

ANNA BANCHERO
*Professore di Direzione Sociale e Servizi alla Persona
nell'Università di Genova*

I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI NELL' AMBITO DEI SERVIZI ALLA PERSONA: DALLA TUTELA DELLA SALUTE ALLA PROTEZIONE SOCIALE

*A Nucci Novi Ceppellini nel ricordo
del suo pensiero, della integrità morale e dei valori umani.*

SOMMARIO: Premessa. Parte prima: La Riforma Costituzionale e i livelli essenziali delle prestazioni. – 1. La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione". – 2. I livelli essenziali delle prestazioni in sanità. – 3. I livelli essenziali delle prestazioni in ambito sociale. – 4. Gli aspetti finanziari dei livelli essenziali.

Parte seconda: Lo stato di applicazione dei livelli essenziali per la salute e per i servizi sociali. – 1. Considerazioni sui LEA Sanitari e Sociosanitari. – 2. Il "diritto" alle cure sanitarie e sociosanitarie per anziani e disabili. – 3. I livelli essenziali in ambito sociale: indirizzi e aspetti propositivi.

Premessa

Dalla legge costituzionale del 2001 sono passati 7 anni, ed il cammino per i livelli essenziali delle prestazioni ha trovato parecchi intoppi, non ultimo quello relativo alla componente economica; alla data di redazione del presente elaborato, non sono stati ancora individuati i livelli essenziali delle prestazioni sociali; la seconda revisione dei LEA sanitari e sociosanitari sta trovando una ulteriore *interruzione* da parte della Corte dei conti¹, quindi non si hanno elementi per poter dire che, almeno per la componente sanitaria, siamo su una strada "avanzata". Questo, non esime comunque chi scrive, dal sottolineare che i livelli essenziali delle prestazioni sono l'elemento fondante per l'esercizio dei diritti soggettivi, civili e sociali, da parte dei cittadini e quindi, riprendere anche sul piano culturale le azioni, per rivitalizzare i *livelli essenziali*, e doveroso per stimolare il loro completamento in ambito sanitario e la loro definizione in quello sociale. Le considerazioni che seguono si articolano in due parti e analizzano il settennio che va dal 2001 al 2008.

¹ Nel luglio 2008 il Governo ritira il decreto di revisione del d.P.C.M. 29.11.2001 dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria (LEA).

Parte prima: La riforma costituzionale e i livelli essenziali delle prestazioni
1. La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione"²

La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 ha profondamente modificato il regime di riparto delle competenze e delle funzioni tra lo Stato e le Regioni, ridisciplinando in modo integralmente innovativo l'articolo 117 della Costituzione.

I nuovi principi costituzionali che regolano il quadro delle competenze sono così sintetizzabili:

a) allo Stato sono riservate in via esclusiva (*competenza esclusiva dello Stato*) alcune competenze puntualmente declinate all'art. 117, secondo comma, della Costituzione, da svolgere nel rispetto dei limiti generali posti alla funzione legislativa statale, dal primo comma dello stesso articolo 117;

b) alle Regioni sono attribuiti due tipi di competenze legislative:

– quelle, indicate all'art. 117, comma 3 della Costituzione, da svolgere nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti in leggi dello Stato, (*competenza regionale concorrente*);

– quelle, stabilite all'art. 117, comma 4, su tutte le materie non riservate allo Stato o alla competenza concorrente, da svolgere in via "esclusiva". La competenza di carattere residuale e da sviluppare nel rispetto dei limiti generali posti alla funzione legislativa dall'art. 117, primo comma (*competenze residuali delle Regioni*).

Questa nuova regolazione ribalta il precedente principio di distribuzione delle competenze legislative tra lo Stato e le Regioni: la competenza legislativa regionale aumenta nei contenuti ed è potenzialmente aperta, idonea a legiferare su ogni materia non riservata dalla Costituzione ad altri soggetti; in questa semplificazione dei regimi, abbiamo un rafforzamento di quello regionale.

Questo non significa che allo Stato siano riconosciute competenze marginali, poteri ridotti o di scarso rilievo: le attribuzioni che la Costituzione ha riservato al potere centrale sono molte e di rilievo e tra queste assumono un profilo determinante i **livelli essenziali delle prestazioni**, indicati dalla lett. m) dell'art. 117.

In ordine all'importanza dei livelli essenziali, giova ricordare che i lavori preparatori sull'art. 117 della Costituzione, in particolare la lettera

² Le norme di attuazione sono dettate dalla legge 5 giugno 2003, n. 131 "Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3".

m): *determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*, inducono a considerare che l'intento del legislatore sia stato quello di riservare, comunque, allo Stato il potere di fissare **standards di tutela** del cittadino, uniformi sull'intero territorio nazionale, senza peraltro escludere in questo settore anche la competenza regionale sul piano della organizzazione e della strutturazione dei servizi che assicurano tale tutela.

Nella determinazione dei livelli essenziali, lo Stato, sembrerebbe voler assicurare a tutto il territorio nazionale il godimento di prestazioni garantite. In tali termini anche la Corte Costituzionale si è espressa nel senso di non considerare la determinazione dei diritti civili e sociali una "materia" in senso stretto, ma "una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle".

