lavori domestici fondamentali, mobilità, capacità di nutrirsi ecc.). Inoltre la legge prevede una classificazione dei livelli di non autosufficienza in tre grandi categorie a ciascuna delle quali è riservata una particolare combinazione di prestazioni erogabili.

In riferimento al vincolo della disponibilità del reddito è da notare che esso opera dal lato della contribuzione poiché i contributi che ciascun assicurato deve versare variano al variare del reddito.

3.2. La struttura dei servizi.

In Germania si constata l'attivazione di una gamma ampia ed articolata di prestazioni *in-kind* con tipologie di servizi differenziati pur nella crescente applicazione del principio che vuole la prevalenza dell'assistenza domiciliare rispetto a forme residenziali di assistenza.

Di particolare interesse lo sviluppo di istituti rivolti ai disabili nell'ambito del programma generale di riabilitazione. Infatti, sono attualmente operanti un numero importante di *centri di formazione professionale* che sono, in genere, degli organismi interaziendali all'interno dei quali viene data una formazione professionale iniziale ai giovani disabili compresa assistenza medica, psicologica e pedagogica. Attualmente esiste una rete di 46 centri di tale genere con un totale di quasi 12.800 posti, otto dei quali risultano situati nei nuovi *Länder*.

Strutture analoghe sono i *centri di promozione professionale*, anch'essi organismi interaziendali per disabili adulti che ricevono

supporto anche psicologico e medico. Attualmente sono presenti 28 centri di questo genere per un totale di 15.000 posti (3.000 dei quali collocati nei nuovi *Land*).

Importanti sono anche i *centri di riabilitazione medico-professionale* che sono specificamente destinati alle persone colpite da particolari forme di disabilità (lesioni cerebrali, paraplegie, affezioni cardiache ecc.). In sostanza, si tratta di strutture che costituiscono una specie di *trait d'union* tra i centri di riabilitazione sanitari ed i centri professionali. Attualmente ne sono attivi 17 per un totale di 2.780 letti, anche se è da notare che sono tutti concentrati nei vecchi *Lander*.

Inoltre, sempre nell'ambito delle strutture destinate ai disabili, sono da segnalare gli *ateliers per disabili* dove coloro che per causa della disabilità non sono ancora in grado di entrare nel mercato del lavoro possono svolgere una attività appropriata e adeguatamente remunerata. Gli *atelier* attivati sono 590 per oltre 140.000 posti, di cui 170 per 18.000 posti nei nuovi *Lander*.

Una attenzione particolare viene prestata all'assistenza domiciliare soprattutto a partire dall'implementazione della assicurazione per i non autosufficienti. Infatti, tra le prestazioni previste c'è il ricorso all'*assistenza domiciliare* che può essere erogata sia da strutture pubbliche locali sia da associazioni private opportunamente convenzionate con la Cassa che gestisce l'assicurazione dipendenza. Sempre all'interno delle prestazioni previste dalla Cassa dipendenza si rilevano:

centri di cura e riabilitazione diurni o per brevi soggiorni che possono anche essere gestiti da associazioni e privati ma convenzionati con la Cassa che, a seconda del grado di non autosufficienza del soggetto, contribuisce al pagamento delle spese di cura in cifra fissa;

istituti di cura di lungodegenza anche questi a gestione pubblica o da parte di associazioni volontarie convenzionate. La Cassa dipendenza, in questo caso, garantisce una copertura rilevante delle spese medico-sanitarie, mentre le spese di vitto e alloggio sono a carico del ricoverato.

A livello locale sono poi previste specifiche tipologie di servizi e prestazioni che possono andare dall'implementazione di servizi di assistenza domiciliare estesi anche alle famiglie con gravi problemi economici alla concessione della gratuità dei trasporti, pubblici per anziani, disabili gravi e soggetti con ridotte risorse economiche.

Nella struttura dei servizi, come è stato già sottolineato, un ruolo assolutamente centrale è svolto dall'ampio ed articolato mondo delle associazioni del volontariato che, peraltro, sono escluse dalla gestione delle prestazioni monetarie. Ovviamente le strutture gestite da soggetti non pubblici sono soggetti al convenzionamento con le strutture che erogano le prestazioni e sono chiamate ad affrontare il peso economico dei servizi (ad esempio le Casse locali).

Inoltre, il meccanismo della compartecipazione è esplicitamente previsto per tutte le tipologie di servizi e varia in funzione del reddito e del livello di spese che il soggetto si trova ad affrontare.

Tav. 1 - Sistema della protezione sociale in Germania

Branca	Assicurati	Tipologia di prestazioni offerte	Organismi gestori	*Finanziamento	Altro
Assicurazione malattia	- Salarati - Studenti - Persone in formazione - Pensionati - Disabili esercenti un lavoro negli <i>atelier</i> riconosciuti - Percettori del sussidio di disoccupazione - Agricoltori - Affiliati volontari (salarati con redditi superiori al tetto che obbliga al versamento dei contributi) - Parenti dei minori scolarizzati assicurati	- Copertura delle spese mediche (prevenzione, farmaci, visite presso medici accreditati dalle casse, ricoveri ospedalieri) - Versamento di indennità giornaliera in caso mancato pagamento del salario per malattia - Indennità per 10 giorni (20 giorni per genitore solo) per assistere i figli in caso di loro malattia - Assistenza per lavori domestici in caso di temporanea autosufficienza per malattia - Prestazioni <i>in-kind</i> e sussidi di maternità - Spese per funerali	- Casse locali di malattia di impresa o corporative - Casse dei marinai - Casse dei minatori - Casse degli agricoltori	- Contributi obbligatori per metà a carico del lavoratore e per metà del datore di lavoro - Contributi in funzione del livello del reddito - Il tasso medio di contribuzione è pari al 13,2% (13% nei nuovi Land)	- E' prevista la compartecipazione finanziaria degli assicurati per le spese per farmaci, visite mediche, ricoveri ospedalieri (primi 14 giorni) e altre prestazioni sanitarie - Sono esenti i beneficiari delle prestazioni di assistenza sociale - Sono parzialmente esenti coloro che hanno un reddito superiore al minimo vitale ma inferiore ad un dato <i>plafond</i> (la spesa globale per i ticket non può superare il tetto del 2% del reddito lordo)

Branca	Assicurati	Tipologia di prestazioni offerte	Organismi gestori	Finanziamento	Altro
Assicurazione-infortuni	- Lavoratori salariati - Persone in formazione - Agricoltori - Scolari, studenti - Membri della protezione civile, donatori di sangue, ecc. - Imprenditori, liberi professionisti e autonomi possono iscriversi a titolo personale	- Sussidi (indennità giornaliera, pensione da invalido del lavoro, ecc.) - Programma di riabilitazione (tutte le spese medico-riabilitative inclusi i ricoveri ospedalieri) - Programma di riqualificazione professionale (ricollocazione professionale tramite corsi)	- Associazioni mutualistiche agricole e industriali contro gli incidenti - Organismi pubblici di gestione dell'assicurazione malattia	- Contributi a carico dei datori di lavoro - Contributi funzione della massa salariale annua e del rischio connessa con l'attività gestita	

Branca	Assicurati	Tipologia di prestazioni offerte	Organismi gestori	Finanziamento	Altro
Assicurazioni di invalidità, vecchiaia	- Lavoratori salariati - Persone in formazione - Militari - Artigiani - Artisti e giornalisti free-lance - Madri e padri che assistono i figli fino al compimento del 1° anno di età - Soggetti che offrono assistenza nell'ambito della assicurazione per persone non autosufficienti - I beneficiari di alcuni dei sussidi sociali (assistenza disoccupazione)	- Pensioni di vecchiaia - Pensioni legate alla diminuzione della capacità di guadagno - Pensioni di reversibilità	- Per i lavoratori e gli artigiani: • istituti regionali di assicurazione dei lavoratori • istituto federale di assicurazione dei ferrovieri • Cassa assicurazione sociale dei marinai - Per gli impiegati: • istituto federale degli impiegati - Per i minatori: • istituto di assicurazione dei minatori - Per gli agricoltori: • cassa mutua di vecchiaia degli agricoltori, presso le associazioni mutualistiche degli agricoltori	- Contributi a carico di datori di lavoro e lavoratori (metà ciascuno) - nel 1995 il tasso medio di contribuzione è stato pari al 18,6% del salario lordo - I contributi sono funzione della remunerazione fino ad un tetto di versamento (7.800 Dm nei vecchi Länder nel 1995) - Esiste una piccola quota di finanziamento federale per le spese di malattia	- Non sono assoggettati all'obbligo contributivo: * coloro che esercitano una attività per meno di 15 ore settimanali a basso reddito * funzionari, magistrati, militari di carriera * studenti - lavoratori * pensionati

Branca	Assicurati	Tipologia di prestazioni offerte	Organismi gestori	Finanziamento	Altro
Assicurazione contro la disoccupazione	- Tutti i percettori di reddito che versano i contributi	- Sussidio disoccupazione - Assistenza disoccupazione (anche per coloro che non hanno versato contributi) - Indennità di disoccupazione parziale - Promozione individuale alla formazione e riqualificazione professionale - Promozione per l'accesso al lavoro e per la creazione di imprese	- Ufficio federale del lavoro e uffici distaccati regionali	- Contributi a carico di lavoratori e datori di lavoro - Tasso medio di contribuzione pari al 6,5% nel 1995 - Esiste una quota di finanziamento proveniente dalle mutue dell'assicurazione incidenti	- I sussidi per la disoccupazione fanno parte di un sistema globale di politiche attive del lavoro gestito dall'ufficio federale del lavoro

Branca	Assicurati	Tipologia di prestazioni offerte	Organismi gestori	Finanziamento	Altro
Assicurazione obbligatoria a favore delle persone non autosufficienti	- Tutti i cittadini tedeschi	- Assistenza domiciliare diretta tramite il personale di strutture accreditate - Sussidio a favore di un soggetto che presta assistenza (è anche possibile un <i>mix</i> tra assistenza erogata da strutture accreditate e quella data dai familiari o da terze persone) - Attrezzature necessarie all'assistito, indennità per lavori di funzionalizzazione dell'ambiente domestico, corsi di qualificazione all'assistenza per i familiari - Cure con soggiorno a tempo parziale presso strutture specializzate - Versamento dei contributi di invalidità e vecchiaia per coloro che prestano assistenza - Assistenza presso strutture specializzate (le spese di mantenimento sono a carico degli assicurati come nel caso dell'Assistenza domiciliare)	- Casse dell'assicurazione dipendenza le cui attribuzioni e competenze sono assunte dagli organismi dell'assicurazione malattia	- Contributi a carico di lavoratori e datori di lavoro - Ufficio federale del lavoro contribuisce per i beneficiari dei sussidi della disoccupazione - Gli organismi che hanno in carica disabili in riabilitazione sono responsabili del versamento dei loro contributi - Gli organi dell'assistenza sociale versano i contributi per coloro che beneficiano delle varie tipologie di prestazioni sociali	- La legge definisce lo stato di non autosufficienza come una condizione nella quale è necessaria l'assistenza di una terza persona per far fronte agli atti ordinari della vita quotidiana - Il grado di autosufficienza è suddiviso in tre categorie che corrispondono ad un diverso livello di gravità dello stato di non autosufficienza - Le prestazioni sono modulate a seconda della categoria alla quale appartiene il beneficiario

