

PARTE III

LE POLITICHE ASSISTENZIALI IN ITALIA E NEGLI ALTRI PAESI EU

Capitolo 3.1

LE POLITICHE ASSISTENZIALI IN ITALIA

a cura di Maria Teresa Marignetti e Paolo Roberti

3.1 LE POLITICHE ASSISTENZIALI IN ITALIA

3.1.1 Evoluzione e principali caratteristiche delle politiche assistenziali in Italia

Le politiche assistenziali italiane, più che a un sistema articolato, integrato ed equilibrato di programmi, assomigliano a un *pot-pourri* di misure variegate, disorganiche e squilibrate che vengono erogate, in modo spesso sporadico o discontinuo (soprattutto nel caso dei sussidi economici) da una eterogeneità di soggetti pubblici e privati scarsamente collegati e coordinati tra loro.

Dall'Unità d'Italia, e in modo specifico dalla legge Crispi n. 6972 del 17 luglio 1890 al periodo fascista, e durante tutto il primo trentennio di vita dell'Italia repubblicana, questi soggetti hanno fondamentalmente operato come organi decentrati di una burocrazia statale, centrale ed accentrante (anche se spesso solo formalmente), in una situazione di pluralismo —accentuato fino alla vera e propria frammentazione delle attività assistenziali— caratterizzata dall'assenza di impulso politico e di coordinamento dal vertice, di cui il prefetto era il punto più evidente di responsabilità, con poteri amplissimi di vigilanza e controllo.

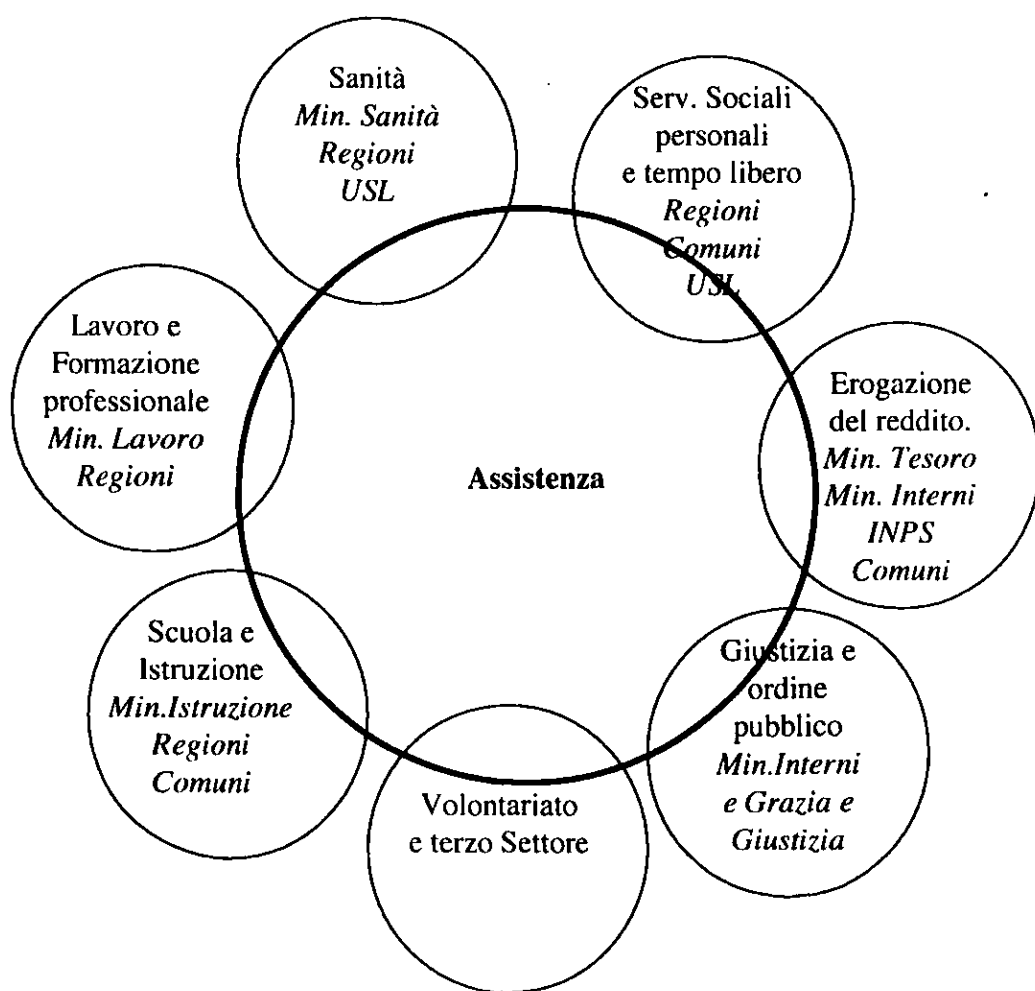
Verso la fine degli anni '70, le responsabilità in campo assistenziale sono state decentrate alle regioni con il DPR. 616 del 24 luglio 1977, sia per l'assistenza in servizi che per le prestazioni monetarie. Per queste ultime, tuttavia, lo Stato ha conservato la propria competenza per le sole forme di assistenza economica di "tipo previdenziale". Nel DPR n.616, il legislatore non aveva ritenuto opportuno includere norme guida, principi e parametri generali; aveva invece rinviato a una legge quadro nazionale e a normative regionali. Mancando la prima e, in gran parte delle regioni, le seconde, i sistemi locali di politica assistenziale attualmente esistenti hanno preso corpo lentamente nel corso dell'ultimo ventennio secondo un processo che non è stato caratterizzato da riforme innovative, ma da stratificazioni che si sono auto-riprodotte. Il modello base è stato e tuttora rimane in gran parte il modello pre-esistente, la cui struttura originaria è sopravvissuta ed è in gran parte visibile nei sistemi attuali, anche se con forti differenziazioni a livello locale. In mancanza di norme guida a livello nazionale e, spesso, anche di leggi e piani regionali, l'innescò — momento e sequenza— a livello locale del processo di riordino delle politiche e delle strutture assistenziali è avvenuto non solo in modo autonomo ma anche spontaneo.