Volendo operare sui livelli essenziali un confronto con la Costituzione tedesca, va sottolineato che nella stessa, si parla d'interventi finalizzati a garantire "eguali condizioni di vita" (art. 72), mentre nel testo costituzionale italiano, gli interventi, non dovrebbero spingersi oltre la determinazione dei **livelli essenziali delle prestazioni** (art. 117, comma 2, lettera m) e alla **tutela** di tali livelli (art. 120, comma 2). Si tratta di una differenza di notevole rilievo: nel caso tedesco, i diritti che dovrebbero valere su tutto il territorio si autodeterminano, in modo certo, sulla base del principio di "paragonabili condizioni di vita"; nel testo italiano, invece, la parità di trattamento di **determinati livelli** (livelli essenziali), costituzionalizza la possibilità che possano convivere, su tutto il territorio nazionale, diverse organizzazioni che garantiscono il godimento dei diritti, secondo la Regione di residenza.

2. I livelli essenziali delle prestazioni in sanità

C'è una differenziazione di attribuzione di competenze alle Regioni in materia di assistenza sanitaria e di servizi sociali. Per la materia sanitaria, come abbiamo sopra sottolineato, i livelli si realizzano attraverso un'organizzazione demandata alle Regioni, nell'ambito dei servizi sociali la posizione è capovolta: lo Stato deve individuare dei livelli all'interno di organizzazioni di servizi già funzionanti, se pur con differenze, ad

opera di Regioni e Autonomie Locali (Comuni singoli o associati). Questa differenza, *istituzionale*, ha fatto sì che per la materia sanitaria, già nel 2001 si sono individuati, in un accordo Stato/Regioni i LEP sanitari e sociosanitari, meglio definiti nel d.P.C.M. 29 novembre 2001 "Livelli essenziali di assistenza sanitaria" (sintetizzati nell'acronimo "LEA") e consolidati con la legge finanziaria 2004.

Un altro aspetto importante della legge costituzionale per la materia sanitaria, è stato quello di modificare l'assetto terminologico infatti, passiamo da *assistenza sanitaria e ospedaliera a tutela della salute*, confermando una evoluzione della materia orientata oggi ad un significato più complesso che, non si limita all'assenza o alla cura della malattia, ma promuove la salute della persona.

All'interno dell'autonomia regionale sul piano della organizzazione e costruzione del sistema sanitario, si inserisce anche un "potere sostitutivo nazionale" che si instaura di fronte a gravi problemi (mancata adozione degli atti fondamentali di programmazione, gravi inadempienze rispetto ad accordi sanciti nella Conferenza Stato Regioni, quali gli attuali piani di risanamento per la Regioni con grave disavanzo), che deve comunque svolgersi nell'ambito del principio di *leale collaborazione*.

Come si può osservare, in materia sanitaria le potestà regionali e statali hanno come riferimento un modello che potrebbe definirsi di *programmazione concertata*, alla cui base debbono coesistere scelte programmatiche partecipate tra Stato, Regioni e Autonomie Locali, capaci di reggere l'intera struttura organizzativa del sistema sanitario e sociosanitario: dalla localizzazione dei presidi assistenziali al sistema autorizzativo e di accreditamento, agli accordi con i soggetti erogatori delle prestazioni.

Le funzioni regionali trovano invece una forma di coordinamento nell'ambito della Conferenza dei Presidenti delle Regioni, che promuove coordinamenti orizzontali, a carattere interregionale, in maniera da supportare, per decisioni di notevole complessità, le Regioni più deboli.

Un'ultima considerazione sul contenuto del concetto "essenziale" nei livelli di assistenza: le modifiche costituzionali pongono fine alla oscillazione tra livelli "minimi" o "essenziali", infatti dalla interpretazione delle norme costituzionali si evidenzia che non si tratta di *livelli minimi* ma delle *prestazioni indispensabili* per garantire l'esercizio di un diritto soggettivo, a fronte di un determinato *bisogno di salute*.

In questi termini si è espresso anche il d.P.C.M. 29 novembre 2001, che declina le prestazioni sanitarie e quelle sociosanitarie (allegato I C) in tre grandi aree:

a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che

comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);

b) assistenza distrettuale, ovvero le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);

c) assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in *day hospital* e *day surgery*, ecc.

Va sottolineato che il decreto del 2001, si limita ad una "stringata" illustrazione delle prestazioni, che purtroppo ha dato luogo a grosse differenziazioni di trattamento tra le Regioni, non rispondendo a quella uniformità di diritti voluta dalla Costituzione. In questo senso, Stato e Regioni hanno lavorato ad un nuovo documento di revisione dei LEA tradotto in un decreto firmato dai Ministri della salute e dell'economia il 20 aprile 2008, ma, come si diceva in precedenza ad oggi non ancora licenziato dalla Corte dei Conti³ che eccederebbe "un elevato incremento di spesa".

La differenza tra il decreto 2001 e la proposta di decreto 2008, sta nel definire piuttosto che un catalogo prestazioni, "percorsi assistenziali compiuti". In particolare, il decreto:

- precisa i compiti della medicina generale da parte dei MMG e PdLS, prima lasciati alle convenzioni nazionali;
- introduce la fornitura gratuita di prodotti a proteici alle persone affette da nefropatia cronica, superando le discrezionalità delle singole Regioni;
- introduce nuove terapie specialistiche per persone con problemi di vista e per le persone con problemi all'apparato gastroenterico;
- introduce prestazioni di laboratorio e di diagnostica per una precoce individuazione delle malattie rare;

³ Il decreto come si diceva in premessa è stato ritirato dal Governo.

- migliora l'iter e le connessioni diagnostiche per le visite specialistiche;
- migliora l'attenzione ai portatori di gravi disabilità, con nuove forme di assistenza protesica, nuovi ausili informatici di comunicazione e di controllo ambientale.