Tav. 2 - Le principali competenze in materia di assistenza sociale in Germania

LIVELLO CENTRALE	
Parlamento Federale	- Elabora le normative che fissano i criteri generali in materia di accesso alle prestazioni sociali
Governo Federale	- Regolamenta i limiti inferiori e superiori in cui possono oscillare i benefici dell' "Assistenza Generale" erogati dai <i>Länder</i> e dalle Autorità Locali - Contribuisce in minima parte (1% circa) al finanziamento delle prestazioni di assistenza sociale - Il Ministro della Sanità ha la responsabilità politica in materia di assistenza sociale
LIVELLO LOCALE	
<i>Länder</i>	- Sono responsabili della implementazione dell'assistenza sociale nel rispetto dei vincoli costituzionali, della normativa e della regolamentazione federale - Hanno il potere di delegare alle autorità locali la gestione di alcune prestazioni di assistenza sociale e una parte dei propri poteri in materia di assistenza sociale - Fissano i livelli delle prestazioni all'interno del campo di oscillazione indicato dalla normativa e della regolamentazione federale - Elaborano direttive riguardo ai criteri che le autorità locali devono rispettare nel valutare le richieste di prestazioni - Coprono una parte del finanziamento delle prestazioni di assistenza sociale (ad es.: il 20% del finanziamento del <i>Sozialhilfe</i>) - Possono influenzare le scelte del Governo Federale attraverso l'iniziativa nella <i>Bundesrat</i> (Camera Alta) che è composta dai governi dei <i>Länder</i>, e nel "Comitato di mediazione" che svolge funzione di mediazione tra i due rami del Parlamento Federale quando insorgono contrasti su proposte di Legge che incidono sul budget dei <i>Länder</i>
Autorità locali	- Amministrano e implementano l'assistenza sociale nel rispetto dei vincoli definiti dalla normativa federale e dalle direttive dei <i>Länder</i> - Possono influenzare le scelte dei <i>Länder</i> tramite l'iniziativa delle associazioni delle autorità locali, sul modello della <i>Stadteitag</i> (Associazione delle grandi città) - Coprono gran parte del finanziamento delle prestazioni di assistenza sociale (circa l'80% del <i>Sozialhilfe</i>) - Gli uffici sociali operano come <i>front-office</i> per l'accesso alle prestazioni - Decidono, nel rispetto dei criteri indicati dai <i>Länder</i>, per gli aspetti discrezionali delle prestazioni (ad es.: pagamento di sussidi supplementari per sostenere i costi connessi con le abitazioni, o per fronteggiare bisogni temporanei, ecc.)

Segue Tav. 2

**Organismi non-governativi del volontariato
nel welfare
(Wohlfahrtspflege)**

- Attualmente risultano oltre 6.000 associazioni volontarie operanti nel comparto socio-sanitario assistenziale, in gran parte aderenti a una delle sei Federazioni nazionali
- La Federazione nazionale degli assistenti sociali volontari è l'organismo federale che raggruppa le sei federazioni del volontariato
- Si occupano in convenzione della gestione e della offerta di:
 - * servizi residenziali per disabili, anziani, persone non autosufficienti; uffici di consulenza e supporto per i richiedenti le prestazioni di assistenza sociale e per i rifugiati; servizi di sostegno alle famiglie e ai minori a disagio; servizi ospedalieri
- In alcuni *Länder* contribuiscono alla elaborazione delle politiche sociali mediante la partecipazione a consulte attivate pubbliche

Tav. 3 - 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
- Assistenza generale (Hilfe zur Lebensunterhalt) - Sostegno per situazioni di vita particolarmente difficili (Hilfe in besonderen Lebenslagen) - Assegni familiari - Sussidi per i costi connessi con le abitazioni (Wohngeld)	- Sussidio per l'educazione dei figli* - Indennità sociale e assistenza alle vittime di guerra - Prestazioni dell'assicurazione obbligatoria a favore delle persone non autosufficienti - Prestazioni dei programmi di riabilitazione dei disabili - Assistenza all'educazione ed alla formazione**

* Il vincolo di reddito opera a partire dal compimento del 7° mese da parte del bambino assistito

** Il vincolo di reddito può operare nella determinazione dei tempi e delle modalità di restituzione dei prestiti allo studio ed alla formazione

Tab. 4 - Principali Prestazioni di assistenza sociale in Germania

	Target group	Requisiti specifici	Tipologia prestazioni
Sozialhilfe			
a. Assistenza generale (Hilfe zur Lebensunterhalt)	- Soggetti e famiglie con reddito inferiore ad un livello prefissato	- Essere residente - non essere in grado di sovvenire ai propri bisogni fondamentali	- Assegno monetario mensile di integrazione del reddito fino al minimo vitale - Sussidi una tantum per bisogni specifici (acquisto vestiti, mobili, cibo, ecc.)
b. Sostegno per situazioni di vita particolarmente difficili (Hilfe in besonderen Lebenslagen)	- Disabili, anziani, persone non auto sufficienti o malate, gestanti, soggetti con difficoltà economiche e sociali	- Essere residenti - Avere un reddito inferiore alle soglie prestabilite per ciascuna prestazione	- Sussidi monetari variabili per fronteggiare spese particolari (come spese sanitarie, spese per assistenza a disabili, ecc.) - Assistenza domiciliare - Assistenza medica ed infermieristica
Assistenza per la disoccupazione (Arbeitslosenhilfe)	- Disoccupati	- Essere residenti - Essere disoccupati - Non avere assicurazione sociale oppure avere esaurito il periodo previsto per il sussidio di disoccupazione - Avere un reddito inferiore ai livelli previsti	- Sussidio monetario variabile a seconda del bisogno - Partecipazione a lavori socialmente utili
Sussidi per i costi connessi con l'abitazione (Wohngeld)	- Famiglie al di sotto di un tetto di reddito prefissato	- Dover sostenere un affitto o un mutuo eccessivo per il proprio reddito	- Sussidio monetario variabile a seconda del reddito familiare e dell'affitto da pagare - Sussidio monetario variabile a seconda del reddito familiare e del livello del mutuo, ma non superiore al tetto fissato dalle autorità - Prestiti agevolati

	Target group	Requisiti specifici	Tipologia prestazioni
Assegni familiari	- Famiglie con prole	- Essere residenti - Avere uno o più bambini a carico di età inferiore a 16 anni, fino a 27 e più in casi particolari (invalidità, svolge lavoro volontario, ecc.)	- Sussidi monetari variabili a seconda del numero di figli e del livello del reddito - E' previsto l'abbattimento fiscale per i minori a carico sulla base di una quota fissa per ogni figlio a carico
Sussidio per l'educazione dei figli	- Famiglie con prole	- Essere residenti o stranieri con permesso di soggiorno - Non disporre di un lavoro remunerato a tempo pieno - Oppure, abbandonare la propria attività lavorativa alla nascita del proprio figlio - Avere già uno o più bambini a carico e averne cura - A partire dal 6° mese di vita del bambino, non superare i limiti di reddito fissati dalla legge	- sussidio monetario
Assistenza all'educazione ed alla formazione	- Studenti - Soggetti che partecipano a corsi di formazione	- Essere residenti - Essere studenti di scuola superiore - Oppure, essere studenti delle scuole professionali a partire dal 10° anno di scolarità - Oppure, essere studenti di scuole serali e per adulti	- Sussidi monetari - Prestiti senza interessi

	Target group	Requisiti specifici	Tipologia prestazioni
Indennità sociale/assistenza alle vittime di guerra	- Vittime di atti di violenza - Soggetti che hanno avuto danni dalle misure di vaccinazione - Ex-cittadini della Repubblica Democratica Tedesca che hanno subito una ingiusta detenzione con implicazioni sullo stato psico-fisico della persona	- Essere residenti - Avere sofferto di un danno alla salute causato da un atto di violenza che implica la responsabilità della collettività	- Cure mediche - Ricoveri ospedalieri - Ausili e protesì - Indennità monetarie specifiche per l'acquisto di oggetti necessari - Assistenza domiciliare
Riabilitazione dei disabili	- Disabili	- Residenti - Disabilità fisica, mentale o psichica - Oppure, malattie che determinano un deterioramento delle capacità psico-fisiche	- Prestazioni mediche e riabilitative - Prestazioni di promozione professionale (formazione iniziale e avanzata, centri di formazione, ecc.) - Prestazioni di integrazione scolastica e sociale - Prestazioni specifiche per i casi di disabilità grave
Assicurazione obbligatoria a favore delle persone non autosufficienti	- Disabili, anziani, soggetti non autosufficienti	- Residenti - Essere dipendente per almeno 6 mesi dall'aiuto di un'altra persona nell'esplicazione degli atti della vita ordinaria (igiene personale, alimentazione, mobilità)	- Assegni monetari e versamento dei contributi per i soggetti che si occupano del soggetto non autosufficiente - Assistenza domiciliare - Cure presso istituti specializzati - Ausili e protesì

Francia

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

Il sistema della protezione sociale in Francia è particolarmente complesso e si caratterizza come un modello intermedio tra il modello *bismarckiano* fondato sulle assicurazioni sociali obbligatorie e quello *beveridgiano* di tipo universalistico (tav. 1). Più in specifico, si rileva che al centro del sistema della protezione sociale francese è collocata la Sicurezza Sociale (*Securité Sociale*) che si compone di una pluralità di schemi assicurativi che prendono in carico, per intero o in parte, tutti i grandi rischi (malattia, invalidità, disoccupazione, vecchiaia ecc.).

Sebbene i regimi principali (schemi assicurativi) siano quattro, quello più importante, per numero di assicurati e per ammontare di prestazioni erogate (ad esempio, la totalità delle prestazioni familiari), è il *Regime generale dei salariati non agricoli* che copre, oltre all'insieme dei lavoratori dipendenti, numerose altre categorie quali i lavoratori a domicilio, gli studenti ecc. Il Regime Generale si compone di quattro aree (*branche*), ciascuna delle quali gestisce i contributi e le prestazioni relative a uno o più grandi rischi (tav. 2). Ciascuna area si caratterizza per una struttura piramidale con al vertice un organismo nazionale che dirige, coordina e vigila sull'attività di una rete di casse territoriali (a livello regionale, dipartimentale e/o infradipartimentale).

Le quattro aree sono:

Cassa nazionale sussidi e assegni familiari (Cnaf) che gestisce l'insieme delle prestazioni familiari ed un fondo nazionale di assistenza sociale e si articola in 115 casse (Caf) operanti a livello sub-territoriale;

Cassa nazionale assicurazioni malattia (Cnamts) che si occupa dei rischi di malattia, maternità, invalidità-decesso, incidenti sul lavoro e malattie professionali. Inoltre, gestisce un Fondo nazionale di azione sanitaria e sociale ed un Fondo nazionale di prevenzione. Le 129 Casse primarie di assicurazione malattia (Cpam) gestiscono immatricolazione, liquidazione e pagamento delle prestazioni a livello sub-territoriale;

Cassa nazionale assicurazioni vecchiaia (Cnavts) gestisce l'assicurazione sulla vecchiaia e quella per vedovi/e e sviluppa iniziative, sul piano socio-sanitario, a favore dei pensionati. È l'unica cassa che dispone di organismi operanti su scala regionale (Cram) che sono competenti non solo nell'ambito delle assicurazioni malattia ma anche riguardo alla implementazione della politica ospedaliera privata (accreditamento e fissazione delle tariffe per prestazione);

Agenzia centrale degli organismi della sicurezza sociale (Acos) che si occupa della gestione della tesoreria del regime generale e sovrin-

tende all'operato di 105 organismi di base a livello dipartimentale che sono responsabili della riscossione dei contributi sociali.