Il risultato è una "costellazione dell'assistenza" caratterizzato da forti eterogeneità e squilibri, sia territoriali sia nelle prestazioni

(tipologie e livelli) garantite agli individui ed alle loro famiglie. In questa “costellazione” (Cfr. Diagramma 1):

- coesistono realtà diverse “...all'interno delle quali i cittadini fruiscono di ‘pacchetti di diritti’ molto diversi tra loro, che non dipendono dalle condizioni di bisogno, ma dal luogo in cui il bisogno sorge..”⁴⁴;

**Diagramma 1: La “Costellazione dell’Assistenza” in Italia.
Frammentazione ed intersezioni di strumenti e competenze.**



⁴⁴ Cfr. Commissione d'indagine sulla povertà e l'emarginazione, *Le politiche locali contro l'esclusione sociale*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 1996, p.8.

- si ripartiscono e si sovrappongono responsabilità secondo criteri (il carattere previdenziale o meno) che sono non solo estranei all'assistenza, ma che contraddicono l'utilizzo fatto di quegli stessi criteri in altre sedi per, ad esempio, sostenere la separazione nel bilancio INPS (il cosiddetto bilancio parallelo) tra attività previdenziali e assistenziali;
- operano uffici degli enti territoriali, dell'amministrazione centrale (Presidenza del consiglio, ministeri finanziari, Ministero degli interni, Ministero del lavoro, Ministero di grazia e giustizia, Ministero della sanità, ecc.) e vari altri organismi, quali l'INPS, in un contesto che è "cambiato senza cambiare" e che non è ancora riuscito a superare i numerosi e ben noti problemi che sono stati lamentati dagli anni '50 ad oggi in tutti i rapporti ufficiali e gli atti degli incontri annuali degli operatori dell'assistenza (cfr. Riquadro 1).

Ad affiancare gli operatori pubblici si ritrovano le Ipb (ex opere pie) e numerose organizzazioni Onlus (enti con esclusive finalità di solidarietà sociale), la cui numerosità e dimensioni sono consistenti (la loro quota sul valore aggiunto e sull'occupazione totale è pari a circa l'1,9 e l'1,8 per cento, rispettivamente) e in rapida crescita — pur restando ancora significativamente inferiori a quelle dei principali paesi EU e OCSE. L'attività di queste istituzioni si dirige verso molteplici direzioni (ospedali, formazione professionale, cooperative sociali, servizi sociali, istituti residenziali e beneficenza), surrogandosi o, spesso, anche sovrapponendosi allo Stato, specie là dove

- le carenze dell'intervento pubblico nei confronti dei bisogni dei più poveri sono più gravi (sanità, servizi sociali e residenziali, e formazione per i poveri);
- la presenza dello Stato è maggiore nell'offerta e produzione diretta di beni e servizi socio-assistenziali e sanitari, a causa delle carenze amministrative gestionali e le conseguenti deficienze qualitative e quantitative.
- la marginalità e le forme di povertà estrema sono maggiori (ad esempio, persone senza fissa dimora, malati mentali, immigrati e zingari);
- più forte è lo scontro con (a) la presenza di una regolamentazione giuridica frammentata; e (b) la rigidità della normativa e il formalismo burocratico degli interventi assistenziali pubblici;
- più grave è l'assenza di coordinamento;

