

XIV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

<i>Tempi</i>	<i>Articolo</i>	<i>Oggetto</i>	<i>Competenza</i>	<i>Coinvolgimenti</i>	<i>Stato *</i>
25/05/01	12.5	Dm modalità di accesso alla dirigenza per figure professionali sociali	Min. solidarietà sociale, tesoro, bilancio, funzione pubblica		
25/05/01	13.1	Dpcm per adottare lo schema generale di riferimento della Carta dei servizi sociali	Presidenza del Consiglio	Proposta Min. solidarietà sociale, d'intesa con Min. interessati	-
180gg da Dpcm	13.1	Adozione di una Carta dei servizi sociali in base a schema generale	Enti erogatori	-	-
25/05/01	24.1 e 2	Dlgs per riordino emolumenti per invalidità civile, cecità e sordomutismo	Governo	Intesa Conferenza Unificata, parere enti e associazioni, sindacati	-
30/05/01	23.1	Relazione al Parlamento su sperimentazione Reddito minimo inserimento	Governo	Sentita Conferenza Unificata e sindacati	-
27/11/01	18.2	Piano nazionale triennale degli interventi e servizi sociali	Governo	Proposta Min. solidarietà sociale, sentiti i Min. interessati, parere Conferenza Unificata e associazioni	A
120gg da Piano	18.6	Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali	Regioni	Forme d'intesa coi Comuni	-
-	19.1	Definizione del Piano di zona	Comuni associati	-	-
30.6 ogni anno	15.4	Trasmissione Min. sanità e solidarietà sociale di una relazione sullo stato di attuazione degli interventi di sostegno domiciliare agli anziani	Regioni	-	-
30.6 ogni anno	27.3	Relazione al Parlamento sull'andamento del fenomeno dell'esclusione sociale	Governo	-	-
-	9.1a e 11.1	Dm per requisiti minimi nazionali per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale e per le comunità di tipo familiare con sede in abitazioni civili	Min. solidarietà sociale	Sentiti i Min. interessati e la Conferenza Unificata	

* A= approvato B= in bozza

<i>Tempi</i>	<i>Articolo</i>	<i>Oggetto</i>	<i>Competenza</i>	<i>Coinvolgimenti</i>	<i>Stato *</i>
-	9.1a e 11.1	Legge regionale che recepisce e integra in base alle esigenze locali i requisiti minimi nazionali per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale e per le comunità di tipo familiare con sede in abit	Regioni	-	
-	12.2a	Regolamento per definire le figure sociali da formare con corsi di laurea e regionali	Min. solidarietà sociale	Concerto con Min. sanità e università, d'intesa con Conferenza Unificata	A
-	16.6	Legge finanziaria per definire le agevolazioni fiscali per le spese sostenute per la tutela e la cura di membri del nucleo non autosufficienti o disabili	Governo	-	
-	20.5	Regolamento per disciplinare modalità e procedure uniformi per la ripartizione delle risorse confluite nel Fondo nazionale per le politiche sociali	Governo	Pareri delle Conferenza Unificata e delle Commissioni parlamentari	
-	21.3	Dpcm per modalità e strumenti per coordinamento tecnico con Regioni ed enti locali per l'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali	Presidenza del Consiglio	Proposta Min. solidarietà sociale, sentita Conferenza Unificata e Aipa	
-	23.1	Provvedimento legislativo con modalità, termini e risorse per l'estensione del Rmi come misura generale di contrasto della povertà	Governo	-	
-	27.1	Istituzione della Commissione esclusione sociale	Presidenza del Consiglio		

* A= approvato B= in bozza

L'aspetto forse più problematico di tutto il processo di implementazione della riforma dell'assistenza riguarda il passaggio dai principi generali che devono essere fissati dal livello centrale (Governo, Ministeri) al loro recepimento da parte degli organi di governo decentrato. Le Regioni, soprattutto, hanno una funzione fondamentale di "declinazione" di tali principi, vale a dire della loro traduzione in norme e criteri concreti. Il ruolo delle Regioni appare di particolare importanza soprattutto in due passaggi di una riforma che in generale valorizza il ruolo degli enti locali, sulla scia del più generale processo di decentramento amministrativo. All'art. 8.3a viene delegata alle Regioni la responsabilità di regolamentare i rapporti tra enti locali e Terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona: ogni Regione deve fissare standard strutturali e di qualità dei servizi, nonché principi di gestione e ambiti territoriali. L'importanza di questo passaggio deriva dal ruolo fondamentale riconosciuto ai soggetti del Terzo settore come pilastro del sistema assistenziale nazionale. L'art.1.5 della legge, infatti, afferma che "alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati". A questi soggetti viene quindi riconosciuto non solo un ruolo nella erogazione delle prestazioni, ma anche in fase di progettazione in collaborazione con gli enti pubblici.

Il secondo passaggio nel quale le Regioni assumono una responsabilità fondamentale riguarda l'elaborazione del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali (art. 18.6), nel quale deve essere specificata l'integrazione socio-sanitaria in coerenza col piano sanitario regionale, nonché il coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro. I Piani regionali sono importanti in quanto da essi dipendono i Piani di zona, di responsabilità dei Comuni associati (che sono poi in larga parte i soggetti erogatori) nei quali vengono specificati obiettivi da raggiungere e gamma e qualità dei servizi da erogare. In dettaglio, i Piani di zona individuano (art. 19.1):

- obiettivi strategici e priorità di intervento
- modalità organizzative dei servizi, risorse finanziarie, strutturali e professionali, requisiti di qualità in conformità alle disposizioni regionali
- forme di rilevazione dei dati
- modalità per l'integrazione tra servizi e prestazioni
- modalità per realizzare il coordinamento con organi periferici delle amministrazioni statali
- modalità per la collaborazione con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale
- forme di concertazione con le ASL.