L'autonomia gestionale delle casse e la gestione degli organismi da parte di rappresentanti eletti dagli assicurati costituiscono i due principi fondanti della sicurezza sociale in perfetta sintonia con la tradizione mutualista francese sulla quale storicamente si è innervato il sistema.

D'altra parte, però, la funzione pubblica esercitata dalle casse ha trovato espressione nel particolare rapporto con lo Stato definito normativamente come « tutela ». In concreto, la funzione di controllo e verifica dello Stato sul rispetto delle finalità pubbliche da parte degli organi gestori delle Casse si esplicita in una serie di poteri che vanno da quelli di annullamento, di sospensione e di opposizione alle decisioni a quelli di sostituzione, d'ingiunzione o di dissoluzione degli organi dirigenti oltre alla possibilità di revoca delle nomine.

È, però, da rilevare che il potere di tutela ha subito una significativa evoluzione verso un maggior rispetto dell'autonomia gestionale delle casse, fino alla importante riforma del 1994 che ha specificato e semplificato il rapporto Stato-casse facendo prevalere meccanismi di verifica e valutazione *ex-post* rispetto a controlli *ex-ante* che risultavano particolarmente vincolanti per l'autonomia d'azione degli organismi sociali.

Al fianco del complesso quadro della sicurezza sociale dominato dal principio contributivo (anche se con una forte vocazione universalistica) si inserisce lo specifico costituito dall'assistenza sociale (*Aide sociale*) che può essere definita come il sostegno offerto dalle autorità pubbliche alle persone che dispongono di risorse insufficienti (da intendersi non solo come reddito inadeguato, ma anche come mancanza di lavoro, di abitazione, di accesso all'istruzione, di adeguate relazioni sociali). In sostanza, si tratta di un insieme di prestazioni monetarie e in natura che esprimono il dovere di solidarietà della comunità verso i soggetti più deboli e che, pertanto, si distingue in modo netto dal meccanismo dell'assicurazione.

Il fondamento dell'assistenza è costituito dal bisogno del soggetto che chiede (o per il quale altri chiedono) la presa in carico da parte dei pubblici poteri e, ciò, naturalmente implica una verifica ed una valutazione della situazione effettiva del potenziale beneficiario *del-l'Aide sociale*. Pertanto, *l'Aide sociale* è da considerarsi un diritto *octroyée*, poiché la sua concessione è subordinata alla verifica ed alla valutazione della sussistenza del bisogno da parte di una commissione sulla base di criteri normativamente determinati.

È poi da notare come al fianco dell'assistenza sociale gestita dalle pubbliche autorità (*l'Aide sociale*) si colloca l'iniziativa in campo sanitario e sociale propria delle Casse che, in alcuni casi, dispongono di Fondi specifici utilizzabili per l'assistenza sociale. Pertanto, occorre tenere ferma la distinzione tra *l'Aide sociale* che ha carattere pubblico, è gestito dai Dipartimenti ed è preponderante sotto il profilo delle risorse mobilitate e del numero di beneficiari e *l'Action sociale* che, invece, fa capo alle casse locali o nazionali della sicurezza sociale.

Risulta interessante mettere in luce che il sistema delle prestazioni sociali in Francia ha visto, sotto il profilo *quantitativo* una tendenza alla

crescita per tutto il periodo che va dal 1991 al 1994 sia per le prestazioni in denaro che per quanto riguarda quelle in natura (tab. 1).

Con riferimento alla distribuzione delle prestazioni di protezione sociale *per funzione* si rileva che la parte più rilevante delle risorse risulta assorbita dal capitolo rappresentato dalla vecchiaia, seguito da quello relativo alla malattia, mentre sul piano della dinamica della spesa spicca la funzione collocamento, orientamento professionale, mobilità la quale, in tutta evidenza, raccoglie il peso crescente delle risorse destinate a finanziare le misure di politica attiva del lavoro (tab. 2).

2. L'articolazione delle competenze.

Nel quadro dell'assistenza sociale che qui viene proposto sono analizzati sia gli aspetti relativi all'*aide sociale* ed all'*action sociale* che quelli riguardanti prestazioni di protezione sociale gestite dalle casse.

L'analisi delle competenze e delle responsabilità nel campo dell'assistenza sociale in Francia mette in luce come a partire dal 1984, di pari passo con la ristrutturazione istituzionale portata avanti da Mitterand (la *decentralisation*), si è verificato un radicale processo di *devoluzione* di poteri e competenze dalle strutture dello Stato agli organi elettivi locali, in particolare i Consigli Generali dei Dipartimenti.

La decentralizzazione è stata avviata con la legge quadro del 2 marzo 1982 che individuava diritti e libertà degli Enti Locali (Regioni, Dipartimenti e Comuni) e, tramite trasferimento dal centro alle autorità locali di blocchi successivi di competenze, in pochi anni ha completamente ridislocato la struttura dei poteri anche sul piano dell'imposizione fiscale e delle spese.

Tra le competenze ridislocate dal centro agli Enti Locali la più rilevante in termini di risorse finanziarie mobilitate è senza dubbio l'*Aide sociale* che, dal 1° gennaio 1984, rientra tra le responsabilità dei Dipartimenti e, in misura minore, dei Comuni (tav. 3).

È da sottolineare però che il ruolo dello Stato centrale rimane tuttora cruciale nel campo dell'assistenza sociale poiché al Parlamento è attribuito il potere di legiferare in campo sociale, e le competenze e l'azione dei Dipartimenti non possono che esprimersi all'interno del quadro normativo definito. Ciò significa, in sostanza, che è a livello centrale (sul piano normativo o della regolamentazione) che vengono fissati i criteri e le modalità di accesso ai benefici nonché l'ammontare minimo delle prestazioni in modo da evitare il costituirsi di disparità eccessive tra i Dipartimenti.

Tuttavia, le principali competenze istituzionali in materia di assistenza sociale nell'architettura istituzionale definita dalla *decentralisation* sono attribuite al Consiglio generale del Dipartimento, organo eletto a suffraggio universale, che ha la responsabilità ed assicura il finanziamento:

del servizio dipartimentale di azione sociale;

del servizio di sostegno sociale all'infanzia (*Aide sociale a l'enfance*);

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 famiglie 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	Fiscaltà generale	Contributivo	Fiscaltà 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

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.%)

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

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 Intercomunalmente 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-socials spécialisés) - 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

Target group	Requisiti	Tipologia delle prestazioni
Sussidio agli adulti disabili (Allocation aux adultes handicapés) Disabili	- Nazionalità francese, cittadino di un Paese UE, rifugiato o apolide, residente in Francia da un certo periodo - Avere più di 20 anni oppure essere giovani tra 16 e 20 anni non più a carico dei genitori e con remunerazione superiore al 53% dello Smic*, sposati o conviventi e con il diritto alle "prestazioni familiari" - Avere una invalidità permanente pari ad almeno l'80% o essere nell'incapacità di trovarsi un lavoro a condizione di avere una invalidità permanente di almeno il 50% (quest'ultima condizione è in vigore dall'1.1.1994) - Non beneficiare di una pensione di invalidità o di una rendita per invalidità da incidente stradale di un ammontare superiore a quello del sussidio - Avere avuto nell'anno precedente la presentazione della richiesta di sussidio, un ammontare di risorse inferiore ad un tetto prefissato	- Sussidio monetario mensile - Affiliazione gratuita all'assicurazione malattia - Qualora la somma del sussidio e delle proprie risorse supera il <i>plafond</i> delle risorse, il sussidio è decurtato della differenza - In caso di ospedalizzazione superiore a 60 giorni il sussidio è decurtato del 20% nel caso in cui il beneficiario sia sposato e del 35% se celibe, vedovo o divorziato - Le persone con un figlio handicappato a carico beneficiano dell'affiliazione gratuita all'assicurazione vecchiaia
Minimo di invalidità (Minimum Invalidité) Disabili, malati	- Essere stabilmente residenti in Francia - Essere disabili o affetti da malattia e non potere svolgere alcuna attività lavorativa - Avere un ammontare di risorse inferiore ad un dato <i>plafond</i>	- Sussidio monetario
Minimo di vecchiaia (Minimum vieillesse) Anziani	- Essere residenti - Avere compiuto 65 anni o 60 anni in caso di disabilità - Avere un ammontare di risorse inferiore ad un dato <i>plafond</i>	- Sussidio monetario integrativo delle risorse dei pensionati fino al livello minimo

	Target group	Requisiti	Tipologia delle prestazioni
Sostegno medico (Aide médicale)	Soggetti a basso reddito	- Essere residenti (per gli stranieri, almeno 3 anni di residenza in Francia) - Avere risorse insufficienti per pagare i contributi per l'assicurazione personale - Avere risorse insufficienti per fronteggiare le spese per le cure mediche - Oppure essere senza fissa dimora e senza risorse	- Affiliazione gratuita all'assicurazione sociale malattia maternità - Pagamento delle spese per cure mediche non rimborsate dalla sicurezza sociale
Sussidio per l'abitazione (Allocation logement)	Soggetti a basso reddito	- Occupare per almeno 8 mesi l'anno un'abitazione come domicilio primario - Oppure occupare una stanza in una collettività (residence universitario, casa di riposo, casa d'accoglienza, ecc.) - Oppure essere ricoverati in centri di lungodegenza - Oppure occupare una abitazione che risponda ad alcuni requisiti di comfort variabili a seconda del numero di persone che vi abitano - Avere un ammontare di risorse inferiore ai tetti prefissati variabili a seconda del reddito, delle persone a carico, delle spese per l'abitazione (affitto, mutuo, ecc.)	Sussidio monetario per: - Pagamento affitto - Rimborso di prestito contratto per l'acquisto della casa - Pagamento lavori di miglioramento dell'abitazione (secondo le norme di sicurezza, igiene e comfort)
Sussidio per genitore solo (Allocation de parent isolé)	Famiglie monogenitoriali con uno o più figli a carico	- Essere residenti - Essere incinta o avere a carico almeno un bambino - Disporre di un ammontare di risorse inferiore ad un dato plafond	- Sussidio monetario pari alla differenza tra le risorse del richiedente e il livello del minimo garantito - Rimborso delle spese mediche

	Target group	Requisiti	Tipologia delle prestazioni
Sussidio supplementare (Allocation supplémentaire)	Anziani	- Avere compiuto 65 anni o 60 anni in caso di disabilità - Essere residente in Francia oppure essere rifugiati o apolidi - Beneficiare già di una pensione di invalidità o di un beneficio legato alla anzianità - Disporre di risorse inferiori ad un dato plafond	- Sussidio monetario - Gratuità dei trasporti pubblici nei grandi comuni
Sussidio di compensazione (Allocation compensatrice)	Disabili maggiori di 16 anni	- Essere disabili - Avere un ammontare di risorse inferiore ad un dato plafond - Dimostrare di impiegare le erogazioni monetarie per affrontare spese specificamente legate allo stato di disabili	- Sussidi monetari per fronteggiare spese legate alla disabilità (ad es.: remunerazione per un soggetto che offre assistenza)
Sussidio per bambini piccoli (Allocation pour jeune enfant)	Famiglie con figli minori di 3 anni	- Essere gestanti - Oppure avere a carico un bambino minore di 3 anni - Avere un ammontare di risorse inferiore al plafond prefissato	- Sussidio monetario
Assegni familiari (Allocations familiales)	Famiglie con almeno due figli a carico	- Residenti con 2 figli a carico anch'essi residenti in Francia - Età dei figli non superiore a 18 anni per coloro che cessano gli studi, a 20 per gli studenti, gli apprendisti e gli stagiaires (con remunerazione pari o inferiore al 55% dello SMIC), gli invalidi ed i beneficiari del sussidio speciale per l'educazione	- Un assegno mensile variabile a seconda del numero di figli a carico - Al compimento del 10° e del 15° anno dei figli a carico sono previsti aumenti dell'assegno mensile