Alle sovrapposizioni di responsabilità tra enti della pubblica amministrazione tendono pertanto a aggiungersi quelle con e tra le altre

istituzioni assistenziali - pubbliche e private - che operano nel campo dell'assistenza, con palese mancanza di complementarità tra i due sistemi. Alla luce del forte sostegno finanziario (diretto ed indiretto tramite le agevolazioni fiscali) dello Stato -- secondo stime recenti, oltre il 40 per cento delle fonti di finanziamento delle attività delle istituzioni non profit deriva da soggetti pubblici⁴⁵ -- lo "scollamento" e la mancata integrazione che si ritrova tra i molteplici operatori (pubblici e privati) della "costellazione dell'assistenza" sono particolarmente gravi. Questi problemi sono contemporaneamente (i) il prodotto di un modello senza visione politica moderna del diritto di cittadinanza e (ii) la conseguenza di un modello statalizzante ormai superato del pubblico intervento (per molti versi più vicino ai sistemi dei paesi ex-USSR (FSU) che a quelli moderni occidentali) nel quale il sistema politico si trova impantanato. La conseguenza è non soltanto lo sciupio di risorse scarse causato dall'inefficienza degli interventi, ma anche lo spreco di opportunità esistenti per aiutare i più deboli e i più bisognosi. Pur se disponibili, queste vengono sprecate, con conseguenti costi economici e sociali inutilmente inflitti e sopportati dai poveri, in particolare, e dalla società, in generale.

Il risultato è un modello di base di tipo residuale e discrezionale nel quale non esiste in pratica un diritto soggettivo universale (come ad esempio in Germania) a condizioni minime adeguate, e dove il diritto all'assistenza è ancora confuso con la beneficenza e l'ordine pubblico.

⁴⁵ Del Bono E., "Il non profit in Italia: verso una disciplina civilistica e fiscale", *Tutela*, 3/4, 1996, pp. 41.

Riquadro 1: Mezzo secolo di "prediche inutili" sulle politiche assistenziali nei documenti ufficiali

"Al giudizio positivo di alcuni sui mezzi finanziari per l'assistenza fanno seguito alcune considerazioni fatte sempre al bilancio dell'Interno.: Il contrasto tra il valore potenziale e la deficienza effettiva dell'assistenza italiana è veramente grande.. Mille e mille istituzioni operano nel campo assistenziale, senza alcun coordinamento. Sono spesso attività che si sovrappongono, sono opere che si mantengono in vita con difficoltà, appesantite da spese generali male regolate. Sono le stesse grandi branche dell'amministrazione statale e degli enti autarchici che mancano di direttiva assistenziale degna di questo nome.

Le stesse considerazioni sono state fatte nel XIII Volume dell'Inchiesta parlamentare sulla miseria, che catalogava tutti gli enti e le istituzioni che svolgono attività assistenziale, e che sono appunto una miriade. Il fatto che a cinque anni di distanza le medesime affermazioni possano essere ripetute punto per punto, è la dimostrazione di quanto poco si sia fatto in questo campo.....

Questa situazione giustifica...il parere riassuntivo degli stessi relatori: "il vitale settore della pubblica assistenza si presenta in condizioni di scarsa organizzazione a causa di molti enti che vi provvedono, spesso senza il necessario coordinamento, e per il non ancora realizzato adeguamento a criteri più moderni e funzionali".

ANEA, Atti del VI Congresso nazionale enti assistenza, Milano, Novembre 1957, Relazione di A. Aniasi., pp.73-79.

"Degli Enti della pubblica assistenza in Italia - a malgrado.....delle somme non trascurabili che assorbono...—troppe volte si potrebbe dire che esistano soltanto per mantenere se stessi. Sul piano legislativo... gli ECA sono ancora regolati da una legge del 1890, lontana da noi nel tempo, ma ancor più lontana, per le condizioni ambientali e sociali nelle quali fu promulgata...

Ora, dal 1948, la nostra Carta Costituzionale sancisce il diritto alla assistenza del cittadino in stato di bisogno e il debito della collettività di garantire l'esercizio di quel diritto...

La nostra società è, dunque, profondamente mutata...ma la legge regolatrice dell'assistenza e beneficenza, e sempre lì, da 74 anni...a fare beneficenza senza tenere alcun conto della Costituzione.

Il riordinamento strutturale dell'assistenza pubblica e dunque la prima istanza... che dovrà essere ripresa...

Senza nessuna esagerazione, taluni ECA sono ridotti a forme di "beneficenza ironica", la cui efficacia e tutta espressa da quella tale media di L.27 al giorno per assistito, di cui... più volte si è parlato.

Soltanto un sistema organico potrà superare le iniquità, le lacune, le confusioni della vigente legislazione sociale, le assurde sperequazioni tra i bisogni sufficientemente appagati di alcune categorie e i bisogni ad altre categorie negati, e potrà riportare ordine nei molti enti che ora agiscono in una rete di interferenza e con una somma di sprechi incredibili"

ANEA, Dall' Assistenza alla sicurezza sociale, Atti del VII Congresso Nazionale, Roma, Maggio 1964, discorso On. E. Vigorelli, pp.16-27

"Come è noto, sull'assistenza si è scritto e detto talmente tanto dal dopoguerra ad oggi da far ritenere ai più che le idee siano chiare, le ipotesi di rinnovamento lucide, le prospettive di impegno immediate; ma quando si passa dalle affermazioni di carattere generale alla necessità di operare in termini dettagliati e specifici, tutto si perde e si confonde in un mare di realtà contraddittorie ed ambigue che non solo non permettono di avviare un testo come questo in termini sintetici e propositivi ma impongono che si abbia anzitutto chiara consapevolezza delle ambiguità di fondo del sistema e dei meccanismi di formazione ed accentuazione di tale ambiguità.