Questi due passaggi importanti della riforma, ai quali si può forse aggiungere la nuova disciplina delle Ipab (Istituzioni pubbliche di beneficenza e assistenza, art. 10), segnalano l'impianto istituzionale del nuovo sistema assistenziale, nel quale i diversi livelli di governo svolgono funzioni diverse in un'ottica di integrazione, discostandosi dal modello tradizionale di forte frammentazione e disomogeneità.

Lo stato di avanzamento dei provvedimenti di attuazione

Nei circa dieci mesi trascorsi dalla entrata in vigore della legge (13.11.00) alcuni importanti adempimenti previsti dalla legge stessa sono stati emanati entro la scadenza prevista, mentre altri risultano in ritardo. Al contrario, l'importante *Piano nazionale triennale degli interventi e servizi sociali* è stato approvato in anticipo rispetto al termine previsto. Di seguito vengono analizzati i provvedimenti realizzati finora, con l'eccezione del *Piano nazionale triennale degli interventi e servizi sociali* e del Decreto di ripartizione delle risorse del *Fondo nazionale per le politiche sociali* che verranno analizzati in maggiore dettaglio nel seguito.

Alcuni dei provvedimenti varati in questa prima fase sono adempimenti tecnici. Tra questi vi è la nomina della Commissione tecnica per il sistema informativo dei servizi sociali (art. 21.2) che ha il compito di formulare proposte sui contenuti, il modello e gli strumenti per la realizzazione del sistema informativo. Quest'ultimo è uno strumento innovativo del welfare italiano in quanto si propone di fornire dati e informazioni utili per la programmazione, la gestione e la valutazione delle politiche sociali, nonché per il coordinamento con le strutture sanitarie, con le politiche del lavoro e della formazione. In sostanza, la legge cerca di superare la frammentazione storica del sistema assistenziale italiano individuando livelli di prestazioni e standard organizzativi ed inoltre impone la costruzione di un sistema informativo che consenta di valutare la rispondenza tra questi criteri e l'effettivo fabbisogno di protezione sociale. Un secondo provvedimento tecnico è lo schema di Regolamento relativo alle figure professionali sociali (art. 12.2), che individua l'assistente sociale come figura professionale centrale del sistema di servizi sociali, affermando che la qualifica di assistente sociale si ottiene tramite il conseguimento di una laurea specifica, che sostituisce il precedente diploma universitario¹.

Schema di regolamento "Profilo professionale degli assistenti sociali, formazione universitaria ed equiparazione dei titoli di studio, a norma dell'art. 12 c. 2 della L. 8.11.00, n. 328".

Il Ministro della Solidarietà sociale è chiamato dall'art. 12.2 della L.328/2000 a definire i profili delle figure professionali sociali. Il Regolamento riconosce il profilo professionale dell'assistente sociale a chi, dopo una formazione universitaria, svolge attività professionali in strutture, pubbliche e private, di servizio alla persona, operando con autonomia in tutte le fasi dell'intervento sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone o gruppi in situazioni di bisogno o di disagio.

Come ricordato in precedenza, uno dei perni intorno ai quali verrà costruito il nuovo sistema di servizi sociali è costituito dalle organizzazioni del Terzo settore: Onlus, fondazioni, cooperative, privato sociale. Uno dei provvedimenti di responsabilità del Ministro per la solidarietà sociale ha dettato i criteri affinché le Regioni possano fissare specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e organismi del Terzo settore (art. 5.3). Le Regioni sono chiamate a stabilire i criteri con i quali i Comuni, che sono i principali soggetti erogatori di servizi sociali, possono stipulare convenzioni o acquistare

¹ Tale schema di regolamento, che aveva già ottenuto il concerto ministeriale e l'assenso della Conferenza unificata nella passata legislatura, è stato recentemente ritirato dal nuovo Governo.

servizi dai soggetti del Terzo settore. L'atto del Ministro per la solidarietà sociale raccomanda il ricorso a procedure di aggiudicazione ristrette e negoziali e proibisce il ricorso al metodo del massimo ribasso. In sostanza, questo punto della legge di riforma dell'assistenza intende mettere ordine in un processo, quello di coinvolgimento del Terzo settore nell'organizzazione del welfare, che fino ad oggi è avvenuto al di fuori di regole e standard nazionali, determinando pratiche regionali eterogenee e criteri di accreditamento e affidamento dei servizi molto diversi tra loro.

Atto di indirizzo e di coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona previsti dall'art. 5 della L. 8.11.00, n. 328"

L'art. 5 della legge 328/2000 impegna gli enti locali, le Regioni e lo Stato a promuovere il sostegno e la qualificazione delle organizzazioni del Terzo settore, anche tramite la semplificazione amministrativa.

L'atto del Governo rimanda alle Regioni il compito di adottare specifici indirizzi in questo campo, in particolare definendo requisiti di qualità, favorendo la pluralità di offerta dei servizi, incoraggiando forme di coprogettazione e prevedendo processi di consultazione con i soggetti del Terzo settore.