Le più grosse novità sono collocate nell'assistenza territoriale, con la declinazione delle cure domiciliari e dei profili di assistenza ambulatoriale e residenziale, caratterizzati da un grado crescente di intensità assistenziale:

- cure prestazionali e cure domiciliari integrate sociosanitarie di primo e secondo livello;
- cure domiciliari sociosanitarie di terzo livello con area specifica per i malati in fase terminale;
- azioni di prevenzione, cura e recupero da parte dei consultori familiari, servizi di salute mentale, servizi neuropsichiatrici per minori, servizi di riabilitazione per disabili gravi e servizi per le persone con dipendenze patologiche, inclusi i centri per il trattamento delle dipendenze da alcool, da fumo;
- trattamenti di carattere residenziale e semiresidenziale, particolarmente per le persone non autosufficienti, con un crescente livello di intensità assistenziale, in relazione agli esiti della *valutazione multidimensionale e alle esigenze del piano terapeutico individualizzato*.

Infine, nell'area ospedaliera: le principali novità riguardano l'anestesia epidurale nel corso del parto e l'inclusione nella diagnosi neonatale della sordità congenita e della cataratta congenita. Ma importante è anche l'ampliamento da 43 a 108 dei ricoveri ospedalieri che invece dovranno essere, preferibilmente, effettuati in regime di *day hospital* per una maggiore appropriatezza e per una gestione più attenta e razionale delle risorse economiche.

3. I livelli essenziali delle prestazioni in ambito sociale

Nella materia assistenziale dove la competenza regionale è esclusiva, per la definizione dei LEP ci si trova in una prospettiva del tutto nuova, anche rispetto a quanto già disciplinato dalla legge 328/2000: "*legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" che ha cercato di definire all'articolo 22 (commi 2 e 4), livelli uniformi di assistenza, riordinando la disomogeneità delle prestazioni sociali esistenti sul territorio nazionale.

Pertanto, la determinazione statale dei LEP in materia di assistenza sociale risponde senza dubbio alle esigenze unitarie e di uguaglianza da parte dei cittadini di tutto il territorio nazionale, incidendo in tal senso anche sulle determinazioni regionali, ma richiede anche un importante intervento dello Stato, in termini finanziari, per evitare che l'adozione di *livelli essenziali*, nel cercare un'uniformità nazionale, non cancelli "verso il basso" prestazioni in oggi erogate solo in una parte delle Regioni.

Quindi, si può sintetizzare che, per i "servizi sociali", la Costituzione non preclude, in virtù della competenza esclusiva regionale sugli aspetti generali della materia, che i livelli essenziali delle prestazioni possano essere frutto di un processo di *concertazione istituzionale* con le Autonomie e principalmente le Regioni.

Quanto sopra è sancito dall'art. 46, comma 3, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)*", laddove si dispone che il provvedimento sui livelli essenziali da garantire su tutto il territorio nazionale è costituito da un decreto emanato dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. La stessa modalità è già stata utilizzata per i livelli essenziali di assistenza sanitari con il d.P.C.M. 29 novembre 2001.

In base alle considerazioni esposte, il contenuto dei livelli essenziali di assistenza sociale (individuati dalle Regioni con l'acronimo "LIVE-AS"), partendo anche da ciò che è stato sancito dalla legge 328, deve essere quello di garantire il nucleo delle prestazioni che costituiscono il fattore unificante della cittadinanza sociale, contrastando la frammentazione che oggi si registra nei diversi territori del Paese.

Si fa riferimento alla "cittadinanza" perché nell'assistenza sociale la dimensione personale e il contesto sociale di vita possono mutare completamente il profilo del bisogno, ci troviamo infatti di fronte ad una elevata differenziazione di risposte, con modulazione delle azioni specifiche (es: supporto alla persona, assistenza domiciliare, prestazioni socio-educative per minori), correlate alle potenzialità e alle opportunità di cui può disporre la persona o la famiglia.

Anche nei servizi sociali, il riferimento a definire i livelli essenziali prende le mosse dai *diritti costituzionalmente garantiti*, che brevemente si richiamano:

- educazione e mantenimento dei minori (artt. 29, 30);
- agevolazioni e misure economiche per le famiglie numerose (art. 31);

- mantenimento e assistenza sociale per inabili incapaci di lavorare (art. 38);
- tutela della salute e cure gratuite agli indigenti (art. 32).

Trattando di cittadinanza e da valutarsi anche il contesto europeo e quindi, accanto ai diritti sanciti dallo Stato italiano, si richiamano anche quelli riconosciuti dai trattati europei, che conservano comunque una sostanziale identità con quelli costituzionali:

- diritto all'assistenza per gli indigenti;
- prestazioni previdenziali per i lavoratori;
- assistenza sanitaria;
- istruzione per tutti i cittadini.

Orbene, avendo definito i LEP livelli essenziali e non minimi oltre garantire i diritti costituzionalmente rilevanti, vanno incluse negli stessi anche quelle prestazioni che oggi possono essere considerate *diritti soggettivi perfetti*, individuati dalla legislazione di settore e consistenti in indennità e/o emolumenti economici (indennità a favore di invalidi civili ciechi e sordomuti).

Nella materia assistenziale, come in sanità, al contenuto dei livelli si accompagna anche l'assetto organizzativo, ma, mentre la legge 328 demandava indicazioni della dimensione organizzativa al Piano Nazionale dei servizi sociali, con le modifiche costituzionali è mutato il quadro costituzionale di riferimento:

- gli assetti organizzativi diventano compito esclusivo delle Autonomie locali;
- la programmazione delle Regioni con l'intesa dei Comuni;
- la realizzazione delle attività ai Comuni, al terzo settore ed al privato.