La crisi che investe il settore assistenziale viene ad assumere connotati sia specifici che generali, ove per connotati specifici si intendono quelli interni al sistema stesso: la "categorizzazione" degli assistibili, il centralismo, la frantumazione in una molteplicità di enti settoriali, la discrezionalità con cui eroga le prestazioni, la assenza di una visione globale che vada dalla prevenzione alla riabilitazione, la concezione del 'bisogno' che ne informa l'intervento. Vi è tuttavia una coscienza abbastanza generalizzata della impossibilità di risolvere unicamente con una proposta di riforma di settore i problemi di un sistema, quello assistenziale, che è condizionato dagli aspetti più generali della politica sociale: quella della collocazione e del ruolo dell'assistenza nell'ambito della politica sociale costituisce una delle questioni più aperte ed anche più decisive in materia."

ANEA, Libro bianco sull'assistenza in Italia, (a c. del Censis) Roma, Novembre 1976, p.35

"Quali sono dunque gli elementi caratteristici e le linee di tendenza del settore socio-assistenziale dopo il DPR 616? Non è agevole...trarre alcune indicazioni sintetiche circa le linee evolutive del settore, dal momento che:

--eterogeneità del contenuto stesso delle funzioni e delle competenze delegate...hanno dato ampio spazio ai problemi e alle interpretazioni diverse di tipo tecnico-giuridico, oltre a quelli di tipo più culturale e politico:
 --nelle sedi regionali e locali si sono avuti orientamenti disomogenei: sui concetti di beneficenza pubblica, assistenza sociale, servizi sociali, sicurezza sociale, non vi è infatti ancora sufficiente 'cultura comune'.
disomogeneità e divergenze emergono in modo più evidente (sui modelli di azione e...) le scelte che le istituzioni di governo regionale e locale hanno compiuto in materia...La situazione attuale poi, vista nei singoli casi, si presenta in modo talmente differenziato da rendere arduo ogni tentativo classificatorio..."

Ministero degli interni, Il decentramento dei servizi socio-assistenziali (a.c. del CENSIS), Roma 1982

"Il sistema di protezione sociale...si è sviluppato, in Italia, attraverso una proliferazione disordinata di provvedimenti; ed ha attraversato nel suo sviluppo fasi alterne, che hanno portato ad un progressivo allargamento della platea dei destinatari e che successivamente ...hanno messo in moto un processo di ampliamento distorto degli interventi rimasti di competenza nazionale: in particolare sono state attribuite al sistema previdenziale funzioni aventi natura assistenziale o quanto meno incerta.....

Da un lato gli Enti territoriali.. (hanno costruito).. autonomamente e con ritardo ma soprattutto senza norme e parametri generali, le politiche sanitarie socio-assistenziali locali, avviando quel processo --oggi avvertito e denunciato -- di distribuzione irrazionale e sperequata di strutture, spese e interventi.

Dall'altro lo Stato (...ha tentato..) di instaurare un..processo di riappropriazione delle competenze...per due vie l'una...di allargamento, anche distorto in senso assistenziale, degli interventi rimasti di sua competenza, del numero di fruitori, della relativa spesa impegnata; l'altra, motivata dalla irrazionalità delle politiche assistenziali locali...di blocco reiterato negli anni delle finanze locali sui livelli storici.. (di spesa assistenziale)."

Commissione d'indagine sulla povertà, La povertà in Italia, Presidenza del Consiglio Roma, 1985, p.58 e p.168.

"Questa analisi...dei contenuti della politica socio-assistenziale...ci riporta ancora una volta a gravi carenze di programmazione e di filosofie di intervento....

Non c'è capienza sufficiente nella visione strategica dell'ente regione e degli enti locali per abbracciare l'insieme dei problemi socio-assistenziali.

L'intervento sociale, sia a livello regionale che comunale, appare estremamente segmentato e parziale. Esso si concentra, infatti, ora su una categoria di utenti ora sull'altra, passando indifferentemente dagli anziani, ai minori ed agli handicappati, senza un'apparente logica legata al territorio, alla dimensione urbana o alla qualità dei bisogni.

Questa 'altalena' illogica ed esasperante sembra avere come unici punti di riferimento:

--l'impossibilità, data per scontata, di poter gestire in maniera omogenea l'intera domanda sociale;

--un'attenzione privilegiata...alla categoria degli anziani;

--la forte resistenza ad uscire dai binari "ufficiali" del socio-assistenziale --vale a dire appunto gli anziani, i minori e gli handicappati--ignorando altre possibili categorie di utenza".