Le Regioni hanno il compito, innanzitutto, di regolamentare i rapporti tra Comuni e soggetti del Terzo settore nell'affidamento di servizi alla persona, privilegiando procedure di aggiudicazione ristrette e negoziate. A tale fine le Regioni definiscono le modalità di pubblicizzazione del fabbisogno di servizi, le modalità per l'istituzione di un elenco dei fornitori di servizi autorizzati, i criteri per la selezione dei soggetti fornitori. Nell'affidamento dei servizi i Comuni si basano sull'offerta economicamente più vantaggiosa, tenendo però conto delle modalità adottate per limitare il turn over degli operatori, della conoscenza dei problemi e delle risorse del territorio, del rispetto dei criteri di retribuzione previsti dalla contrattazione collettiva. È espressamente vietato il ricorso alla pratica del massimo ribasso.

Nell'ambito degli adempimenti di carattere tecnico vi è stato infine il Regolamento del Ministro per la solidarietà sociale relativo ai requisiti minimi delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale (artt. 9.1 e 11.1). Anche in questo caso il Governo è chiamato a fissare requisiti minimi, che vengono recepiti e integrati in base alle esigenze locali dalle Regioni. Gli atti regionali costituiscono il quadro legislativo finale all'interno del quale i comuni procedono alle autorizzazioni delle strutture residenziali e semiresidenziali. Il regolamento riguarda le strutture rivolte a minori, disabili, anziani, malati di Aids e persone con problemi psico-sociali, fissando alcuni requisiti minimi sia a livello strutturale che a livello organizzativo. A tal fine viene effettuata una distinzione tra strutture a carattere comunitario, strutture a prevalente accoglienza alberghiera, strutture protette e strutture a ciclo diurno. Per ciascun tipo, poi, vengono dettagliate le prestazioni che devono essere erogate e gli standard strutturali ed organizzativi. Per esempio, le strutture a carattere comunitario devono avere una capacità ricettiva compresa tra 7 e 20 posti letto, un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 4 ospiti, la presenza di una linea telefonica per gli ospiti. Per quanto riguarda le prestazioni, invece, le strutture residenziali protette, per esempio, debbono disporre di requisiti strutturali ed organizzativi che consentano l'erogazione delle seguenti prestazioni minime: somministrazione pasti, assistenza tutelare diurna e notturna, attività ricreative e

aggregative, e nel caso di strutture per anziani, anche l'assistenza sanitaria generica ed infermieristica.

Schema di regolamento "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'art. 11 della L. 8.11.00, n. 328".

Gli artt. 9.1c e 11 della L. 328/2000 attribuiscono allo Stato il compito di fissare i requisiti minimi per autorizzare le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, requisiti che vengono recepiti e integrati (art. 11) dalle Regioni in funzione delle esigenze locali. Ai Comuni, infine, è attribuito il compito di concedere le autorizzazioni alle strutture.

Il Regolamento riguarda le strutture rivolte a minori per interventi integrativi o sostitutivi della famiglia, a disabili, a persone affette da AIDS, a persone con problematiche psico-sociali. I requisiti minimi che tali strutture devono soddisfare sono:

- ubicazione in luoghi facilmente raggiungibili con mezzi pubblici
- esistenza di spazi per attività collettive
- presenza di figure professionali e sanitarie qualificate
- presenza di un coordinatore responsabile
- adozione di un registro degli ospiti
- rispetto del ritmo di vita degli ospiti
- adozione di una Carta dei servizi sociali (tariffe e prestazioni).

In base al grado di intensità assistenziale, al grado di complessità organizzativa e al grado di autonomia personale degli ospiti, il regolamento individua quattro diversi tipi di strutture: a carattere comunitario, a prevalente accoglienza alberghiera, protette e a ciclo diurno.

Il Decreto del Presidente del Consiglio relativo al *Riparto tra le Regioni dei finanziamenti destinati al potenziamento dei servizi in favore delle persone che versano in stato di povertà estrema e senza fissa dimora* risponde ad un mandato della legge 328/2000 (art. 28.3). Si tratta della reiterazione di un provvedimento preso durante l'inverno '99/'00 in risposta a situazioni di emergenza. La legge incrementa il Fondo nazionale per le politiche sociali di 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002, con l'obiettivo di favorire la creazione, da parte degli enti locali e delle organizzazioni del Terzo settore, di centri di ricovero e reinserimento per le persone senza dimora. In considerazione dell'effetto di concentrazione delle persone senza dimora nei centri urbani di maggiori dimensioni, il decreto destina il 75% delle risorse alle Regioni con almeno un'area metropolitana, mentre il restante 25% è distribuito tra le altre Regioni in base alla quota di popolazione residente.

DPCM "Riparto tra le Regioni dei finanziamenti destinati al potenziamento dei servizi in favore delle persone che versano in stato di povertà estrema e senza fissa dimora" previsto dall'art. 28.3 della L. 328/2000.

L'art. 28 della legge 328/2000 prevede l'istituzione di un fondo pari a 20 miliardi di lire per ciascuno degli anni 2001 e 2002 per favorire la realizzazione di centri e servizi di prima accoglienza, interventi socio-sanitari, servizi per l'accompagnamento e il reinserimento a favore di persone in condizione di povertà estrema e di persone senza fissa dimora.