Certamente, in questo quadro, i livelli essenziali di carattere assistenziale, proprio per garantire quella uniformità dei diritti voluta dalle modifiche costituzionali, devono avviarsi valutando anche i seguenti aspetti:

- nella prima fase applicativa dei LIVEAS, potrebbero essere considerati obiettivi da raggiungere per l'uniformità nazionale, le indicazioni derivate dalla legge 328/2000 e da altri provvedimenti di settore;
- gli interventi statali finalizzati ad uniformare le risposte essenziali, debbono essere "intrinsecamente ragionevoli", improntati alla leale collaborazione con le Autonomie, derivata anche da un controllo del co-finanziamento dei livelli stessi;
- in base al principio di sussidiarietà non si escludono, pur in un quadro di competenze esclusive regionali, esigenze *unitarie* in-

dividuate all'articolo 118 della Costituzione, che possono attribuire allo Stato un ruolo di *controllo* a tutela dei cittadini, sull'attuazione del dettato normativo da parte delle autonomie locali e sull'efficienza-efficacia dei servizi prestati;

- ed infine, per il *principio di legalità* (cfr. sentenza 30312003 Corte Costituzionale) e da escludere che le singole Regioni, con discipline differenziate, possano ridefinire funzioni attribuite al livello nazionale.

A conclusione delle osservazioni sui livelli essenziali nella materia dell'assistenza sociale, va detto che ad oggi non si è giunti a nessuna definizione, pur avendo attivato dal 2004 almeno due "tavoli interistituzionali" (Stato/Regioni/Autonomie locali). Le Regioni, nel luglio 2003, hanno presentato allo Stato un proprio documento sui LIVEAS, che non ha trovato sviluppi sul tavolo interistituzionale, ma è stato utilizzato come base delle programmazioni regionali da parte di molte Regioni⁴. Il documento prendeva in considerazione prestazioni e interventi integrati per:

- esercitare i diritti di cittadinanza;
- ottenere un progetto di uscita dall'esclusione sociale per minori e adulti che non godono dei diritti di cittadinanza;
- godere dei servizi sociali offerti dai livelli istituzionali (Regioni, Comuni, ASL) e dei servizi derivati dalla sussidiarietà orizzontale (dall'assistenza domiciliare ai servizi residenziali, ecc.);
- godere delle opportunità di inclusione sociale, qualora per disabili o poveri non si sia in grado di produrre reddito.

4. Gli aspetti finanziari dei livelli essenziali

Le considerazioni collegate alla definizione dei livelli essenziali, debbono completarsi con un aspetto fondamentale che influenza i contenuti ed i tempi di realizzazione dei livelli stessi, specie per quelli sociali, che è rappresentato dalla disponibilità economica.

I LEA **sanitari** sono garantiti dalla natura del finanziamento del sistema sanitario che deriva da specifica imposizione fiscale.

La spesa sociale, caratterizzata da una pluralità di fonti finanziarie vede prevalentemente il concorso di tre soggetti pubblici: Stato, Regioni e Autonomie locali e di un soggetto privato: il cittadino, a cui si affiancano organismi non lucrativi e lucrativi (bilanci sociali delle imprese), *dif-*

⁴ Il documento delle Regioni è riportato nel Piano Sociale Integrato 2007/2010 della Regione Liguria (delibera del Consiglio regionale n. 3512007).

facilmente si presta alla individuazione unitaria dei costi dei servizi e questo influenza *non poco* le scelte sui costi delle prestazioni da garantire.

Sul piano del metodo, per la materia sociale, si potrebbe prendere in considerazione la fissazione di percentuali a carico delle diverse Amministrazioni, sottolineando che per la realizzazione di un livello unitario di prestazioni su tutto il territorio nazionale, deve impegnare *in primis* il Governo centrale. Tuttavia, pur nelle difficili contingenze finanziarie di questa recessione globale, non si può non garantire l'esercizio dei diritti civili e sociali. Come si sottolineava in precedenza, un "leale rapporto" di collaborazione tra l'Amministrazione centrale e le Autonomie locali (Regioni e Comuni) deve comunque avviare la realizzazione dei LIVE-AS, in maniera graduale con tempi prefissati (quinquennio, settennio) fino alla garanzia dei diritti sociali.

Esiste inoltre sul piano costituzionale la necessità di ulteriore disciplina degli *interventi aggiuntivi* e dei *mezzi perequativi* già individuati dall'articolo 119 della Costituzione, in modo da consentire alla nuova finanza regionale e locale, la garanzia di erogazione dei livelli essenziali. Non è casuale che i compiti della perequazione e delle leve fiscali siano assegnati allo Stato, lettera e), comma 2, art. 117, con un ruolo che non può limitarsi all'erogazione delle risorse, ma richiede un esplicito protagonismo da parte dello Stato stesso.

Questi, sono i riferimenti finanziari delle norme che all'interno del Titolo V, all'articolo 117, dettano le regole per il raggiungimento di un federalismo solidale, l'unico *socialmente* adeguato ad un paese, come l'Italia, caratterizzato da forti squilibri territoriali, non solo tra Nord-Centro e Mezzogiorno, ma anche tra Comuni di Regioni omogenee. Ciò, dovrà/potrà influenzare il programma dell'attuale Governo di portare a termine la riforma federale nell'arco della presente legislatura.

Infine, nella politica dei livelli essenziali, particolarmente per sociale e sociosanitario, va ricordato anche il principio di sussidiarietà, infatti, non si può pensare nella erogazione di tali servizi ad una radicalizzazione tra pubblico e privato, o tra Stato e mercato, ma va fatta salva la valenza solidaristica di un "mercato socialmente controllato".