Commissione d'indagine sulla povertà e l'emarginazione, Secondo rapporto Angeli, Milano, 1992, p.144-145.

sulla povertà in Italia, F.

"Le misure di assistenza economica (...esistenti nel nostro paese..) mettono in evidenza un'estrema variabilità sia formale sia sostanziale di interventi a livello locale. Questa variabilità non è tanto il risultato di un adeguamento a condizioni socio economiche differenti, quanto di una differenziazione istituzionale dei sistemi di garanzia di un livello minimo di vita politicamente determinata *ex-ante* ed indipendente dalle condizioni di bisogno. Le tendenze messe in evidenza pur mostrando dei timidi tentativi di superamento della frammentazione ed eterogeneità esistenti non sono sufficienti a garantire uguale accesso a condizioni di vita minime su tutto il territorio nazionale e a tutte le persone in condizione di bisogno. Questo pone comparativamente l'Italia, insieme alla Grecia, al Portogallo e, in parte, alla Spagna, in una posizione di debolezza dal punto di vista dei diritti di cittadinanza sociale in ambito europeo....."

"...ciò che manca, in particolare per le misure di assistenza economica, è un insieme di criteri di intervento che determinino il diritto del soggetto con reddito inferiore ad una determinata soglia, ad una erogazione *certa* di un ammontare che gli consenta una condizione di vita dignitosa".

Commissione d'indagine sulla povertà e l'emarginazione, Le politiche locali Angeli, Milano, 1992, p.32

contro l'esclusione

"La valutazione della spesa per assistenza nel nostro paese non può essere positiva.

I trasferimenti monetari sono realizzati attraverso istituti maldisegnati che non raggiungono apprezzabili risultati redistributivi....

Gli istituti esistenti hanno un impatto quasi esclusivamente categoriale che, mentre frammenta (e riconosce diversamente) i cittadini in una miriade di categorie a partire da una singola dimensione, ignora le differenze di età, sesso, condizioni di vita. Allo stesso tempo incentiva chi aspira a trovare una qualche forma di sostegno a "mimare" condizioni categoriali riconosciute....

La titolarità degli interventi assistenziali è frammentata tra soggetti istituzionali diversi a livello centrale e decentrato: tra ministeri diversi, tra stato ed enti locali, tra regioni, provincie e comuni. Questi soggetti non sempre cooperano tra loro ed utilizzano logiche e criteri condivisi.

Si notano irrazionalità nella scelta degli strumenti di finanziamento: quello contributivo è presente anche quando la finalità è chiaramente assistenziale...

L'aspetto più carente è tuttavia rappresentato dall'assenza di un istituto di minimo vitale a carattere universale..."

Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, La spesa per l'assistenza (a.c. di F. Bimbi, P. Bosi, F. . Ferrera e C. Saraceno), Roma, 1996, pp.13-14.

3.1.2 Tassonomia degli interventi assistenziali

Il termine "assistenza", così come per le locuzioni: "beneficenza ed assistenza", utilizzata dal legislatore sin verso il 1923; e "assistenza pubblica e beneficenza" utilizzata dagli anni '20 sin verso la fine degli anni '70, è rimasto ancora oggi un concetto generico, nonostante il dettato costituzionale (art.38) configuri "...il dovere dello Stato di provvedere, per un principio di solidarietà e giustizia sociale ai bisognosi".

I bisognosi continuano ad essere visti come un segmento a parte della popolazione, non come qualsiasi altro cittadino che "ha bisogno di aiuto" e può, come predicato nei modelli assistenziali moderni, esercitare il diritto di essere aiutato. Per molti versi, lo stereotipo dell'assistenza è quello delle *Poor Laws* inglesi e degli *Ateliers nationaux* francesi⁴⁶, non quello alla base delle reti di protezione sociale (*safety nets*) sviluppate sulla scia delle idee di W. Beveridge nella maggior parte dei paesi industrializzati negli anni successivi alla seconda guerra mondiale.

Il legislatore italiano non è mai andato oltre l'enunciazione di principi ed obiettivi generici. Spesso, principi ed obiettivi sono stati assoggettati a condizione — e talvolta anche alla pura e semplice disponibilità di risorse nei bilanci dei comuni. Il riferimento a termini generici, quali: la solidarietà, la giustizia sociale e il diritto di cittadinanza, per quanto accattivante, non ha rappresentato altro che una scatola vuota riempita di volta in volta di provvedimenti la cui filosofia

⁴⁶ Cfr. Rose M.E., *The Relief of poverty 1834-1914*, Macmillan London, 1972

di base ha rassomigliato all'*adockery*⁴⁷, non a una visione articolata di principi di giustizia sociale. Le "fondamenta" delle politiche assistenziali sono pertanto rimaste implicite e, conseguentemente, vaghe. A tutt'oggi, permangono nel nostro paese importantissime differenze a livello territoriale e tra gruppi: sono diverse le priorità e le finalità, ed i contenuti dei programmi assistenziali; gruppi diversi hanno accesso a garanzie diverse.