Il DPCM prevede che il 75% delle risorse sia ripartito, in base alla quota di popolazione residente, tra le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nelle quali è compreso almeno un comune capoluogo di area metropolitana. Il restante 25% va distribuito tra le altre Regioni e Province autonome, sempre in base alla popolazione residente.

Per accedere a tali risorse gli enti locali, le Ipab e le organizzazioni del Terzo settore possono presentare progetti alle Regioni. Sono favoriti i progetti che prevedono l'attività di rete, l'integrazione con altri servizi, la previsione di percorsi di reinserimento sociale, l'indicazione di strumenti di autovalutazione.

Il DLgs relativo al *Riordinamento del sistema delle Istituzioni pubbliche di beneficenza e assistenza*, previsto dall'art. 10.1 della legge 328/2000, costituisce un tentativo di adeguare la disciplina delle Ipab alla nuova realtà sociale e istituzionale italiana, superando la disciplina legislativa precedente, ferma alla legge del 1890 (è prevista esplicitamente - art. 30 - l'abrogazione della legge 6792 del 1890). Il DLgs prevede l'inserimento nel sistema integrato di interventi e servizi sociali delle Ipab che operano prevalentemente nel campo socio-assistenziale, un inserimento i cui dettagli regolativi sono rinviati alle Regioni. Sempre a queste ultime è demandato il compito fondamentale di specificare le ipotesi per il mantenimento o meno della personalità di diritto pubblico da parte delle Ipab che svolgono direttamente attività di erogazione di servizi alla persona, mediante la trasformazione in aziende pubbliche di servizi alla persona. Le Ipab che non rispondono a tali requisiti devono trasformarsi in Fondazioni o in soggetti di diritto privato. Le Ipab che si trasformano in aziende pubbliche di servizi alla persona non hanno fini di lucro e godono di autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Le Ipab che invece vengono ricondotte alla disciplina del diritto privato sono persone giuridiche senza fine di lucro, dotate di piena autonomia statutaria e gestionale e perseguono scopi di utilità sociale; su di esse la Regione esercita il controllo e la vigilanza.

Schema di D.Lgs. "Riordinamento del sistema delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, a norma dell'art. 10 della L. 8.11.00, n. 328".

L'art. 10 della L. 328/2000 delega al Governo la responsabilità di definire la nuova disciplina delle Ipab, in base ad una serie di indicazioni generali. Il DLgs definisce una serie di linee guida che le Regioni devono accogliere nel disciplinare l'attività delle Ipab presenti nei loro territori. Un aspetto decisivo del DLgs sta nella distinzione fra Ipab che rimangono di diritto pubblico e Ipab che si trasformano in associazioni di diritto privato. In sostanza, le Ipab sono riconosciute parte del sistema integrato di interventi e servizi sociali, e nel caso intendano svolgere attività di erogazione di servizi assistenziali sono tenute a trasformarsi in aziende pubbliche di servizi. Alle Regioni è attribuito il compito di definire:

1. le modalità di partecipazione delle Ipab alle iniziative di programmazione e gestione dei servizi
2. l'apporto delle Ipab al sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari
3. le risorse regionali disponibili per potenziare gli interventi delle Ipab.

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali costituisce uno dei punti nodali della riforma del sistema assistenziale italiano, in quanto da esso dipendono l'individuazione periodica degli obiettivi generali di benessere della popolazione e delle priorità di intervento, la definizione del livello e della qualità delle prestazioni, la determinazione dei finanziamenti per ciascun anno, gli indirizzi programmatici per l'elaborazione dei piani regionali e di zona.

Il Piano nazionale è chiamato a specificare ogni tre anni (art. 18):

1. le caratteristiche delle prestazioni comprese nei livelli essenziali;
2. le priorità di intervento, soprattutto a favore delle persone in condizioni di povertà e di difficoltà psico-fisica;
3. le modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e l'integrazione con le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione e del lavoro;
4. le modalità per la diffusione di servizi di informazione;
5. le modalità per la sperimentazione di servizi innovativi;
6. gli indicatori per la verifica dei livelli di integrazione sociale e per la verifica del rapporto costi-benefici;
7. i criteri generali per la partecipazione degli utenti al costo dei servizi sociali;
8. i criteri generali per la determinazione dei parametri di valutazione delle priorità di intervento a favore dei soggetti in condizioni di particolare difficoltà;
9. le modalità per la predisposizione di interventi per gli anziani non autosufficienti e per i disabili;
10. gli indirizzi per la formazione e l'aggiornamento del personale;
11. i finanziamenti per ciascun anno del piano in base a parametri demografici, reddituali e occupazionali;

12. gli indirizzi per l'elaborazione di piani a favore di minori, giovani e anziani, per il sostegno delle responsabilità familiari, per l'inserimento sociale delle persone con disabilità, per l'integrazione degli immigrati, la prevenzione e il recupero dei tossicodipendenti e alcolodipendenti.

Il Piano, come si può notare, attribuisce allo Stato un fondamentale compito di indirizzo e programmazione di tutta la materia assistenziale, lasciando però alle regioni e, soprattutto, ai comuni associati il compito di specificare le indicazioni generali in base alle caratteristiche e alle priorità di intervento locali.