Parte seconda: Lo stato di applicazione dei livelli essenziali per la salute e per i servizi sociali

1. Considerazioni sui LEA sanitari e sociosanitari

Con la disciplina dei LEA ad opera del decreto del novembre 2001, sono iniziate anche le discussioni tra Governo e Regioni sulla congruità

della spesa. In proposito è stato istituito d'intesa tra lo Stato e le Regioni, nel 2002, "un tavolo" di monitoraggio. L'ultima rilevazione effettuata dal Tavolo di monitoraggio e quella relativa al 2004, dal momento che l'intesa 23 marzo 2005 stipulata ai sensi del comma 173 della legge 311/2004, ha sostituito il monitoraggio con un "Comitato permanente" paritetico tra Stato e Regioni.

Per dare una dimensione sulla disomogeneità di applicazione dei LEA non strettamente sanitari, di tipo ospedaliero, dove la omogeneità tra le Regioni è maggiore, si riporta una sintesi della rilevazione dei costi in euro in materia di cure primarie a favore degli anziani erogate nell'anno 2004, dalle 21 Regioni italiane:

ASSISTENZA DISTRETTUALE ⁵		
Spesa media 698,13	Spesa minima 545,07	Spesa massima 836,45
ADI e ADP (con prestazioni infermieristiche e fisioterapiche)		
Spesa media 16,52	Spesa minima 2,46	Spesa massima 35,67
ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE		
Spesa media 2,51	Spesa minima 0,53	Spesa massima 15,29
ASSISTENZA RESIDENZIALE		
Spesa media 35,92	Spesa minima 1,77	Spesa massima 159,70

Il valore medio pro-capite del costo dell'Assistenza distrettuale è pari a euro 698,13 che corrisponde al 49,54 per cento dei costi complessivi dell'assistenza sanitaria. Il range dei costi di questo livello va da 545,07 a 836,45 euro pro-capite. Mentre non si riscontra tra le Regioni una significativa differenza tra i costi registrati nelle attività di medicina generale e pediatria, regolate da accordi convenzionali, la situazione è alquanto differenziata quando si esaminano, come emerge dalla tabella, le attività di ADI e ADP (prestazioni domiciliari) che sono prevalentemente collegate alla cronicità, la forbice si allarga dal 2,46 pro-capite della spesa minima al 35,67 pro-capite della spesa massima.

⁵ Fonte dei dati e il monitoraggio sui LEA effettuato dall'Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali (2004).

Passando all'area dell'assistenza territoriale semi-residenziale, si registra ancora un alto grado di variabilità dei dati, dove tra la spesa minima, quella massima e la media si hanno Regioni che si collocano in un range che va dal 20% della spesa media, a più di 6 volte la stessa. Anche per la parte residenziale esiste un grande divario tra spesa media, minimo e massimo, la forbice rispetto la media va in questo caso da 1,77 a 159,70 euro pro-capite.

Certamente la variabilità regionale della domanda, particolarmente tra Regioni del Nord e del Sud e da imputarsi all'incidenza della popolazione anziana, ma anche la difficoltà e l'insufficienza dei sistemi informativi ha influenzato la diversità dei dati; un elemento, però, e certo: le **diverse Regioni** in tema di **domiciliarità e residenzialità per la non autosufficienza, forniscono risposte assai differenziate** ai cittadini, che non possono dipendere solo dalla diversità della domanda o dalla correttezza dei dati informativi, ma sono ascrivibili a diversi modelli culturali di approccio al problema e alla sensibilità politica di rispondere a quel particolare tipo di bisogni.

Un ultimo dato: tutta l'assistenza residenziale (anziani, disabili, malati psichiatrici dipendenze) ha un costo medio pro-capite di euro 79,43 con un'incidenza percentuale sul totale dei costi dei livelli assistenziali del 5,64% che proiettata in termini monetari, sull'ammontare del Fondo sanitario 2008 (100 miliardi di euro circa), significa impiegare per la residenzialità extraospedaliera circa 5,5 miliardi di euro.

Se noi analizziamo invece l'assistenza ospedaliera dobbiamo prendere atto che il costo pro-capite medio di tale livello è pari a euro 656,58, cioè nove volte più alto della residenzialità, infatti l'incidenza media di tale livello sul totale dei costi sanitari è pari al 46,59. Il tasso di ospedalizzazione, molto superiore a quello di 160 per mille abitanti, previsto dalla normativa vigente, varia da un minimo di 187,38 ad un massimo di 243,66 ricoveri. Valutando in maniera macroscopica i dati, in relazione alla struttura della popolazione (18% in media di ultrasessantacinquenni con punte del 24-25% in Liguria e in Emilia), emerge che l'utilizzo della struttura ospedaliera è superiore rispetto agli altri paesi d'Europa dove, specialmente per gli anziani, si fa riferimento alle forme assistenziali di *long term care*.