La mancanza di "fondamenta" e di standards nazionali, e la frammentarietà e le diversità territoriali riscontrabili nel nostro paese, rendono difficile compilare una "carta delle politiche assistenziali" cui hanno accesso tutti i cittadini italiani. La varietà di interventi che si ritrovano a livello territoriale é notevole. Tra essi sono inclusi:

- assistenza agli anziani (assistenza domiciliare, case di riposo, case albergo, assistenza abitativa, centri diurni e centri di soggiorno climatici, assegnazioni di terreno);
- assistenza ai minori (asili nido, ospitalità in istituto, soggiorni climatici);
- assistenza ai minori in difficoltà o soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, minori in stato di abbandono materiale e morale, minori disadattati;
- servizi destinati ai disoccupati;
- servizi destinati ai tossicodipendenti;
- servizi destinati ad ex-alcolisti;
- interventi sociali a sostegno di ex-carcerati;
- interventi a favore di immigrati e zingari;
- riabilitazione di malati di mente ex-lungodegenti, minorati fisici e psichici;
- servizi sociosanitari per la tutela della salute materno-infantile e per la prevenzione;
- carte dei servizi;
- consultori familiari, consultori pediatrici;
- interventi per il diritto allo studio nella scuola materna e dell'obbligo (refezione scolastica, trasporto alunni, attività integrative, educative-ricreative, fisico-sportive, culturali e ambientali,) e nelle scuole medie superiori (sperimentazione didattica, inserimento handicappati, trasporto, convitti, servizio mensa);
- erogazione di sussidi economici.

⁴⁷ Sull'uso di questo termine cfr. V. Halbertstat, "An Economist's Viewpoint" in OECD, *The Welfare State in Crisis*, Parigi 1981, pp.23-33; e Nevitt A.A. e Roberti P., "The future of the Welfare State" in *Affari Internazionali*, 1982.

Non tutte le Regioni o Comuni garantiscono lo stesso “pacchetto” di prestazioni (in denaro o in beni e servizi); né garantiscono gli stessi diritti agli stessi gruppi; inoltre le garanzie sono cangianti e spesso condizionate alla disponibilità di bilancio. Ne conseguono, pertanto, forti variazioni territoriali in termini sia di disponibilità di programmi, sia di impegno finanziario. Anche queste differenze rappresentano costanti che hanno caratterizzato la storia delle politiche sociali italiane sin dagli anni '50 (cfr. il Riquadro 2), che continuano a persistere e che con tutta probabilità richiederanno tempi lunghi per essere superate.

A livello nazionale, le politiche si fondano sui programmi di integrazione al minimo delle diverse prestazioni previdenziali e sugli istituti della pensione sociale, dell'indennità di accompagnamento e della pensione di invalidità. Ugualmente incluse tra l'assistenza nei conti sociali sono le pensioni ai ciechi e ai sordomuti e le pensioni di guerra. Anche a questo livello esistono differenze sostanziali nelle garanzie offerte e, soprattutto, nei criteri di accertamento e determinazione del diritto alle diverse prestazioni.

Riquadro 2: Gli interventi assistenziali per il minimo vitale: situazioni e differenze fra le Regioni e le città

“Un ulteriore elemento di variabilità è costituito dalle differenti modalità con cui i Comuni applicano le direttive di attuazione. Esso rende oggi più difficile la creazione di un sistema di diritti omogeneo sul territorio nazionale e aumenta l'incertezza del diritto, ostacolando la piena attuazione dei principi e dei diritti contenuti nelle leggi regionali di riordino. Tale articolazione a livello comunale delle misure economiche, in parte proprio anche conseguenza della mancanza di indirizzo a livello nazionale, si è consolidata in un insieme disomogeneo di misure; ...”

“... Nelle città considerate, l'attuazione delle leggi regionali non è stata un processo semplice. Tra la deliberazione a livello regionale e l'anno di attuazione della misura a livello locale vi è sempre un lasso di tempo, più o meno lungo, e non sempre le leggi regionali vengono applicate. Vi sono, poi, alcuni Comuni nei quali il Minimo Vitale viene utilizzato come criterio per le erogazioni di sussidi economici, indipendentemente da quanto definito a livello regionale. Nell'insieme (“si possono”) individuare quattro situazioni tipiche tra i Comuni considerati:

- a) i Comuni che hanno anticipato le leggi regionali;
- b) i Comuni che applicano la legge regionale;
- c) i Comuni che non applicano la legge regionale;
- d) i Comuni situati in Regioni senza legge regionale.

a) Il Comune ha anticipato la legge regionale:

- A Torino già dal '78 l'amministrazione comunale ha predisposto un dettagliato regolamento che comprendeva misure di assistenza economica con riferimento al Minimo Vitale. Nel 1982 ha approvato la legge di riordino e, a livello comunale, con delibera del 1984, i criteri sono stati uniformati agli standard regionali e il Minimo Vitale agganciato alla soglia del minimo pensionistico..