Dopo una prima parte nella quale vengono riassunti i principi alla base della legge quadro e viene discussa l'articolazione dei compiti istituzionali tra i diversi livelli di governo, il primo Piano sociale 2001-2003 indica gli obiettivi prioritari del triennio:

- a) valorizzare e sostenere le responsabilità familiari
- b) rafforzare i diritti dei minori
- c) potenziare gli interventi a contrasto della povertà
- d) sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti (anziani e disabilità gravi)

Viene poi indicato un quinto obiettivo concernente altre priorità delle politiche sociali (inserimento degli immigrati, prevenzione delle droghe, attenzione agli adolescenti).

Valorizzare e sostenere le responsabilità familiari

Il primo obiettivo si articola in quattro propositi più specifici, il primo dei quali consiste nel promuovere e sostenere la libera assunzione di responsabilità sia sostenendo la decisione di avere uno o più figli sia sostenendo la cura di familiari solo parzialmente autosufficienti.

Il secondo obiettivo riguarda il sostegno delle capacità genitoriali, da perseguire riconoscendo il costo economico dei figli, facilitando la conciliazione di responsabilità genitoriali e lavoro remunerato, facilitando la gestione delle fasi di cambiamento e i momenti di crisi.

Il terzo obiettivo attiene al sostegno delle pari opportunità e alla condivisione delle responsabilità tra uomini e donne, e viene raccomandato che regioni ed enti locali, nella progettazione del sistema di interventi e servizi sociali, tengano in considerazione il problema dell'abbandono del lavoro da parte delle donne in coincidenza con la nascita di un figlio.

Infine, si afferma l'importanza di promuovere una visione positiva della persona anziana tramite il sostegno delle famiglie con anziani non autosufficienti, la diversificazione dell'offerta di servizi, il riconoscimento del diritto dell'anziano a scegliere dove abitare.

Rafforzare i diritti dei minori

Su questo terreno il Piano nazionale si raccorda al *Piano territoriale di intervento per l'infanzia e l'adolescenza* previsto dall'art. 2 della legge 285/97, prevedendo i seguenti obiettivi:

- sostegno della partecipazione degli adolescenti alla vita della loro comunità
- creazione di spazi di socializzazione "protetti"
- rafforzamento dell'affidamento familiare in alternativa all'istituzionalizzazione
- promozione di campagne informative sulle dipendenze
- realizzazione di almeno una struttura di accoglienza per minori a carattere familiare
- attivazione di servizi come educatori di strada

In ogni regione dovrà essere istituito un osservatorio generale sullo stato dei servizi rivolti all'infanzia e all'adolescenza.

Potenziare gli interventi a contrasto della povertà

Nel campo degli interventi contro la povertà è stato sperimentato negli ultimi tre anni il Reddito Minimo di Inserimento (RMI), che l'art. 23 della legge quadro prevede venga generalizzato all'intero territorio nazionale. In attesa che questo avvenga, il Piano nazionale si propone i seguenti obiettivi:

- inserire azioni a contrasto della povertà nei piani di zona
- estendere e uniformare le forme di sostegno del reddito per i poveri
- creare le condizioni organizzative e professionali per la messa a regime del RMI
- sviluppare forme di accompagnamento e integrazione sociale personalizzate
- ridurre l'evasione scolastica.

Sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti (anziani e disabilità gravi)

Il Piano nazionale propone in particolare: 1. di favorire la permanenza a domicilio o l'inserimento in famiglie o strutture a carattere familiare di persone anziane e/o disabili con problemi di non autosufficienza, limitandone il più possibile l'istituzionalizzazione; 2. di sostenere i nuclei familiari nelle responsabilità di cura domiciliare di persone anziane e/o disabili non autosufficienti. Come vedremo in seguito, a questo obiettivo è destinata esplicitamente una riserva di risorse nel Fondo nazionale per le politiche sociali. Il Piano nazionale propone alle regioni e agli enti locali di promuovere un Progetto nazionale per le persone anziane non autosufficienti, per consentire agli anziani di vivere a casa o in un ambiente simile alla casa.

A proposito dell'handicap si rimanda invece al *Programma di azione per le politiche dell'handicap 2000-2003*, adottato dal Consiglio dei Ministri nel luglio 2000.

La terza parte del Piano nazionale è dedicata al processo di edificazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, coerentemente con quanto previsto dalla legge quadro. Si tratta di una serie molto articolata di indicazioni relative ai livelli essenziali e alla qualità delle prestazioni sociali, al sistema di finanziamento, ai rapporti tra enti locali e

Terzo settore, alla carta dei servizi sociali e al Sistema Informativo dei Servizi Sociali (SISS).

Per quanto riguarda i livelli essenziali degli interventi vengono ribadite le aree di intervento privilegiate come previste dalla legge quadro (responsabilità familiari, diritti dei minori, persone anziane, contrasto della povertà, disabili, droghe, avvio della riforma).

Vengono poi indicate le tipologie di servizi e prestazioni che vanno realizzate, in considerazione dei bisogni specifici dell'area di riferimento, per ciascuna delle aree di intervento:

- servizio sociale professionale e segretariato sociale per l'informazione e la consulenza ai singoli e ai nuclei familiari
- servizio di pronto intervento sociale
- assistenza domiciliare
- strutture residenziali e semi-residenziali per soggetti con fragilità sociali
- centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Infine si sottolineano le direttrici da seguire per l'innovazione complessiva del sistema assistenziale nazionale, favorendo la partecipazione, l'integrazione, la concertazione tra attori pubblici e privati, l'informazione, la domiciliarità, la diversificazione dei servizi.