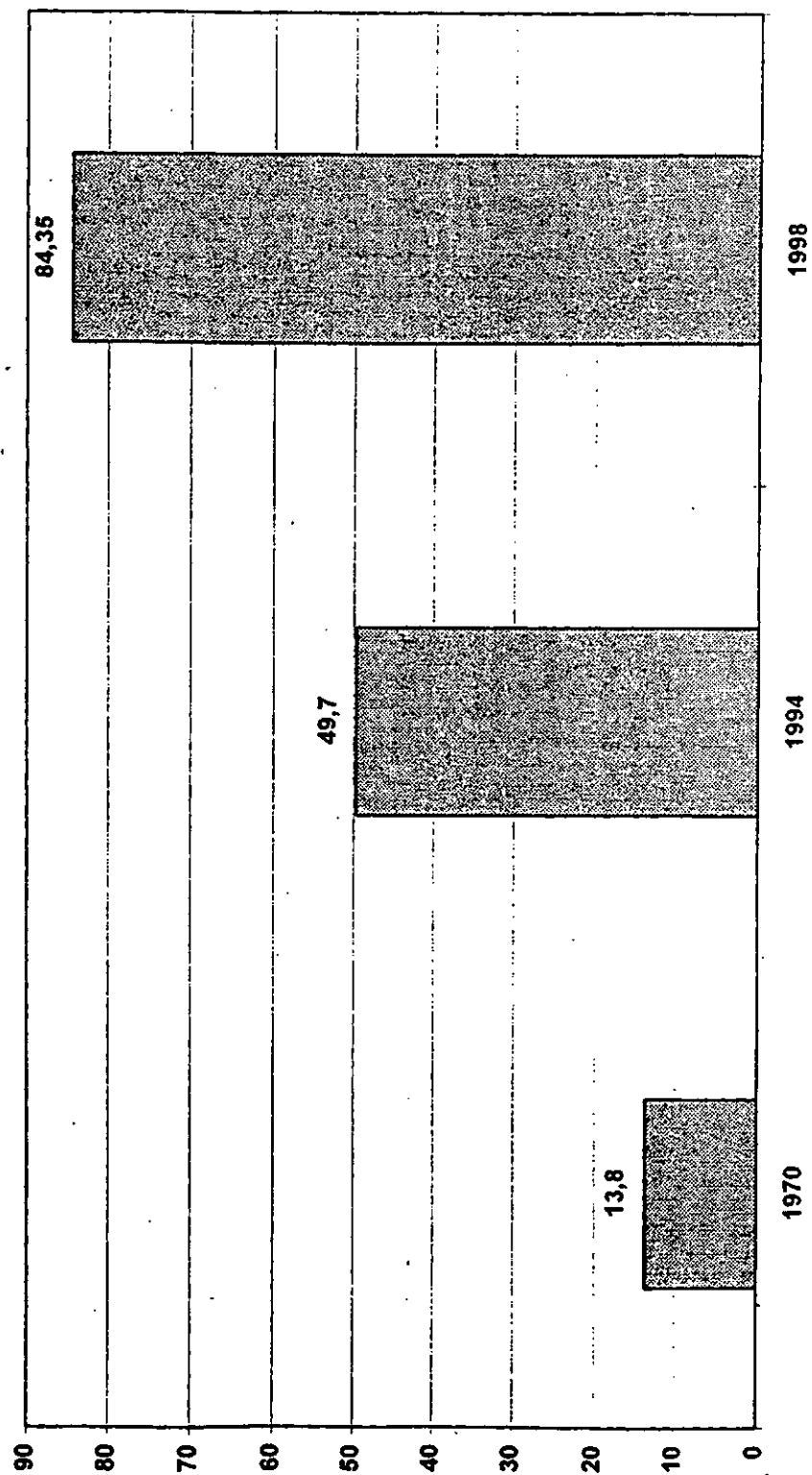
	Target	Requisiti	Tipologia delle prestazioni
Sussidio di educazione speciale (Allocation d'education speciale)	Disabili	- Avere cura di un disabile di età inferiore a 20 anni con una invalidità pari all'80% se il disabile risiede in casa e pari ad almeno il 50% se è ammesso come esterno in un istituto specializzato	Sussidio monetario variabile a seconda del grado di disabilità e del bisogno di assistenza
Sussidio per l'educazione (Allocation parentale d'education)	Famiglie con almeno 2 figli	- Interrompere la propria attività e esercitare una attività a tempo parziale o seguire un corso di formazione remunerato alla nascita di un figlio o all'atto dell'adozione di un minore di 3 anni - Avere già un figlio a carico e avere lavorato almeno 2 anni nei 5 anni precedenti la nascita o l'adozione del secondo figlio - Oppure avere già 2 figli a carico e avere lavorato almeno 2 anni nei 10 anni precedenti la nascita o l'adozione del 3° figlio	- Sussidio monetario variabile a seconda del tempo di lavoro (pieno o part-time) - Diritto alle prestazioni in natura delle assicurazioni malattia e maternità
Sussidio per il baby-sitting (Allocations de garde d'enfant à domicile)	Famiglie con almeno un figlio minore di 6 anni	- Svolgere entrambi i coniugi attività lavorativa oppure, nelle famiglie monogenitoriali, il capofamiglia deve lavorare - Avere almeno un figlio minore di 6 anni a carico - Occupare una o più persone per la cura del bambino	- Pagamento dei contributi sociali da parte della CAF - Deduzione fiscale dello stipendio versato alla baby-sitter
Assistenza residenziale in istituti medico-sociali specializzati (Etablissements medico-sociaux spécialisés)	Disabili	- Parere favorevole vincolante da parte della Cotorep - Avere problemi di salute	- Soggiorni in centri di aiuto per il lavoro (CAT), case d'accoglienza specializzate, centri di rieducazione professionale - Spese a carico dello Stato

Target group	Requisiti	Tipologia delle prestazioni
Assistenza residenziale in istituti di residenza o per il lavoro (Etablissements occupational ou d'hébergement)	Disabili	- Parere favorevole vincolante della Cotorep** - Soggiorni in istituti con attività lavorative e di animazione - Spese di soggiorno a carico del dipartimento
Sostegno alimentare	Disabili, anziani	- Rientrare in una delle due categorie individuate - Punti-ristoro per offerta pasti e socializzazione - Servizi di consegna pasti a domicilio o gestiti dai Ceas o da associazioni di volontarie
Assistenza domiciliare	Disabili, anziani	- Rientrare in una delle due categorie - Sostegno da parte di una persona remunerata dal dipartimento per svolgere i lavori domestici - Parere vincolante del Cotorep per i disabili - Dove non sono attivati servizi, sussidio monetario per pagare una persona per i lavori domestici - Spese a carico del dipartimento, con compartecipazione del beneficiario
Sostegno sociale all'infanzia	Minori a disagio	- Avere minori a carico - Sussidio monetari - Disporre di un ammontare di risorse inferiore ad un plafond prefissato - Assistenza domiciliare - Tutoring - Affidi familiari - Centri di accoglienza
Affido familiare	Disabili	- Decisione del presidente del consiglio generale del dipartimento - Collocazione presso una famiglia accreditata dal presidente del consiglio generale - Spese di mantenimento del disabile a carico del dipartimento

* Lo Smic è una sorta di salario minimo

** Commissione Dipartimentale che valuta il grado di invalidità

Fig. 1 Quota delle prestazioni familiari sottoposte a vincolo di reddito in Francia (val. %)



Olanda

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

Il sistema della protezione sociale olandese presenta caratteristiche strutturali ed istituzionali che rinviano direttamente agli aspetti prevalenti della struttura produttiva, del mercato del lavoro e della conformazione socio-politica del paese.

Infatti, l'Olanda presenta una sistema di protezione sociale che per molto tempo ha assorbito la quota di Pil più elevata rispetto agli altri paesi europei ed ancora oggi viene considerato tra i « più generosi » del mondo in termini di beneficiari e di livello delle prestazioni. Inoltre, in tempi più recenti, l'Olanda avrebbe affrontato con un certo successo la sfida della disoccupazione di massa indotta dalla competizione globale attraverso una opportuna politica di flessibilizzazione dell'occupazione allentando così la pressione finanziaria sul *welfare*.

In realtà occorre considerare alcuni fattori essenziali:

L'economia olandese presenta uno dei tassi di produttività più elevati del mondo tale da rendere economicamente « sopportabile » un tasso di dipendenza (come rapporto tra beneficiari di prestazioni di *welfare* e lavoratori attivi) più elevato della media europea;

L'elevata produttività permette anche di compensare un tasso di attività significativamente più basso rispetto agli altri paesi, soprattutto con riferimento alla popolazione femminile che partecipa meno che in altri paesi al mercato del lavoro;

il pluralismo della società olandese si è riflesso nella articolazione politico-istituzionale e nella necessità di un metodo concertativo di ricerca del consenso, con conseguente necessità di « accontentare » per quanto possibile tutte le realtà organizzate (anche se minoritarie);

l'estensione della rete di protezione sociale (in termini di facilità di accesso e livello delle prestazioni), verificatasi soprattutto nel periodo 1957-1970, è anche il frutto della competizione tra soggetti sociali e politici nell'acquisizione di quote di reddito sociale e, inoltre, è stata determinata dall'obiettivo di attenuare i costi sociali dei processi di ristrutturazione industriale e produttiva (ad es: la facilità di accesso ai benefici riservati ai disabili ha trasferito in questo programma dai benefici più generosi molti disoccupati).

In sostanza, l'elevata *performance* del *welfare* olandese si basa su un complesso di condizioni economiche, sociali e politiche che funzionalizzano la protezione sociale alla riproduzione della capacità competitiva delle imprese ed alla preservazione della pace sociale in una società pluralista.

Tuttavia non è da sottovalutare come il vincolo di bilancio abbia esercitato la sua pressione anche nelle scelte di ridefinizione del *welfare* nei Paesi Bassi soprattutto all'interno delle difficoltà crescenti incontrate dalle autorità locali (le municipalità) a far fronte in modo adeguato alle incombenze finanziarie legate alla gestione dei servizi e delle prestazioni socio-assistenziali. Nell'ambito della struttura istituzionale si è così posto concretamente il problema della responsabilizzazione crescente delle municipalità anche sul piano del finanziamento con lo scopo preciso di introdurre una cultura dell'efficienza intesa come « uso oculato del denaro pubblico » e ricerca costante di un adeguato rapporto costi-benefici anche nella pubblica amministrazione.

Il « corpus » centrale del sistema di benefici è di stampo *bismarkiano* poiché fondato su un sistema di assicurazioni sociali obbligatorie che garantiscono benefici e prestazioni su base contributiva a copertura dei rischi come vecchiaia, malattia, disabilità ecc. (tav. 1). La protezione sociale in Olanda si è sviluppata relativamente tardi (la prima assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni è del 1901) rispetto, ad esempio, alla Germania ma poi si è assistito ad una generalizzazione delle assicurazioni che ha creato una rete di protezione tra le più estese del mondo. È all'interno di questo quadro che occorre inserire l'*assistenza sociale* intesa come sistema di prestazioni e servizi a favore di coloro che non hanno la capacità/possibilità di finanziare una posizione contributiva.