Da quanto evidenziato si può comprendere come oggi, il profilo del sistema sanitario, sia più orientato alle acuzie, piuttosto che alla riabilitazione o alla lunga assistenza. Per sintetizzare le osservazioni sopra illustrate, possiamo affermare che:

- a) esiste tra le Regioni italiane una insufficiente diffusione dei servizi residenziali e semiresidenziali extraospedalieri; sarebbe necessario in tal senso, per dare uniformità ai diritti dei cittadini, che si fissassero "soglie minime di dotazione";
- b) la qualità assistenziale delle strutture è differente come diversa e anche l'organizzazione e l'offerta terapeutica, quindi, anche sotto questo punto di vista, dovrebbero essere individuati modelli di riferimento per i livelli assistenziali di fase post-acuta e di mantenimento;
- c) le quote di partecipazione alla spesa, da parte del cittadino, dovrebbero trovare omogeneità tra le Regioni ed essere correlate allo stato di salute (patologie croniche, invalidità) e all'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE);
- d) l'accesso alle prestazioni residenziali è sottoposto a liste di attesa che raramente consentono la continuità assistenziale: giova ricordare che l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza, quindi, nei fatti, la lista d'attesa e in sintesi la negazione del diritto dei cittadini ad accedere ai livelli essenziali;
- e) dovrebbero essere maggiormente diffuse e incoraggiate le forme di assistenza diurna anche per le forme di deterioramento mentale, per diminuire i ricoveri a tempo pieno (quindi le liste d'attesa) e lasciare la persona, il più possibile, nell'ambito familiare di riferimento, certamente sostenendo i *care giver*, anche sul piano finanziario (Fondi per la non autosufficienza).

2. Il "diritto" alle cure sanitarie e sociosanitarie per anziani e disabili

All'interno del quadro sopra individuato si può sottolineare come il **"diritto alle cure"** sia piuttosto aleatorio, quindi le persone, le famiglie e gli Enti (in particolare i Comuni) spesso ricorrono ai giudici per il riconoscimento di tali diritti. In questo ambito, il riparto di giurisdizione tra giudice ordinario e giudice amministrativo, sono strettamente connessi ai diritti che si intende far riconoscere.

Ricordiamo come il diritto alle cure sanitarie ed all'assistenza ha il proprio fondamento nella Costituzione che all'art. 32 stabilisce che *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"*. L'interpretazione dell'art. 32 della Costituzione è stata in origine assai restrittiva. Dapprima si è ritenuto che la sa-

lute tutelata dal precetto costituzionale non poteva che essere la c.d. "salute pubblica" con la conseguenza che la norma non poteva che intendersi meramente programmatica, vincolante soltanto per il legislatore futuro.

In una successiva rilettura della norma costituzionale, si è affermato che il diritto alla salute è immediatamente operativo anche nei rapporti tra i privati quale diritto soggettivo perfetto spettante ad ogni individuo. In questo senso, nessuno mette in dubbio la necessità di un intervento chirurgico o l'uso di un farmaco salvavita, ma è certo che se si cominciano ad introdurre dei "distingui" sull'uso di terapie alternative (es: farmaci omeopatici) il diritto potrebbe venire meno e non esiste più l'automatismo della "concessione della prestazione".

Quindi, se entriamo nel campo delle malattie croniche, la tutela del diritto alla salute, nonostante le leggi e i decreti sopra menzionati, presenta aspetti problematici nel riconoscimento della natura sanitaria di prestazioni connesse ad attività socio assistenziali.

A tal riguardo l'articolo 30 della l. n. 730/1983 (legge finanziaria 1984) stabiliva che i Comuni potevano avvalersi, in tutto o in parte, per l'espletamento delle proprie attività socio-sanitarie, delle Unità Sanitarie Locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento.

Di seguito il d.P.C.M. 8 agosto 1985 sostituito dal d.P.C.M. 14 febbraio 2001, hanno sancito altre regole in merito al costo sociosanitario, fissando un costo propriamente sanitario e un costo a rilievo sociale (a carico dell'assistito), fatta eccezione per le prestazioni classificate ad elevata integrazione sanitaria, che corrispondono a trattamenti "intensivi", dove la prestazione è interamente a carico del servizio sanitario.

Su questi principi, si inserisce però la "cultura clinica", che nei confronti dell'anziano non autosufficiente è piuttosto propensa a non considerarlo in senso stretto "un malato" in ragione della differenza tra fase acuta e postumi permanenti della malattia e quindi le prestazioni a suo favore, spesso arbitrariamente, vengono fatte rientrare piuttosto nel settore assistenziale che in quello sanitario.

La moderna medicina, in particolare geriatria e neurologia per quanto attiene i deterioramenti psico-organici, ha sottolineato quanto sia importante curare postumi ed esiti permanenti, in maniera da consentire il mantenimento del più elevato livello di autonomia; ma ciò deve essere ancora "metabolizzato" sia da molti medici, che dai Direttori dell'Aziende sanitarie e ospedaliere.

La scienza medica e l'organizzazione sanitaria, solo oggi cominciano a prendere in considerazione che sono azioni sanitarie, non solo quelle che tendono alla guarigione definitiva, ma anche quelle che sono

volte ad ostacolare e ritardare il processo di aggravamento e, nella fase terminale, anche soltanto ad alleviare il dolore.

In termini di cure prolungate, giova ricordare che la giurisprudenza del passato, vedasi in proposito la legge 4 agosto 1955, n. 692, prevedeva che l'assistenza per malattia ai pensionati di invalidità e vecchiaia fosse fornita "senza limiti di durata nei casi di malattie specifiche della vecchiaia, incluse nell'apposito elenco compilato a cura del Ministero del lavoro e della previdenza sociale". Nel dicembre 1956 apposito decreto definiva le malattie specifiche della vecchiaia ribadendo che per tali malattie l'assistenza doveva essere erogata "senza limiti di durata", anche dopo l'età pensionabile.

Il principio fondamentale che ne deriva è il riconoscimento in capo all'anziano non autosufficiente, delle prestazioni sanitarie che già vengono erogate a ciascun cittadino; il diritto si complica quando le prestazioni sanitarie diventano assistenza alla persona, o assistenza tutelare, nonostante la loro natura di carattere curativo (cioè sanitaria o di recupero), come afferma il d.lgs. 229/1999, "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale", sono spesso qualificate dalla giurisprudenza, come intervento assistenziale e quindi poste a carico dell'anziano o dei suoi parenti, e, in via surrogatoria, del Comune.