- Ancona ha anticipato la Regione (L.R. 43/88) con un regolamento socio-assistenziale comunale già operativo dal 1981, che annualmente viene rinnovato, nel quale si stabiliscono i criteri di erogazione dell'assistenza economica a garanzia del minimo vitale (con riferimento alla pensione minima INPS).

- A Piacenza il Comune ha adottato il criterio del Minimo Vitale nel 1980, anticipando così la L.R. 2/85.

- A Firenze il Minimo Vitale è stato utilizzato come criterio per la determinazione dei sussidi monetari a partire dalla fine degli anni '70 (L.R. 42/92). Il Consiglio Comunale di Firenze ha deliberato successivamente (1/14/94) un Regolamento per l'assistenza sociale in cui sono specificati anche i criteri per l'assistenza economica e i beneficiari.

- A Catania l'attuazione del Minimo Vitale risale al 1983, mentre la legge regionale è del 1986 (L.R. 22/86).

b) Il Comune ha applicato la legge regionale:

- A Trento il Minimo Vitale è stato attivato nel '91 in applicazione della legge provinciale L.P. 14/91. La situazione è, però, particolare perché l'ente preposto alla programmazione e all'organizzazione dei servizi socio-assistenziali è la Provincia Autonoma di Trento che, fino al '91 ha gestito direttamente tutta la materia socio-assistenziale secondo la legge di riordino 30/80. L'assistenza economica veniva già gestita dalla fine degli anni '70 in base a criteri simili al Minimo Vitale, però, dalla Provincia e in compartecipazione con gli E.C.A. Con la L.P. 14/91 vi è stato il passaggio di competenze dalla Provincia al comune e sono stati sciolti gli E.C.A.

- A Milano nel Piano socio-assistenziale Comunale (PSA-C) del 1989, posto in essere in applicazione della L.R. 1/86 e del PSA-R del 1988 sono stati identificati i destinatari e i criteri di erogazione del Minimo Vitale.

- Il Comune di Pesaro, in applicazione della legge regionale (L.R. 43/88) e in attesa del Piano Regionale, ha proceduto dal 1989 al 1994, all'attuazione di misure di assistenza economica mediante delibere. L'assistenza economica erogata esplicitamente in base al Minimo Vitale è stata attivata con l'approvazione del regolamento da parte del Comune nel 1994, che la disciplina in modo organico.

c) Il Comune non ha attuato la legge regionale:

- A Cosenza ed a Messina a livello comunale non è prevista la misura di integrazione al Minimo Vitale, benché nelle leggi regionali si faccia riferimento ad un intervento a carattere continuativo per il raggiungimento del Minimo Vitale. A Cosenza la legge regionale è del 1987, ma a livello comunale è prevista solo l'assistenza economica straordinaria.

d) I Comuni situati in Regioni nelle quali non esiste una legge di riordino:

- A Roma, Napoli e Bari la misura del Minimo Vitale non è prevista né attuata a livello cittadino, ma d'altra parte non è prevista neppure a livello regionale, mancando le leggi di riordino. Sono previste comunque delle forme di assistenza economica anche continuativa.

Questa differenziazione nella tempestività con la quale viene recepita la normativa trova riscontro in una situazione altrettanto differenziata rispetto all'esistenza o meno del Minimo Vitale e alla sua applicazione. Le città che applicano il criterio del Minimo Vitale sono: Torino, Milano, Trento, Piacenza, Bologna, Ancona, Pesaro, Firenze e Catania. Non viene previsto, viceversa, a Roma, Napoli, Cosenza, Bari e Messina".

Commissione di indagine sulla povertà e sull'emarginazione, Le politiche locali contro l'esclusione sociale, Presidenza del Consiglio dei ministri, p.p. 19-21.

3.1.3 La spesa assistenziale italiana per funzioni, strumenti e finalità

Le "vere" dimensioni della spesa pubblica per interventi di tipo assistenziale nel nostro paese sono state oggetto di dibattito sin dagli anni '50⁴⁸. Le difficoltà incontrate nella contabilizzazione delle risorse destinate alle politiche assistenziali sono ascrivibili a vari fattori. Fra questi sono preminenti:

- la mancanza di una definizione chiara dei principi alla base degli interventi assistenziali;
- la frammentazione delle responsabilità tra una miriade di enti;
- la mancanza di una politica dell'assistenza e di un coordinamento di tipo federale che, in pratica, ha fatto di ciascun gestore un *maker più o meno autonomo* delle "proprie" politiche assistenziali;

⁴⁸ Cfr. ANEA, Atti del VI Congresso nazionale, op.cit., Relazione del Segretario generale, pp. 65-79.