A questo proposito è da tenere presente che il riferimento storico dell'assistenza sociale olandese sono le *Leggi sulla Povertà* del 1854 e del 1912 che definivano in modo esplicito il ruolo residuale dell'assistenza sociale pubblica rispetto alle reti familiari, a quelle religiose ed a quelle del volontariato. Infatti, i poveri potevano ricorrere al supporto pubblico esclusivamente in ultima analisi dopo che si fosse constatata l'impossibilità di ottenere aiuto da soggetti non pubblici.

Questa concezione residuale del ruolo pubblico nel sostegno ai poveri e, più in generale ai soggetti deboli, è rimasta in vigore sostanzialmente fino all'introduzione della *Legge sull'Assistenza Generale (Algemene bijstandwet)* nel 1965 che attribuisce alle autorità locali il compito di garantire a tutti coloro che non hanno mezzi sufficienti un supporto adeguato. Naturalmente ciò determina una « rivoluzione copernicana » nell'impostazione dell'assistenza sociale pubblica delineando quest'ultima come diritto dei cittadini (per la precisione la legge determina un diritto ad un livello di vita dignitoso) e dovere delle autorità locali.

Più specificamente, la legge sull'assistenza generale assume quale obiettivo prioritario quello di garantire un reddito minimo a tutti i cittadini mentre obiettivi successivi, ma comunque da perseguire, sono il superamento di qualsiasi forma di dipendenza dall'assistenza e l'integrazione sociale.

Viene, tuttavia, esplicitamente previsto il carattere residuale del supporto pubblico rispetto ad altre forme di reddito (da lavoro o da proprietà) e pertanto il sostegno pubblico è implicitamente subordinato al *means-testing*, vale a dire alla verifica della disponibilità di risorse da parte del richiedente.

A partire dalla legge sulla assistenza generale si delinea una costellazione di prestazioni e servizi su base non contributiva che acquistano una importanza crescente, anche se rimangono nettamente al di sotto delle prestazioni contributive sia in termini di numero di beneficiari che in relazione all'ammontare di prestazioni erogate.

Con riferimento al *finanziamento* delle due tipologie di prestazioni si constata che quelle contributive sono alimentate per quasi il 90% dai contributi dei lavoratori e dei datori di lavoro mentre il residuo 10% per cento proviene dalla fiscalità generale. Invece, l'assistenza pubblica è interamente fondata sulla fiscalità generale e, per la precisione, il 90% delle risorse è erogato dalla autorità centrali mentre il restante 10% è appannaggio delle autorità locali che sono chiamate a gestire l'assistenza sociale.

2. L'articolazione delle competenze.

L'assistenza sociale in Olanda è caratterizzata dal ruolo fondamentale esercitato dalla municipalità che, di recente, hanno visto crescere la propria autonomia nella gestione delle prestazioni e dei benefici nonché la propria responsabilità in materia di finanziamento del sistema. In realtà, non è corretto parlare di una sorta di *welfare* municipale poiché le autorità centrali continuano a tenere il controllo di aspetti strategici per la determinazione del grado di copertura che l'assistenza sociale deve garantire.

Cionondimeno, se si osserva, sul piano dell'evoluzione storica, la dialettica che ha caratterizzato i rapporti tra livello centrale e livello locale nella gestione dell'assistenza pubblica, si constata che, dopo una fase (concentrata negli anni 70) dedicata al rafforzamento dei poteri e delle attribuzioni del potere centrale, a partire dagli anni 80, a fronte delle crescenti pressioni del vincolo di bilancio, si assiste ad un processo di devoluzione dei poteri a livello locale.

A questo proposito è interessante sottolineare come le due fasi di centralizzazione e di attuale « decentralizzazione » dei poteri abbiano obbedito a logiche e finalità diverse:

negli anni 70 l'obiettivo prioritario è stato quello di ridurre il grado di disomogeneità territoriale delle prestazioni erogate (mediante l'introduzione del reddito sociale minimo quale riferimento nazionale e la *standardizzazione* dei criteri del *means-testing*);

attualmente l'obiettivo (sul piano sociale) è quello di flessibilizzare l'offerta di prestazioni assistenziali facendole aderire nella massima misura possibile alla specificità dei casi trattati (individualizzazione dell'assistenza sul modello tedesco).

In concreto, il *Ministro degli Affari sociali e del lavoro* ha la responsabilità politica per quanto attiene alle strategie ed alla implementazione della politica sociale nella sua globalità ed esercita tale funzione anche mediante l'azione di un *network* di funzionari con responsabilità a livello regionale. È al Ministero che incombe la responsabilità di definire i *criteri di accesso e il livello base minimo*

delle prestazioni di assistenza sociale erogate e tali regolamenti non possono essere alterati dalle autorità locali, le cui decisioni devono partire dalle prescrizioni fissate centralmente (tav. 2).

Ciò vale sia per le prestazioni di assistenza generale (*Algemene Bijstandwet*) che per quanto riguarda quelle della Assistenza Speciale (*Bijondere Bijstand*) e fondate su sussidi *una-tantum*, anche se, in questo caso, dal 1991 sono state eliminate le linee-guida nazionali alle quali le autorità locali erano obbligate a riferirsi nella definizione dei casi e dei bisogni da considerarsi meritevoli di sostegno.

Occorre rilevare, poi, che le autorità centrali garantiscono il 90% del finanziamento dell'assistenza sociale gestita localmente, mentre in materia di finanziamento alle prestazioni dell'*assistenza sociale speciale* dal 1991 il Ministero annualmente destina ad ogni municipalità un dato ammontare di erogazioni (solo in parte fondato sulla spesa storica poiché spesso prevale una logica «*cash-limited*»), lasciando a quest'ultima il compito di reperire le risorse mancanti per finanziare le prestazioni, in misura tale da soddisfare effettivamente la domanda di assistenza.

Infine, sempre a livello centrale e, per la precisione, tramite il *Ministero dell'edilizia e dell'ambiente* si verifica la gestione delle prestazioni relative ai costi connessi con la casa che risultano esterni al programma di assistenza sociale.

In sostanza, la gestione e l'amministrazione del *welfare* in Olanda avviene a livello di municipalità che, come si è rilevato, hanno di recente visto aumentare il loro grado di autonomia e la loro responsabilità nel finanziamento. Più in specifico, l'amministrazione delle prestazioni, dalla fase di istruzione dei *dossier* a quella di erogazione delle prestazioni, spetta ai *Social welfare Department* (SWD) che, a seconda della dimensione della municipalità, possono essere soggetti al controllo diretto dei Consigli Municipali eletti oppure per tramite di Comitati composti da esperti nominati dagli eletti.

A partire dalla riforma dell'assistenza generale implementata nel 1996 è a livello locale che viene attribuita la responsabilità di:

introdurre *condizioni supplementari* (rispetto a quelli fissati a livello nazionale) di *accesso ai benefici*, con particolare attenzione all'attivazione di criteri di promozione del lavoro;

adeguare le erogazioni monetarie e le modalità di accesso ai servizi pubblici agli standard della propria realtà territoriale, poiché l'ammontare base per la definizione del reddito minimo garantito fissato a livello nazionale è pari al 50% del salario minimo di riferimento e le autorità locali possono decidere l'erogazione di una maggiorazione entro un *range* di ampiezza massima del 20%. Così, qualora una persona sola dimostri di avere una situazione particolarmente difficile, il *Swd* può decidere di integrare il beneficio di base con una quota supplementare massima del 20% portando l'erogazione monetaria a favore del richiedente al 70% del salario minimo di riferimento.

Il trasferimento di competenze a livello locale, l'ampliamento degli spazi di discrezionalità si sono però accompagnati all'introduzione di riferimenti normativi piuttosto ambigui rispetto ad una effettiva au-

tonomia di gestione da parte delle municipalità. Infatti, se consideriamo che per tutto il corso degli anni 80 i *Swd*, avevano attivato politiche locali di assistenza sociale mirate a gruppi svantaggiati integrando prestazioni monetarie e prestazioni *in-kind*, trasferimenti dal centro e risorse locali, il richiamo attuale all'*individualizzazione* delle prestazioni erogate imposto dal centro introduce, di fatto, una limitazione della possibilità di implementare interventi estesi ad intere categorie di soggetti svantaggiati.

Più in specifico, molte autorità locali mettono in luce come il risultato del richiamo obbligatorio ad una valutazione del complesso delle condizioni individuali per determinare l'accesso alle prestazioni se da un lato può generare flessibilità dell'offerta, dall'altro rischia di generare un innalzamento dei costi dell'amministrazione (che peserebbero su finanze già « stressate ») e dall'altro di ridurre il *take-up* delle prestazioni, spingendo fuori dalla rete di protezione soggetti che ne avrebbero bisogno.

Con riferimento alle *responsabilità nel finanziamento* della spesa per le principali prestazioni di assistenza sociale (quali assistenza generale, assistenza ai disoccupati, assistenza agli anziani ed ai disabili) si rileva che la quota spettante alle autorità locali è del 10% (esiste una proposta di portarla al 20 %), mentre il governo trasferisce ad ogni realtà locale un fondo annuale alimentato dalla fiscalità generale. Inoltre, sempre dal governo centrale provengono i fondi per finanziare i benefici supplementari (*Toeslagenwet*) e l'assistenza speciale per la quale, annualmente, è prevista una quota fissa che viene erogata in aggiunta al fondo della fiscalità generale.

La componente discrezionale dell'assistenza (la quota eccedente il livello minimo nazionale), invece, è a carico delle autorità locali che ricavano le proprie risorse dalle imposte locali. È da tenere presente che i provvedimenti più recenti attribuiscono alle autorità locali la responsabilità di fronteggiare con risorse proprie qualsiasi « sfondamento » dei livelli di spesa previsti e finanziati dal centro. In sostanza, si è sviluppata nelle relazioni tra centro e livello locale una logica « *cash-limited* » che non può non condizionare la capacità delle autorità locali di far fronte alle esigenze di assistenza nel territorio di propria competenza.

Altro aspetto che di recente ha avuto impulso nell'ambito delle competenze delle autorità locali attiene allo sviluppo del carattere *in-work* dei benefici di assistenza locale che, in Olanda, avrebbero per troppo tempo sofferto di un distacco eccessivo tra mercato del lavoro e protezione sociale. Infatti, in molte realtà locali il *turn-over* all'interno dei programmi di assistenza sociale sarebbe stato troppo basso e ciò ha determinato un maggiore impegno da parte delle municipalità nello stimolare la ricerca dell'ingresso o del ritorno sul mercato del lavoro da parte dei soggetti presi in carico. In particolare, sono stati attivati disincentivi e sanzioni per coloro che non mostrano adeguata propensione alla ricerca del lavoro e programmi di incentivazione rivolti sia ai datori di lavoro sia ai beneficiari di prestazioni alla ricerca di lavoro.

In questo senso, va sottolineato, ad esempio, lo sforzo mirato alla categoria di giovani madri sole con figli di età superiore a cinque anni che sono state incentivate a svolgere attività lavorative *part-time*.

Inoltre la stessa riforma della normativa sull'assistenza sociale obbliga *Swd* a cooperare con gli uffici regionali del lavoro allo scopo di promuovere la collocazione di disoccupati di lungo periodo.