Su questo piano si inseriscono anche valutazioni di ordine etico relative ai doveri dei familiari e congiunti, in materia di assistenza e alimenti. La categoria dell'obbligazione alimentare nel nostro sistema ordinamentale, pone particolare attenzione ai rapporti "intersoggettivi" che trovano nella famiglia il riferimento più significativo. Nel rispetto di questa esigenza, l'obbligazione deriva dal peculiare ruolo che la famiglia deve assumere nei confronti del congiunto bisognoso. Diverse possono essere le modalità, riconosciute dallo stesso legislatore, di somministrazione degli alimenti: corresponsione di assegno periodico, o accoglienza e mantenimento presso la propria casa del congiunto che manifesta tale bisogno.

Nei termini descritti, l'obbligazione alimentare, cessa di essere un residuo del passato ed acquisisce un rinnovato interesse, come complementarietà dello Stato, verso bisogni che non trovano completa soddisfazione con risposte familiari e solidali, aggiungendo che ciò si colloca anche nella eticità e sostenibilità dei servizi pubblici, che non possono far conto sull'aumento incondizionato delle risorse finanziarie.

L'art. 25 della legge n. 328/2000 "legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", stabilisce che "ai fini dell'accesso ai servizi, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal decreto legi-

slativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130”.

Il d.lgs. 13012000, precisava che, "qualora la persona anziana non autosufficiente o disabile grave, avessero dovuto essere ricoverati in struttura residenziale", per definire il concorso alla spesa, si doveva *prendere in considerazione la sola situazione economica dell'assistito*. Il decreto, paventando l'allargamento che avrebbe potuto trovare un simile principio, rimandava a decreti attuativi la definizione di *anziano non autosufficiente e handicappato grave*. Nel 2004, vi fu un tentativo ministeriale di proporre alla Conferenza Stato-Regioni, definizioni assai superficiali e assolutamente non dirimenti sul piano del diritto, di chi rientrava o meno, nell'esenzione, quindi il decreto legislativo 13012000 e risultato praticamente inapplicabile.

Le Regioni e i Comuni si opposero fermamente ad un'ulteriore "confusione" che poteva introdursi in materia di concorso alla spesa, dove lo strumento dell'ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) che analizza la situazione economica del nucleo familiare e comunque dei congiunti, anche se non conviventi, rispondeva correttamente al principio dei "tenuti agli alimenti". Molte associazioni di tutela hanno preso posizione contro questo principio, soprattutto per l'allargamento dello stesso al concorso alla spesa, quando la persona è ricoverata in Istituto, ricorrendo al Giudice laddove il Comune "si arrogava" il diritto ai sensi del comma 3 dell'art. 441 del codice civile (che disciplina le potestà dell'autorità giudiziaria sul pretendere l'obbligazione), di indicare anche l'importo che avrebbe dovuto versare il congiunto.

Chi scrive condivide, sul piano etico e dell'equità, l'istituto della tenuta agli alimenti, perché nessuno può "scaricare" alla società il carico assistenziale di un congiunto, particolarmente se non autosufficiente. È ovvio che il concorso dei familiari dovrà tenere conto delle loro possibilità economiche, in tal senso, l'ISEE è lo strumento più idoneo, si potrà aggiornare, rendere ancora più aderente ad esaminare le condizioni economiche e patrimoniali di chi è tenuto a concorrere alla spesa, ma sarebbe "iniquo" con rilievi anche sotto il profilo morale, sancire che il carico assistenziale di chi è non autosufficiente tocchi esclusivamente allo Stato.

Una società civile, di fronte ad un aumento esponenziale, come avviene in Italia della non autosufficienza, collegato alla diminuzione delle responsabilità familiari con l'alta incidenza di famiglie nucleari e quindi con la difficoltà ad attendere direttamente ai propri congiunti, individua misure economiche dedicate a tale assistenza, quale può essere il Fondo per la non autosufficienza.

All'interno della non autosufficienza e della totale dipendenza si in-

quadrano anche le cure ai **disabili** gravi, dove emerge ancora un ruolo preminente del servizio pubblico a farsi carico della spesa; infatti, laddove l'handicap provoca una completa dipendenza con situazioni di estrema gravità – che solo prima dell'avvento della legge 18011978 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" – trovavano ricovero negli ospedali psichiatrici, non vi è alcun dubbio, in base alla prevalente giurisprudenza, che tali bisogni siano inquadrabili nei diritti soggettivi, perché si tratta di interventi che tendono a ridurre le conseguenze patologiche, e quindi di tutela della salute.

Purtroppo, però, anche sulla natura del diritto alle cure da parte di un disabile valgono in parte le considerazioni già espresse in materia di anziani non autosufficienti, in quanto la giurisprudenza non intende il diritto alle cure in capo al disabile come incondizionato ed illimitato, ma sempre subordinato alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, da garantire su tutto il territorio nazionale a norma dell'art. 117, comma 2, lett. m), Cost. (cfr. Cons. Stato, 8 novembre 2001, n. 207).

Infine, sul diritto alle cure riabilitative, fondamentale è l'articolo 26 della legge 83311978 che prevede che "le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali dipendenti da qualunque causa sono a carico delle Unità sanitarie locali attraverso i propri servizi".

Il punto comunque più controverso nella trattazione della spesa sanitaria per un non autosufficiente e quello di stabilire l'estensione dell'obbligo del SSN, cioè, fino a quando il Fondo sanitario deve intervenire finanziariamente.