Il Piano nazionale si occupa poi di fornire indicazioni agli enti locali per il rispetto del dettato di legge, rivolgendosi in particolare ai comuni, cioè ai soggetti maggiormente investiti della responsabilità di realizzare il sistema integrato. Nella predisposizione dei Piani di zona da parte dei comuni associati viene suggerito di seguire le seguenti fasi:

1. attivazione della procedura, coinvolgendo tutti i soggetti interessati
2. ricostruzione della "base conoscitiva"
3. individuazione degli obiettivi strategici
4. precisazione dei contenuti
5. approvazione del Piano di zona

I comuni, poi, come gli altri soggetti erogatori, sono chiamati ad adottare una Carta dei servizi sociali (sulla base di uno schema che verrà predisposto dal Dipartimento per gli Affari Sociali), che in particolare dovrà prevedere i seguenti contenuti:

- la mappa delle risorse istituzionali e sociali
- i livelli essenziali di assistenza previsti
- gli standard di qualità da rispettare
- le modalità di partecipazione dei cittadini
- le forme di tutela dei diritti.

Il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali

Un aspetto fondamentale per la realizzazione della riforma concerne il finanziamento delle politiche assistenziali, che avviene tramite il *Fondo nazionale per le politiche sociali* (FNPS). Di questa materia si occupa il Piano nazionale, che fissa criteri di finanziamento, schemi di allocazione e metodi di riparto, tutte indicazioni dalle quali muove il Decreto del Ministro per la Solidarietà Sociale per la ripartizione delle somme per il 2001.

L'ammontare del FNPS per il 2001 è di 3.080,05 miliardi. La suddivisione di tale somma è innanzitutto effettuata in base all'esistenza di leggi di settore che vincolano la destinazione di una parte consistente delle risorse. Si tratta di alcuni campi di intervento specifici (famiglie con disabili gravi, privi di vista, ...) ai quali sono destinati 2.141,85 miliardi (69,5% del totale delle risorse del FNPS). Per quanto riguarda invece le risorse riferibili alla quota indistinta, corrispondente a 938,2 miliardi (30,5%) e coerentemente con l'indicazione di obiettivi prioritari contenuta nella legge quadro, la ripartizione avviene a due livelli: per aree di intervento e per aree territoriali. Per quanto riguarda le aree di intervento, la ripartizione rispetta le proporzioni indicate nel Piano triennale 2001-2003.

Tavola I.1 - Aree di intervento individuate nel Piano nazionale 2001-2003

AREE DI INTERVENTO	%	INDICATORI
Responsabilità familiari	15	Popolazione residente
Dritti dei minori	10	Popolazione <18 e <4 anni
Persone anziane	60	Popolazione >65 e > 75 anni
Contrasto povertà	7	Tasso disoccupazione e % poveri
Disabili (gravi)	7	N. disabili gravi
Immigrati	.*	N. immigrati
Droga	.*	Popolazione obiettivo
Avvio della riforma	1	Popolazione residente
Totale	100	

* In fase di prima applicazione queste aree sono state ritenute sufficientemente finanziate dalle leggi di settore

Fonte: Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2001-2003

Per la ripartizione territoriale delle risorse comprese nel FNPS, la L. 328/2000 indica i criteri generali, sottolineando la necessità di riferirsi ad indicatori territoriali relativi alla struttura demografica, ai livelli di reddito e alle condizioni occupazionali. Nel Piano nazionale viene poi specificato ulteriormente questo aspetto affermando che occorre fare riferimento alla popolazione come criterio principe della ripartizione per aree territoriali, rimandando alla quota capitaria per finanziamento. Quest'ultima deve essere calcolata con riguardo: 1. alla popolazione complessiva per tutte le aree di intervento destinate alla generalità della popolazione; 2. alla popolazione obiettivo per tutte le aree di intervento destinate a specifici sottoinsiemi di popolazione.

Per quanto riguarda invece la ripartizione tra i diversi livelli di governo, la parte preponderante delle risorse è assegnata alle regioni, ed una quota significativa all'Inps, secondo lo schema della tavola I.2.

Tavola I.2 - Ripartizione delle risorse del FNPS tra livelli di governo

DESTINATARIO	SOMMA	VALORI PERCENTUALI
Regione e Province Autonome	1.467.228.750.000	47,6
Comuni	436.100.000.000	14,2
Dipartimento Affari Sociali	71.445.000.000	2,3
Altre Amministrazioni dello Stato	59.276.250.000	1,9
Associazione volontariato e Onlus	125.000.000.000	4,1
Inps	921.000.000.000	29,9
Totale	3.080.050.000.000	100

Fonte: D. Min. Solidarietà sociale

Quasi tutta la quota di spesa non finalizzata è attribuita alle regioni (912,7 miliardi), solo una piccola parte (25,5 miliardi) è assegnata al DAS. La somma assegnata ai comuni è finalizzata al finanziamento del Fondo per l'infanzia e l'adolescenza (86,1 miliardi) e soprattutto all'estensione del Reddito Minimo di Inserimento (350 miliardi). La notevole quota attribuita all'Inps, pari al 30% del totale delle risorse del Fondo, è destinata quasi esclusivamente al finanziamento di due forme di sostegno recentemente introdotte: gli assegni ai nuclei familiari con almeno tre figli minori (445 miliardi) e gli assegni di maternità (446 miliardi), mentre i residui 30 miliardi vanno ad agevolare i genitori di persone con handicap grave.