È da rilevare, poi, che al di fuori dei programmi regolati su base nazionale le municipalità hanno anche sviluppato strategie locali di politiche di assistenza soprattutto in relazione ai casi che non rientrano nell'ambito della, pur ampia, rete di protezione sociale. Infatti, la complessificazione della struttura dei bisogni e l'emergere di nuove ed articolate forme di povertà e deprivazione hanno generato domande di assistenza che non trovano collocazione nella geografia delle emergenze indicata dalla legislazione nazionale (pur riformata da poco). A ciò le autorità locali hanno risposto con l'attivazione di programmi locali che però troppo spesso sono vincolati dalla limitatezza delle risorse o dalla particolare geografia degli interessi socio-politici prevalenti che, ovviamente condizionano la definizione delle priorità e dei *target* sui quali intervenire con risorse delle comunità locali.

3. Le principali prestazioni di assistenza sociale.

Le prestazioni di assistenza sociale in Olanda si caratterizzano in netta prevalenza come benefici sottoposti al *means-testing* (più specificamente assimilabile ad una sorta di *poverty test* che definisce un tetto al di sotto del quale si ha diritto ad una serie di prestazioni sociali), e hanno l'obiettivo di assicurare a tutti i cittadini un livello minimo di risorse. A questo proposito è interessante notare che l'introduzione nell'ambito dello *standard* minimo di esistenza di parametri che prendono in conto la spesa per le vacanze mette in luce come i beneficiari dell'assistenza sociale hanno diritto ad una qualità della vita simile a quella degli altri cittadini.

Prima di entrare nel merito delle singole prestazioni occorre precisare il ruolo centrale che viene esercitato dal *reddito sociale minimo* che costituisce il livello minimo di reddito che deve essere garantito a tutti i cittadini al di sotto del quale si ha diritto ai sussidi pubblici. Il reddito sociale minimo è costruito a partire dal salario minimo legale di un lavoratore full-time e viene quindi riparametrato sulle diverse tipologie di famiglie standard così da definire per ciascuna unità familiare l'ammontare di risorse necessarie.

Qualora il reddito disponibile risulti inferiore a quello sociale minimo e il soggetto non disponga di benefici su base contributiva sui quali contare è possibile ricorrere alle prestazioni di assistenza sociale.

In primo luogo è da considerare l'Assistenza generale (*Algemene bijstandwet*) che risulta accessibile a tutti coloro che hanno compiuto 18 anni, hanno un ammontare di risorse inferiori al reddito sociale minimo ed hanno disponibilità a svolgere un'attività lavorativa (ma non riescono a trovarla) tranne che per coloro che hanno un figlio di età inferiore a cinque anni o hanno compiuto 57 anni e 6 mesi (tavv. 3-4).

Un notevole impulso è stato dato proprio alle sanzioni connesse con la inadeguata propensione alla ricerca del lavoro poiché il rifiuto ad accettare una proposta di lavoro o anche (in assenza di opportunità lavorative) a partecipare a corsi di formazione o a lavori socialmente

utili può determinare il taglio o la sospensione delle erogazioni monetarie.

Il livello dei sussidi monetari, che si caratterizzano come integrazione ai redditi del soggetto fino al livello corrispondente al reddito sociale minimo, dipendono anche dalle caratteristiche dell'unità familiare presa in carico. Inoltre, è prevista la possibilità di una integrazione all'erogazione di base da parte delle autorità locali, soprattutto per quanto riguarda le famiglie monogenitoriali (oltre che per i *single*) nelle quali il genitore solo non può dividere i costi domestici con altre persone.

Il *means-testing* costituisce una condizione decisiva per l'accesso a questa prestazione e, poiché si tratta di prestazioni che devono svolgere funzione di rete di ultima istanza, nella valutazione delle risorse del richiedente vengono presi in considerazione tutti redditi, compresi i benefici sociali e naturalmente anche eventuali risparmi o capitali al di sopra di un certo livello. Nel caso il richiedente sia proprietario di una casa le prestazioni di assistenza sociale possono essere erogate nella forma di un prestito (ipoteca sulla casa) a tasso agevolato che occorre restituire non appena le condizioni economiche migliorano e lo rendono possibile.

Al fianco dell'assistenza generale è da segnalare il ruolo delle prestazioni legate all'*Assistenza Speciale (Bijondere bistand)* che consentono di ottenere sussidi supplementari in presenza di spese aggiuntive legate ad eventi particolari e/o contingenti. Ad esempio è il caso dei costi di trasloco, o di acquisto di beni necessari (vestiario per l'inverno), o di spese impreviste per la cura e l'educazione dei figli ecc.. Questa tipologia di prestazioni dipende dalle decisioni discrezionali degli *Swd* che hanno autonomia nel determinare quali sono i bisogni particolari meritevoli di intervento, se le erogazioni hanno forma di sussidi o di prestiti da restituire e se le erogazioni sono *una tantum* o reiterabili.

È possibile ottenere queste prestazioni anche se non si è beneficiari di altre tipologie di prestazioni sociali purché si soddisfi il requisito del *means-testing* che risulta analogo a quello relativo ai benefici dell'*Assistenza Generale*.

È interessante notare come nell'ambito del *Bijondere bistand* si sia sviluppato il fenomeno della concessione dei prestiti che, in alcuni casi, possono essere accordati anche a soggetti che vogliono avviare una attività di autoimprenditorialità (purché vi sia stato un rifiuto nella concessione del prestito da parte delle banche locali). Inoltre la restituzione delle somme erogate, in alcuni casi, non è limitata ai prestiti ma si estende anche verso i sussidi per i quali le autorità locali possono richiedere un contributo quando la situazione economica del beneficiario migliora.

I disoccupati di lungo corso che non hanno mai avuto o hanno esaurito la possibilità di usufruire del sussidio di disoccupazione su base contributiva potevano beneficiare, sino alla recentissima riforma che lo ha incorporato nella Assistenza generale dell'*Assistenza per la disoccupazione (Rikksgroepsregeling werkloze weknemers)* la cui concessione era subordinata alla disponibilità concreta a lavorare ed alla ricerca del lavoro.

Infatti, ai beneficiari della *Rww* era imposto l'obbligo di accettare qualsiasi tipo di lavoro venisse loro proposto dagli *uffici regionali del lavoro* e, inoltre, erano sottoposti a verifica tramite periodici controlli nel loro impegno di ricerca (obbligo di fare un rapporto periodico sul modo in cui si sono attivati e mostrare le copie delle richieste di lavoro).

Qualora il disoccupato si fosse sottratto ad una delle precedenti condizioni erano previste forme progressive di sanzioni fino alla possibile sospensione temporanea dell'erogazione del sussidio in presenza di reiterati rifiuti ad accettare il lavoro proposto.

Come rilevato la *Rww* è stata recentemente soppressa ed i beneficiari di tale prestazione sono stati accorpati al programma della Assistenza generale nella quale sono stati trasferiti anche gli aspetti di incentivazione alla ricerca di lavoro e di sanzione per coloro che non aderiscono alle proposte lavorative o di formazione e di riqualificazione.

Altre tipologie di prestazioni di assistenza *income-related* sono:

Fondo di reddito per lavoratori anziani e parzialmente disabili (Ioaw) per persone rimaste prive di lavoro dopo il compimento del 50° anno di età e per soggetti parzialmente disabili che non beneficiano del sussidio di disoccupazione contributivo. Il beneficiario ottiene un sussidio monetario integrativo delle proprie risorse fino al livello del reddito sociale minimo.

Il *means-test* prende in considerazione tutte le tipologie di reddito di cui dispone l'unità familiare del richiedente, mentre non vengono prese in considerazione la proprietà della casa ed i risparmi. Il beneficio è erogabile fino al compimento del 65° anni di età;

Fondo per anziani e persone parzialmente disabili ex-lavoratori autonomi (Ioaz): il target di questo beneficio è rappresentato da soggetti che svolgevano lavoro autonomo ai quali si vuole garantire un livello di risorse pari al reddito sociale minimo. Sono eleggibili soggetti ultracinquantecinquenni che ottengono dalla propria attività un reddito inferiore al reddito sociale minimo, che negli ultimi tre anni hanno ottenuto un risultato di esercizio inferiore al reddito sociale minimo e che svolgono attività autonoma da almeno 10 anni o da tre anni dopo averne trascorsi sette da dipendente; oppure disabili che hanno dovuto cessare l'attività autonoma per causa della disabilità.

Il *means-testing* è meno rigido che in altre prestazioni poiché prende in considerazione solo una quota del reddito familiare e non considera il capitale fino ad un certo tetto (proprietà della casa e risparmi compresi).

Benefici supplementari (Toeslagenwet), è una prestazione a favore di soggetti disoccupati o disabili che, pur ottenendo benefici su base contributiva, ottengono un reddito annuo inferiore al reddito sociale minimo e, quindi, possono chiedere un sussidio monetario integrativo delle proprie risorse fino al reddito sociale minimo.

Il *means-testing* prende in considerazione tutti i redditi da lavoro della unità familiare presa in carico, mentre non considera il capitale sotto forma di beni immobili o risparmi a disposizione del richiedente. In alcuni casi per un periodo di due anni è possibile non prendere in

considerazione anche una quota dei redditi da lavoro per un ammontare massimo pari al 15% del salario minimo.

I sussidi per i costi connessi con le abitazioni sono amministrati al di fuori del comparto dell'assistenza sociale propriamente detta poiché sono di competenza del *Ministero dell'edilizia e dell'ambiente*. Si tratta di sussidi monetari variabili a seconda del livello di costi da affrontare e del livello di risorse a disposizione del richiedente.

I sussidi possono servire sia per pagare gli affitti sia per fronteggiare le spese dei mutui, vengono concessi solo per case ed appartamenti mentre non sono previsti in caso di affitto di una stanza. Il *means-testing* prende quale riferimento il reddito lordo familiare dell'anno precedente la richiesta e, in alcuni casi, sono previsto maggiorazioni temporanee dei sussidi.

Il mancato coordinamento tra assistenza sociale e amministrazione degli *housing benefit* sarebbe all'origine di una sperequata distribuzione di questa tipologia di sussidi che non si sarebbe adeguatamente integrata con i benefici di assistenza sociale tanto che è stato messo in luce che risulta particolarmente elevata per i beneficiari dell'Abw l'incidenza dei costi per le abitazioni.

Programmi di assistenza sociale delle autorità locali concernenti abbattimento delle imposte locali, sostegno alle famiglie indebitate, gratuità dei trasporti pubblici e dell'accesso a specifici servizi pubblici, sussidi per lo svolgimento di attività ricreative. Si tratta di programmi *means-tested* elaborati, finanziati ed implementati in ambito locale che, però, sono considerati poco efficaci, rispetto a quelli nazionali in termini di efficienza e *take-up*.

Il sistema di assistenza sociale olandese riserva solo una parte residuale delle prestazioni ad una diffusione non mediata dal *means-testing*. In particolare si tratta degli assegni familiari (*Akw*) introdotti da una legge del 1939 e riformati nel 1989.

I beneficiari degli assegni sono tutti i minori di 18 anni residenti nei Paesi Bassi per i quali è previsto un sussidio monetario non tassabile. L'ammontare del sussidio varia in funzione dell'età del minore poiché fino a 6 anni risulta pari al 70% dell'ammontare di base, per coloro tra 6 ed 11 anni è indicato l'ammontare base, mentre oltre gli 11 anni e fino ai 18 il sussidio è portato al 130% rispetto all'ammontare base.