• la forte predilezione del “mercato politico” per ingarbugliare e confondere insieme le politiche previdenziali e assistenziali, con la conseguenza che in alcuni periodi gli interventi assistenziali sono stati etichettati come previdenziali, e viceversa — a seconda delle necessità di finanza pubblica o del desiderio del “mercato politico” di presentarsi ai dibattiti con stime di comodo della spesa previdenziale o assistenziale. Ne sono chiari esempi i dibattiti (a) sul “bilancio parallelo” e la necessità di separare “in modo chiaro” la previdenza dall’assistenza nei conti dell’INPS; e (b) sul livello della spesa pensionistica nel nostro paese ed i confronti internazionali. In entrambi i casi, il sospetto di voler manipolare le statistiche *pro domo sua* è tutt’altro che ingiustificato. Nel primo caso, infatti, la contabilizzazione tra la spesa assistenziale delle integrazioni al minimo delle pensioni IVS (invalidità, vecchiaia e superstiti) è utilizzata per sostenere e giustificare trasferimenti aggiuntivi dal bilancio statale a quello dell’INPS, a fronte di impegni che, nascendo dalla legislazione previdenzial-contributiva, sono solo secondariamente collegati a condizioni di reddito. Nel secondo caso, invece, l’esclusione della spesa per le integrazioni al minimo delle pensioni chiaramente serve a riavvicinare il nostro paese — che altrimenti mostra una quota di spesa pensionistica sul PIL abnormemente alta nei confronti internazionali — a livelli grosso modo vicini a quelli dei principali paesi EU. In entrambi i casi è evidente l’uso tattico che viene fatto dei dati; in piena armonia con i “principi” dell’illusione finanziaria illustrati dal Puviani⁴⁹ si ridimensiona la grandezza della spesa attraverso pure e semplici riclassificazioni di bilancio con lo scopo non dichiarato, ma evidente, di evitarne riduzioni. I flussi redistributivi reali non cambiano; i poveri continuano a ricevere le stesse risorse, e così continuano a fare gli altri gruppi poiché i cambiamenti sono tali da non incidere sulla distribuzione del reddito disponibile (cfr. Tabella 3.1.1). Similmente sul lato del finanziamento, non cambia nulla in termini di incidenza sulle famiglie. Il disavanzo INPS diviene disavanzo dello Stato.

⁴⁹ Puviani A., *Teoria economica dell’illusione finanziaria*, Sandron, Palermo, 1903.

Tabella 3.1.1: Trasferimenti alle famiglie italiane per fascia di reddito, 1996

Fascia del reddito	Famiglie sul totale	Trasferimenti alle famiglie	
		Trasferimenti familiari	Trasferimenti non familiari
Povertà	13,1	43,87	7,12
(dalla linea della Povertà al 5° decile)	36,9	36,39	35,01
(dal 6° al 9° decile)	40,0	23,37	46,06
(superiore)	10,0	11,59	11,81
	100,0	24,31	100,00

Fonte: Stime ISPE con ITAXMOD.

Mancando un quadro di riferimento, discussioni sulla effettiva grandezza della spesa assistenziale quali quelle appena vista, che a volte include di più e a volte di meno di “quanto dovrebbe essere incluso”, sono tutt’altro che sorprendenti. Ma allora, come è possibile rispondere a domande quali: quanto, come e per chi si spende per le politiche assistenziali nel nostro paese? Si spende più o meno o come negli altri paesi EU? E, quali sono i criteri per potere distinguere le stime corrette da quelle distorte?

Fintanto che i dati ufficiali di contabilità sociale – cioè conti della protezione sociale-- vengono rimessi in discussione e conti diversi vengono presentati senza le relative giustificazioni e chiavi di lettura incrociata, non è possibile sorprendersi di fronte a valutazioni che differiscono, spesso anche significativamente; né è possibile avanzare osservazioni a favore o contro uno od un altro approccio. E’ infatti normale che criteri di classificazione diversi conducano a totali e a distribuzioni che per singole sottovoci (valori assoluti e quote) sono diverse. Ciascuna classificazione ha una propria logica, una propria giustificazione ed un proprio possibile uso ed è pertanto valida sin quando i criteri sui quali essa si fonda sono ritenuti accettabili. Concentrarsi nelle discussioni sui risultati, come spesso accade, senza averne discusso le metodologie è non solo fuorviante, ma futile.

Questo tipo di discussioni preliminari è mancato e tuttora tende a mancare nelle discussioni sulle politiche previdenziali e assistenziali in Italia. Due esempi, uno relativo agli anni '50 (cfr. il Riquadro 3) e l'altro alla Commissione per le compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, confermano l'utilità e la necessità di accordarsi sui criteri classificatori, non soltanto ai fini della correttezza delle valutazioni — condizione fondamentale per il buongoverno e le buone politiche— ma