Prospettive e rischi del processo di implementazione della legge quadro.

Come abbiamo cercato di mostrare, la costruzione del nuovo sistema di assistenza italiano comporta una serie di interventi ai diversi livelli di governo, riconoscendo ad essi un elevato grado di autonomia. Al di là degli aspetti di contenuto, il nodo più problematico in questo processo va indubbiamente rintracciato nella complessa opera di coordinamento tra diversi soggetti (Stato, regioni, comuni, altre amministrazioni, Terzo settore). Il cambiamento organizzativo, metodologico e, per certi versi, culturale prefigurato dalla legge quadro è tale da richiedere un notevole impegno da parte di tutti i soggetti coinvolti, in particolare da parte di molti enti locali che a tutt'oggi appaiono poco preparati ad affrontarlo - come verrà sottolineato anche nel capitolo sulla sperimentazione del RMI.

La legge quadro, in accordo con precedenti interventi legislativi², attribuisce alle Regioni e, soprattutto, ai Comuni il ruolo principale nel governo delle future politiche assistenziali, sia in sede di programmazione sia in sede di erogazione delle prestazioni. A livello centrale viene mantenuta la responsabilità relativa alla determinazione degli obiettivi generali, dei livelli essenziali delle prestazioni e alla ripartizione delle risorse. Funzioni importanti, ma che si traducono in azioni concrete solo a livello locale tramite la mediazione esercitata dalle regioni³: il principio ispiratore della riforma è la sussidiarietà (orizzontale e verticale). In questo senso andranno seguiti con particolare attenzione due

² I più importanti sono il DPR 616 del 1977, la L 142 del 1990 e il DLgs 112 del 1998.

³ L'art. 6 della 328/2000 afferma che "i comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale", mentre all'art. 8 si dice che "le regioni esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali".

passaggi previsti dalla legge quadro. Il primo, in corso, è l'elaborazione dei Piani regionali degli interventi e dei servizi sociali con i quali le regioni devono adeguare i principi enunciati nel piano nazionale alle specificità del territorio di riferimento, prestando particolare attenzione all'integrazione socio-sanitaria e al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione e del lavoro. Le regioni, in sostanza, devono disegnare la cornice istituzionale ed organizzativa all'interno della quale i comuni associati devono svolgere la propria funzione erogativa⁴.

Il secondo passaggio, più importante, riguarda l'elaborazione dei piani di zona, per fare i quali le regioni devono prioritariamente determinare gli ambiti territoriali per l'esercizio associato delle funzioni sociali da parte dei comuni⁵. I piani di zona individuano "gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione [...], le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità" (art. 19). In sostanza, è a questo punto che la riforma del sistema di servizi produce conseguenze concrete per il cittadino che richiede un intervento sociale, ed è per questo che bisogna prestare particolare attenzione a questa fase del processo di riforma. Una delle principali esigenze che la riforma desidera soddisfare è il superamento delle disuguaglianze territoriali nell'offerta, nella organizzazione e nella qualità delle prestazioni assistenziali. Nella legge, quindi, si cerca di conciliare la fissazione di standard minimi comuni su tutto il territorio nazionale con la necessità di lasciare autonomia agli enti locali nella individuazione delle priorità e delle modalità di erogazione in base alle caratteristiche socio-economiche locali. Questo sarà possibile se l'implementazione della riforma, a tutti i livelli, sarà attentamente accompagnata e monitorata a livello centrale al fine di superare le difficoltà che molti enti locali incontreranno sicuramente nei prossimi anni. Il Sistema informativo dei servizi sociali potrà dare un contributo decisivo a questo fine, ma la legge 328/2000 non specifica chiaramente chi e come deve volgere l'accompagnamento e il monitoraggio. Il superamento di questa incertezza è essenziale per la corretta realizzazione della riforma.

⁴ Le regioni definiscono, ad esempio, i criteri per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle strutture e dei servizi, i criteri per la definizione delle tariffe e i piani per l'aggiornamento del personale.

⁵ La legge specifica che di norma questi ambiti ricalcano i distretti sanitari già operanti.

I.2 LA SPERIMENTAZIONE DEL REDDITO MINIMO DI INSERIMENTO

Premessa

La Legge Finanziaria del 1998 ha avviato la sperimentazione biennale di una misura integrata di sostegno al reddito di ultima istanza definita *reddito minimo di inserimento* (RMI). Lo scopo della sperimentazione era verificare le condizioni di fattibilità finanziaria e organizzativa di un istituto, peraltro presente in varia forma in tutti i paesi della Unione Europea, eccettuata la Grecia, in un paese come l'Italia caratterizzato da forti differenze territoriali e da altrettanto forti concentrazioni territoriali della povertà. Successivamente, la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, all'art. 23 ha sancito che, sulla base delle risultanze della sperimentazione, il Parlamento dovrà approvare una legge per la messa a regime di questo istituto.