Inoltre, sono previste maggiorazioni per sostenere le spese attinenti alla cura ed all'educazione dei figli e in funzione del numero di minori di cui si compone la famiglia.

In termini di *spesa per le principali prestazioni di protezione sociale* per funzione (inclusivo pertanto di prestazioni contributive e non contributive) si rileva che in Olanda, nel 1994, le prestazioni di vecchiaia hanno assorbito la quota più rilevante, seguite da malattia (21,8%), invalidità-infermità (21,8%) e disoccupazione (10,4%) (tab. 1). Sul piano delle *performance*, i dati segnalano come i sussidi disoccupazione abbiano manifestato una tendenza importante alla crescita a testimonianza del ruolo esercitato dagli ammortizzatori sociali nell'attenuare l'impatto sociale dei processi di ristrutturazione economica.

Tav. 1 - Sistema della protezione sociale in Olanda

Branca	Target	Tipologia di prestazioni
Assicurazioni per la vecchiaia (Algemene Ouderdomswet)	- Anziani di età superiore a 65 anni	- Pensione al compimento del 65° anno di età in relazione ai contributi versati
Assicurazione superstiti (Algemene weduwen en wezenwet)	- Vedove di età superiore ai 40 anni - Vedove con figli a carico, malati o inabili al lavoro - Vedova in stato di gravidanza - Orfani di entrambi i genitori	- Sussidi monetari
Assicurazione sulla disabilità (Algemene arbeidsongeschiktheidswet)	- Disabili	- Sussidi - Prestazioni in-kind
Assicurazione malattia (Ziektewet)	- Lavoratori/ci in malattia - Lavoratrici in maternità	- Sussidi monetari
Assicurazione sull'invalidità (Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering)	- Lavoratori minori di 65 anni con invalidità di almeno il 15% dopo 1 anno di malattia o di invalidità a carico dell'assicurazione malattia	- Sussidi, anche permanenti, modulati sul livello di invalidità
Assicurazione contro la disoccupazione (Werkloosheidswet)	- Disoccupati che hanno versato i contributi	

Tav. 2 - Le principali competenze in materia di assistenza sociale nei Paesi Bassi

LIVELLO CENTRALE

- Ministero degli Affari sociali e del lavoro**
- Il Ministro degli Affari sociali e del lavoro ha la responsabilità politica in tema di assistenza sociale e la esercita in parte attraverso un *network* di State Regional Consultants
 - Fissa le condizioni di accesso alle diverse prestazioni sociali secondo la normativa nazionale
 - Stabilisce il livello dei benefici tenendo conto del reddito sociale minimo che, a sua volta, è connesso al salario minimo
 - Copre il 90% del finanziamento della spesa per l'assistenza sociale secondo l'art. 134 dell'Abw**

Ministero dell'Edilizia e dell'Ambiente

- Gestisce le prestazioni sociali relative alla casa

LIVELLO LOCALE**Social Welfare Department ***

- Gestiscono ed amministrano con notevole discrezionalità le prestazioni dell'assistenza generale e di quella speciale
- Attivano una commissione sull'assistenza ai disoccupati e una sull'occupazione autonoma che svolgono funzioni di consulenza rispetto ai casi trattati
- Decidono il livello delle erogazioni monetarie tenendo conto dei parametri nazionali e possono decidere in quali specifiche situazioni è possibile erogare prestazioni aggiuntive
- Decidono l'attribuzione delle prestazioni di assistenza speciale per fronteggiare situazioni particolari (traslochi, spese sanitarie, ecc.)
- Possono attivare prestazioni di assistenza sociale, esterne ai programmi nazionali, garantendo il sostegno in situazioni particolari come famiglie indebitate; oppure offrire prestiti o ridurre le imposte locali alle famiglie senza risorse adeguate
- Possono influenzare le scelte politiche del governo centrale in materia di *welfare* tramite l'Unione delle Municipalità (Vng) e l'Unione dei Direttori dei servizi sociali municipali (Divosa)
- Coprono il 10% del finanziamento dell'assistenza sociale

Istituto Nazionale per l'Assicurazione (Lisv)

- Amministra i benefici del programma di benefici supplementari

* Si tratta di strutture che, a seconda della dimensione della municipalità, possono essere controllate direttamente dai Consigli Municipali eletti o dai Comitati nominati dai Consigli e composti da eminenti personalità locali con esperienza nel campo sociale

** Si tratta della Legge Istitutiva dell'Assistenza generale

Tav. 3 - 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
- Assistenza generale (Algemene Bijstandwet) - Assistenza speciale (Bijondere Bijstand) - Assistenza per disoccupati (Rww)* - Benefici supplementari (Toeslagenwet) - Fondo di reddito per lavoratori anziani e parzialmente disabili (loaw) - Fondo di reddito per i lavoratori autonomi (loaz) - Sussidi per i costi connessi con le abitazioni (Huursubsidie)	- Assegni familiari

* È stato soppresso e accorpato all'assistenza generale

Tav. 4 - Principali prestazioni di assistenza sociale nei Paesi Bassi

	Target group	Requisiti specifici	Tipologia delle prestazioni
Assistenza generale (Algemene Bijstandwet)	Soggetti con un ammontare di risorse inferiore al reddito sociale minimo	- Essere residenti (solo per alcuni paesi coperti da accordi specifici) - Avere compiuto 18 anni - Essere disponibili a svolgere un'attività lavorativa, tranne per coloro con figli minori di 5 anni a carico - Disporre di un ammontare di risorse familiari inferiore al reddito sociale minimo	- Sussidio monetario mensile per coprire i bisogni fondamentali - Maggiorazione per le vacanze - Sussidi "ad hoc" per esigenze particolari (spese per la casa, per particolari cure mediche)
Assistenza per disoccupati* (Riskgroepsregeling werkloze Werknemers)	Disoccupati da lungo periodo	- Avere compiuto 18 anni - Essere disoccupati non coperti dalla assicurazione sociale obbligatoria oppure che non possono più beneficiare dei sussidi provenienti dall'assicurazione sociale - Essere disponibile ad accettare le proposte lavorative provenienti dall'Ufficio Regionale del lavoro - Dimostrare periodicamente di cercare attivamente lavoro - Disporre di un ammontare di risorse inferiore al reddito sociale minimo	- Sussidio monetario

Segue tav. 4

	Target group	Requisiti specifici	Tipologia delle prestazioni
Fondo di reddito per lavoratori anziani e parzialmente disabili (Inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte werkloze werknemers)	Disoccupati di almeno 50 anni o parzialmente disabili	- Essere disoccupati - Avere almeno 50 anni oppure essere disabili e non avere diritto al sussidio di disoccupazione - Avere risorse inferiori al reddito sociale minimo	- Sussidio monetario
Fondo per i lavoratori autonomi (Inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte gewezen zelfstandigen)	Disoccupati da lavoro autonomo	- Avere svolto un'attività di lavoro autonomo - Avere un'età compresa tra 55 e 65 anni (salvo casi particolari) - Aver dovuto cessare l'attività perchè in perdita o per altri motivi gravi - Essere disoccupati - Obbligo di cercare un lavoro per coloro che godono del beneficio prima di aver compiuto il 55° anno di età - Avere risorse inferiori al reddito sociale minimo	- Sussidio monetario
Benefici supplementari (Toeslagenwet)	Soggetti con reddito inferiore al minimo sociale	- Usufruire dei benefici delle assicurazioni sociali a un livello inferiore al reddito sociale minimo	- Sussidio monetario
Assegni familiari	Famiglie con minori di 18 anni a carico	- Avere a carico minori di 18 anni	- Sussidi monetari variabili a seconda dell'età dei minori a carico - Sussidi supplementari a seconda dell'età dei minori e la tipologia di spese da affrontare

Segue tav. 4

	Target group	Requisiti specifici	Tipologia delle prestazioni
Assistenza speciale (Bijondere Bistand)	Soggetti a basso reddito	- Avere esigenze particolarmente gravi che implicano costi superiori ai sussidi ordinari dell'assistenza sociale (malattie, incidenti, ecc.) oppure: - Volere attivare una occupazione autonoma	Sussidio monetario - Prestiti a tassi agevolati
Sussidi per i costi connessi con le abitazioni (Huursubsidie)	Soggetti affittuari o acquirenti di una casa o di un appartamento	- Avere compiuto 18 anni - Dover pagare un affitto eccessivo per il proprio reddito (ma inferiore ai limiti prefissati) - Dover pagare interessi sul mutuo eccessivi per il proprio reddito - Avere un reddito basso	Sussidi monetari

* È stato soppresso e accorpato all'assistenza generale

Tab. 1 - 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

ALLEGATO STATISTICO

PAGINA BIANCA

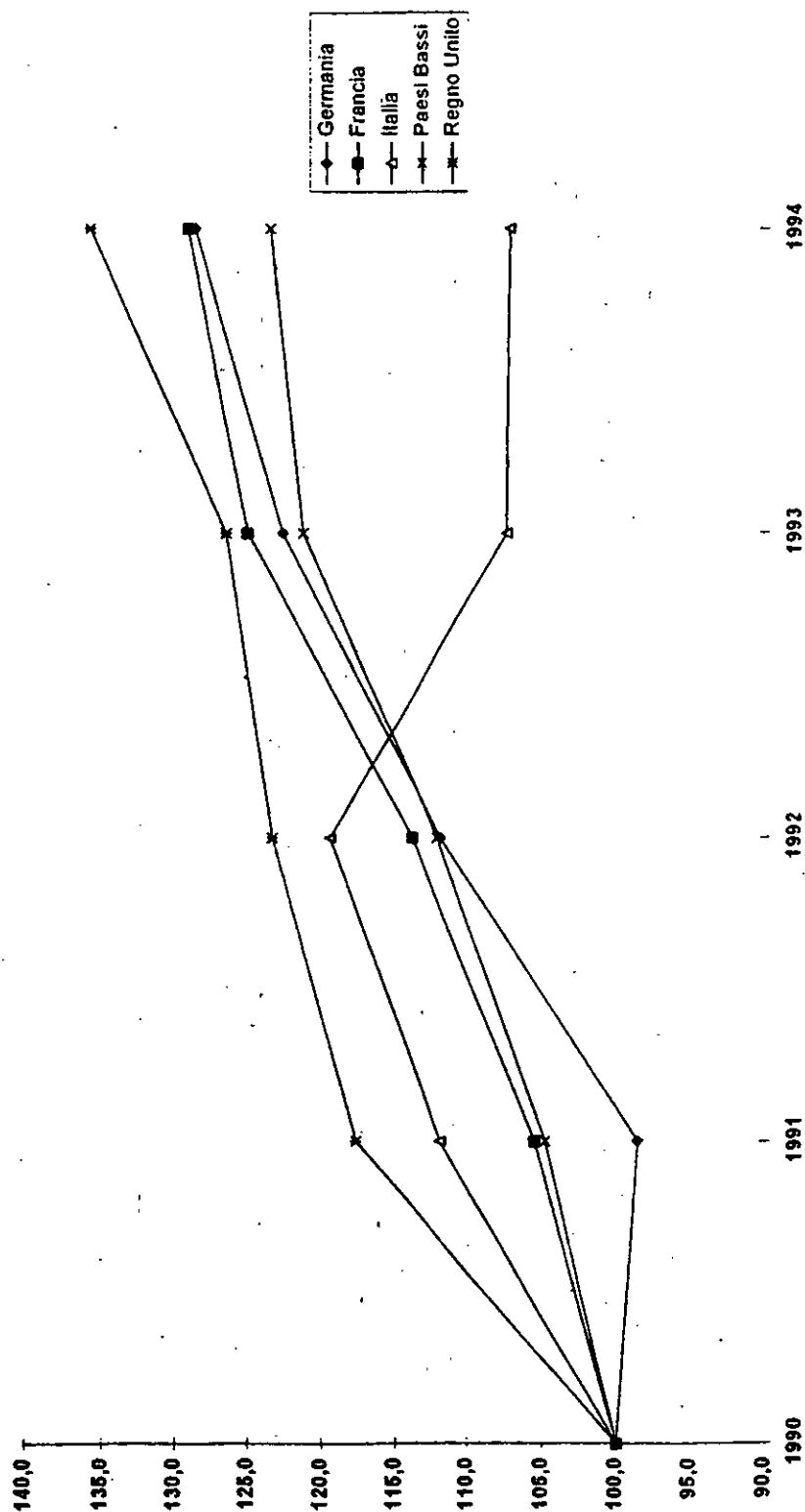
Tab. 1 - Spesa per la protezione sociale in Europa