Alla fine del 1998, dunque, ha avuto inizio in 39 comuni italiani un biennio di prova, e, per la prima volta nel nostro paese, la valutazione degli esiti della sperimentazione è stata affidata ad un istituto indipendente⁶, che ha lavorato a stretto contatto con il Dipartimento Affari sociali e con la Commissione di indagine sull'esclusione sociale. Il Rapporto finale di valutazione è stato consegnato nel giugno 2001. Esso costituisce la base di questo capitolo, anche se quest'ultimo è, ovviamente, esclusiva responsabilità della Commissione, che ha tra i propri compiti anche quello di preparare un rapporto sulla sperimentazione del RMI sulla base del lavoro dell'Istituto di valutazione e di altri materiali disponibili presso il dipartimento per gli Affari sociali.

La legge finanziaria 2001, senza attendere i risultati della sperimentazione e il rapporto di valutazione, ha ulteriormente allargato, per un altro biennio, il numero dei comuni in cui è introdotto il RMI. Su questa ulteriore esperienza, così come sul suo proseguimento nei 39 comuni originari, tuttavia, purtroppo non è previsto alcun lavoro di monitoraggio e valutazione.

Le caratteristiche del RMI

L'istituzione del RMI ha mirato a introdurre anche in Italia una misura generale di sostegno al reddito per chi si trova in povertà, come parte di una politica più complessiva di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale richiesta al nostro paese anche dalle più recenti linee di indirizzo dell'Unione Europea. La misura sperimentata ha perseguito

⁶ L'attività di valutazione è stata condotta da una Associazione temporanea di impresa costituita dall'Istituto per la Ricerca sociale (IRS) di Milano, dal Centro Studi e Formazione sociale Fondazione Emanuela Zancan di Padova e dal Centro di ricerche e studi sui problemi del Lavoro, dell'Economia e dello Sviluppo (CLES) di Roma.

dunque due obiettivi fortemente innovativi nel sistema italiano: a) il superamento di vecchie logiche dell'assistenza economica discrezionale e frammentata, sancendo viceversa un diritto universale alla dignità e a condizioni minime di sussistenza, in linea con i più moderni sistemi di protezione sociale; b) la realizzazione di una politica di lotta alla povertà e all'esclusione sociale non solo elargitiva ma "attiva", orientata cioè ad impegnare e valorizzare le risorse individuali e familiari degli interessati su obiettivi e attività concordate, associando il contributo di minimo vitale a specifici programmi di inserimento sociale.

Il Reddito Minimo di Inserimento fornisce un sostegno economico ai soggetti a rischio di marginalità sociale e impossibilitati al mantenimento proprio e dei figli a motivo di una persistente disoccupazione, o a causa di un reddito da lavoro troppo basso rispetto alle esigenze della famiglia, o della impossibilità di ottenere un lavoro remunerato per la presenza di disabilità fisiche o psichiche, o ancora per un sovraccarico di responsabilità di cura. Accanto al sostegno economico, prevede interventi di integrazione sociale finalizzati alla promozione delle capacità individuali e dell'autonomia economica degli individui e delle famiglie.

La sperimentazione ha riguardato 39 comuni italiani, individuati, sulla base di indicatori di disagio formulati dall'ISTAT, con un Decreto del Ministero⁷. Cinque si trovano nel Nord, dieci nel Centro e ventiquattro nel Mezzogiorno. Il RMI è destinato ai cittadini italiani, ai cittadini comunitari residenti da almeno 12 mesi in uno dei comuni ammessi alla sperimentazione, e ai cittadini extra-comunitari residenti legalmente da almeno 3 anni in uno dei comuni ammessi alla sperimentazione. Per i soggetti in età lavorativa, non occupati e abili al lavoro è obbligatoria la disponibilità a frequentare corsi di formazione professionale e al lavoro.

L'importo mensile del RMI per un nucleo familiare di un solo componente è pari alla differenza tra una soglia prefissata (L. 520.000, pari a 260 Euro circa nel 2000) e il reddito della famiglia. Per il calcolo del RMI spettante ad unità familiari di diversa numerosità si applica la scala di equivalenza dell'ISE⁸. Nel caso dei redditi da lavoro è prevista una franchigia del 25% al fine di attenuare gli effetti di scoraggiamento alla partecipazione al lavoro remunerato (trappola della povertà), tipici di istituti selettivi come il RMI.

Da questi elementi sinteticamente descritti appare evidente come l'attuazione del RMI richieda non solo le necessarie disponibilità finanziarie a livello nazionale, ma anche

⁷ Nel D.L. 237/98 si specifica che nell'individuare i comuni va tenuto conto a) dei livelli di povertà; b) della diversità delle condizioni economiche, demografiche e sociali; c) della varietà delle forme di assistenza già attuate dai comuni; d) della necessità di una adeguata distribuzione sul territorio nazionale dei comuni che effettuano la sperimentazione; e) della disponibilità del comune a partecipare.

⁸ L'ISE è uno strumento introdotto in via sperimentale per il triennio 1999-2002 che definisce criteri unificati di valutazione della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni o servizi assistenziali; esso è determinato con riferimento al nucleo familiare, e comprende anche una *scala di equivalenza* per ponderare la numerosità della famiglia. La scala è la seguente:

N° componenti	Parametro	
1	1,00	maggiorazioni: 0,35 per ogni ulteriore componente; 0,2 in caso di assenza del coniuge e presenza di figli minori; 0,5 per ogni componente con handicap permanente o con invalidità superiore al 66%; 0,2 per nuclei familiari con figli minori, in cui entrambi i genitori svolgono attività di lavoro e di impresa.
2	1,57	
3	2,04	
4	2,46	
5	2,85	