Anni	Belgio	Danimarca	Germania	Grecia	Spagna	Francia	Irlanda	Italia	Lussemburgo	Paesi Bassi	Austria	Portogallo	Finlandia	Svezia	Regno Unito	Islanda	Norvegia
1991	27,4	30,9	28,7	15,3	21,8	28,4	20,5	24,1	23,6	32,3	-	17,3	30,1	-	25,3	17,5	29,0
1992	27,0	32,1	30,0	14,9	23,0	29,2	21,3	25,5	24,0	32,9	-	18,1	34,2	-	27,0	18,2	29,5
1993	26,9	33,3	31,0	15,8	24,5	30,9	21,5	25,7	24,6	33,4	-	18,5	35,2	-	27,8	18,9	30,8
1994 (*)	27,0	33,7	30,7	16,0	23,6	30,5	21,1	25,3	24,9	32,3	30,2	19,5	34,8	-	28,1	18,6	28,2
Var. % 1991-1994	-0,4	2,8	2,0	0,7	1,8	2,1	0,6	1,2	1,3	0,0	-	2,2	4,7	-	2,8	1,1	-0,8
<i>Spese correnti di protezione sociale in % del PIL</i>																	
<i>Spese per la protezione sociale per abitante (in ECU)</i>																	
1991	4.374	6.284	5.009	1.054	2.398	4.835	2.138	3.960	5.386	5.037	-	1.085	5.900	-	3.583	3.668	5.703
1992	4.591	6.779	5.681	1.068	2.624	5.214	2.364	4.223	5.835	5.384	-	1.329	5.561	-	3.755	3.720	5.931
1993	4.803	7.380	6.223	1.166	2.556	5.718	2.423	3.797	6.678	5.817	-	1.337	4.999	-	3.847	3.726	6.300
1994 (*)	5.142	8.020	6.520	1.236	2.451	5.903	2.591	3.789	7.279	5.924	6.276	1.435	5.616	-	4.128	3.666	6.763
Tasso di accrescimento 1991-1994 (%)	17,6	27,6	30,2	17,3	2,2	22,1	21,2	-4,3	35,1	17,6	-	32,3	-4,8	-	15,2	-0,1	18,6

(*) Dati provvisori

Fonte: Eurostat

Fig. 1 Andamento delle spese correnti di protezione sociale per abitante (n.l.; 1990=100)



XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tab. 2 - Prestazioni di protezione sociale per funzione, 1994 (val. %)

	Belgio	Danimarca	Germania	Grecia	Spagna	Francia	Irlanda	Italia	Lussemburgo	Olanda	Portogallo	Regno Unito (*)
- Malattia	24,7	17,4	27,0	14,9	25,8	26,2	29,3	20,9	23,8	21,8	34,2	17,9
- Invalidità, infermità	8,7	8,8	9,0	9,5	8,1	5,9	7,0	6,8	11,2	21,8	11,2	10,9
- Infortunio sul lavoro, malattia professionale	2,0	0,7	2,8	0,1	2,2	1,9	0,5	2,2	2,9	0,0	2,5	0,3
- Vecchiaia	33,5	36,6	31,0	56,2	32,7	37,1	21,4	52,6	31,7	31,5	33,1	37,2
- Superstiti	10,7	0,1	10,2	10,6	10,0	6,5	6,1	11,3	14,2	5,5	7,2	1,2
- Maternità	0,8	1,6	0,7	0,5	0,9	1,4	2,1	0,4	1,4	0,5	0,8	1,2
- Famiglia	7,3	10,6	6,7	0,7	0,8	8,2	11,0	3,1	12,2	4,8	4,4	9,5
- Collocamento, orientamento professionale, mobilità	1,6	5,4	2,3	0,0	0,7	2,0	3,9	0,1	1,1	0,0	0,5	1,1
- Disoccupazione	9,5	11,3	7,8	2,7	17,4	6,1	13,3	2,4	1,2	10,4	5,3	5,7
- Alloggio	0,0	2,5	0,7	0,7	0,3	3,1	3,2	0,0	0,2	1,0	0,0	6,5
- Diversi	1,3	5,6	2,5	4,1	1,1	1,6	2,2	0,0	0,1	0,7	0,8	1,5
Totale prestazioni	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) Il dato del Regno Unito si riferisce al 1993

Fonte: Eurostat

Tab. 3 - Spese correnti per natura nell'ambito della protezione sociale. 1994 (val. %)

	Belgio	Danimarca	Germania	Grecia	Spagna	Francia	Irlanda	Italia	Lussemburgo	Olanda	Portogallo	Regno Unito (*)
Prestazioni di protezione sociale	95,7	97,2	96,1	94,9	96,2	94,7	92,9	96,1	96,5	95,6	94,8	96,2
di cui:												
prestazioni in denaro	72,4	64,6	68,8	80,9	71,6	63,3	59,5	73,1	70,9	72,3	62,1	59,4
prestazioni in natura	23,3	32,6	27,3	14,0	24,6	31,5	33,4	23,0	25,6	23,3	32,7	29,9
Spese di funzionamento	3,2	2,8	2,6	4,1	2,3	3,9	4,1	3,4	2,8	3,8	4,8	3,6
Altre spese correnti	1,1	0,0	1,3	1,0	1,5	1,3	0,1	0,5	0,7	0,6	0,4	0,1
Totale spese correnti	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte:

Tab. 4 - Entrate correnti per settore di provenienza nella protezione sociale- 1994 (val. %)

	Germania	Regno Unito	Francia	Italia	Olanda
- Imprese	31,9	32,2	32,8	38,5	22,8
- Amministrazioni pubbliche centrali	25,9	48,8	28,6	37,7	24,2
- Amministrazioni pubbliche locali	8,0	3,1	5,5	6,7	2,3
- Enti pubblici di provenienza e assistenza sociale	0,3	0,1	2,7	0,4	0,2
- Famiglie	33,2	15,8	30,0	16,7	48,6
- Istituzioni sociali private	0,7	-	0,2	-	-
- Varie	-	-	0,0	-	2,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Eurostat

Tab. 5 - Entrate correnti per natura nella protezione sociale- 1994 (val. %)

	Germania	Regno Unito	Francia	Italia	Olanda
- contributi sociali dei datori di lavoro	38,4	26,1	49,1	46,5	20,1
- contributi sociali delle persone protette di cui:	32,0	15,6	27,4	16,3	47,8
- dipendenti	22,6	14,5	22,1	10,4	37,1
- indipendenti	1,1	0,7	4,5	6,0	1,9
- contributi pubblici correnti	26,7	43,7	21,5	35,0	16,3
- altre entrate correnti	2,5	14,4	1,9	3,5	15,8
- altre entrate correnti	2,5	.	1,9	3,5	15,8
Totale entrate correnti	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Eurostat

Tab. 6 - Andamento delle prestazioni di protezione sociale per funzione in Italia (v.a. in milioni di ecu: val.%)

	1991	1992	1993	1994	1992-91	1993-92	1994-93
Malattia	53.173	53.304	45.932	45.534	0,2	-13,8	-0,9
Invalidità, infermità	14.364	14.786	13.997	14.064	2,9	-5,3	0,5
Infortunio sul lavoro	4.954	5.185	4.357	4.669	4,7	-16,0	7,2
Vecchiaia	108.111	118.347	107.362	109.772	9,5	-9,3	2,2
Superstiti	23.243	25.120	23.135	23.558	8,1	-7,9	1,8
Maternità	1.091	1.171	1.006	921	7,3	-14,1	-8,4
Famiglia	8.097	7.945	6.583	6.474	-1,9	-17,1	-1,7
Collocamento, orientamento professionale, mobilità	159	159	137	141	0,0	-13,8	2,9
Disoccupazione	3.649	4.285	4.710	5.082	17,4	9,9	7,9
Alloggio	34	32	28	27	-5,9	-12,5	-3,6
Diversi	37	45	51	53	21,6	13,3	3,9
Totale prestazioni	216.912	230.379	207.299	208.295	6,2	-10,0	0,5

Fonte: Eurostat

Tab. 7 - Andamento delle spese correnti per natura nell'ambito della protezione sociale in Italia (v.a. in milioni di ECU, val. %)

	V.a.				Var. %	
	1991	1992	1993	1994	1992-91	1993-92
Prestazioni di protezione sociale	216.839	230.379	207.299	208.295	6,2	-10,0
di cui:						
prestazioni in denaro	156.463	169.901	135.031	158.413	8,6	-8,8
prestazioni in natura	60.376	60.478	52.268	49.881	0,2	-13,6
Spese di funzionamento	5.443	8.377	7.491	7.336	53,9	-10,6
Altre spese correnti	2.467	1.344	1.802	1.120	-45,5	34,1
Totale spese correnti	224.749	240.100	216.593	216.751	6,8	-9,8
						0,1

Fonte: Eurostat

ass-cnc

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	
Infornuto 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-cnc

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

ass-cne

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
Prestazioni di protezione sociale	384.790	437.756	484.144	510.017	13,8	10,6
di cui:						
prestazioni in denaro	276.171	310.853	349.383	365.263	12,6	12,4
prestazioni in natura	108.619	126.903	134.700	144.754	16,8	6,2
Spese di funzionamento	10.065	11.697	13.162	13.886	15,1	12,5
Altre spese correnti	5.694	8.367	7.876	6.954	46,9	-5,9
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.%)

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

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
Prestazioni di protezione sociale	261.887	283.728	311.828	323.826	8,3	9,9
di cui:						
prestazioni in denaro	175.930	190.026	208.856	216.229	8,0	9,9
prestazioni in natura	85.956	93.701	102.971	107.597	9,0	9,9
Spese di funzionamento	11.001	11.734	12.874	13.354	6,7	9,7
Altre spese correnti	2.594	3.700	4.941	4.588	25,3	33,5
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	1994-93
Prestazioni di protezione sociale	72.651	78.156	84.954	87.106	7,6	8,7
di cui:						
prestazioni in denaro	55.841	59.501	64.413	65.902	6,6	8,3
prestazioni in natura	16.810	18.654	20.540	21.203	11,0	3,2
Spese di funzionamento	2.788	3.075	3.446	3.473	10,3	0,8
Altre spese correnti	462	513	534	538	11,0	0,7
Totale spese correnti	75.902	81.744	88.934	91.118	7,7	8,8
						2,4

Fonte: Eurostat

APPENDICE

PAGINA BIANCA

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 ineguaglianze 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 spacchettamento 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).