La giurisprudenza più recente, superando il criterio formale relativo alla *dichiarazione di dimissibilità*, considerata come l'espressione della guarigione clinica della fase acuta della malattia, si è orientata per l'individuazione di un criterio che tuteli maggiormente la salute del paziente. Il criterio scelto dalla giurisprudenza amministrativa ed esposto nella sentenza del T.A.R. Veneto, sez. III, n. 573312003, distingue tra prestazioni che abbiano natura di interventi sanitari e quindi siano direttamente collegate al mantenimento dello stato di salute e prestazioni invece connesse ad una tutela meramente assistenziale con carattere di mantenimento e accudimento.

Secondo questo orientamento le funzioni di assistenza sanitaria sarebbero solo quelle connesse al recupero o alla "restitutio ad integrum" mentre si trascura quanto ha sancito il d.lgs. 22911999 all'articolo 3-septies, dove alcune funzioni sociali sono parte integrante della cura e senza le medesime, nemmeno la prestazione sanitaria ha i suoi effetti. È in questa ottica che viene *garantito il diritto all'assistenza agli stati di cronicità* dove la situazione clinica può non essere suscettibile di guarigione, ma

se non si interviene anche con prestazioni sanitarie, si rischia il declino ed il peggioramento della salute. Va detto in questo senso che il diritto non prevede, negli effetti giuridici, alcuna differenza tra *patologia acuta* e *patologia cronica*.

Ne discende quindi che fanno capo al Fondo sanitario anche le prestazioni dirette al "**contenimento degli esiti degenerativi o invalidanti**" di patologie congenite o acquisite, ovvero le prestazioni e le terapie che mirano a conservare le capacità residue di un paziente o ad impedire il peggioramento del suo quadro clinico, proprio perché dirette "*al contenimento degli esiti degenerativi*" che si verificherebbero in mancanza di tali azioni. Ciò è ben sancito sia dai LEA sociosanitari che dall'articolo 3 del d.P.C.M. 14.2.2001, sull'integrazione sociosanitaria.

Per esemplificare il concetto esposto, si cita la sentenza del Consiglio di Stato, sez. V, 29 novembre 2004, n. 7766, che riformando la sentenza di primo grado (T.A.R. Lombardia, Brescia, n. 123012001), ha ritenuto per un malato di mente affetto anche da epilessia e quindi sottoposto ad uno specifico trattamento sanitario, tale attività non solo una mera sorveglianza ma una forma di assistenza sanitaria. Questa sentenza, interpreta correttamente le indicazioni dei LEA, ovvero: *quando le prestazioni assistenziali sono erogate congiuntamente a quelle sanitarie, per migliorarne gli effetti, l'attività va considerata di rilievo sanitario con competenza finanziaria del Servizio sanitario*.

I giudici del T.A.R. non avevano considerato ciò che il Consiglio di Stato ha più tardi affermato, cioè che sono assimilabili a "cure" anche gli atti che pur non tendendo in via prevalente o esclusiva, alla riabilitazione o alla guarigione dell'assistito, si propongono comunque il mantenimento di **buone condizioni** psico-fisiche. In questo senso le "prestazioni di rilievo sanitario", sono dunque *vere e proprie cure*, la cui interruzione ha azione negativa sulla salute della persona e dette prestazioni devono essere affidate a personale professionalmente in grado di valutare misure efficaci e sicure per la persona.

Dagli esempi illustrati emerge l'importanza dei nuovi LEA come descritti nella prima parte al punto 2, per orientare maggiormente l'intero sistema sanitario a rispondere correttamente ai diritti delle persone non autosufficienti o croniche.

3.1 livelli essenziali in ambito sociale: indirizzi e aspetti propositivi

Nell'ambito delle politiche sociali, in mancanza di una definizione dei LIVEAS, è utile accompagnare le nostre riflessioni con aspetti inno-

vativi in campo internazionale ed europeo. L'attuale corso delle politiche europee con l'ingresso dei nuovi paesi ha spostato l'indirizzo degli aiuti a sostenere prevalentemente lo sviluppo occupazionale e la produttività; anche l'OCSE, nei primi mesi del 2005⁶ ha sottolineato l'opportunità di adottare **politiche sociali attive** a favore delle popolazioni.

In questi termini, un *welfare comunitario* deve saper trovare sempre nuove risorse non strettamente collegate ad un aumento della spesa pubblica, ma più spesso ad una sua riqualificazione e soprattutto, per stimolare *politiche sociali attive*, si devono cambiare le condizioni in cui vivono individui e famiglie, sviluppando al massimo il loro potenziale, piuttosto che intervenire nelle situazioni di bisogno conclamato.

Non va però sottaciuto che da qualche tempo stiamo assistendo ad una recessione economica e quindi, anche problemi sociali che sembravano risolti, "tornano" a pesare sui Paesi europei ed i miglioramenti ottenuti con la crescita economica degli anni '90, lasciano posto ad una diseguale distribuzione del reddito, tale da indurre un considerevole numero di cittadini di questi paesi a dover affrontare situazioni di svantaggio durante l'infanzia, di esclusione dal mondo del lavoro nell'età lavorativa, di isolamento o di perdita di autonomia durante la vecchiaia.

Ciò dimostra anche che le politiche sociali *tradizionali* di tipo riparativo o manutentivo, non hanno aiutato la popolazione a premunirsi in modo adeguato contro i rischi di disoccupazione e fragilità. Per quest'ultimo aspetto le politiche sanitarie e sociosanitarie a favore della terza età sono molto differenziate nei Paesi europei dove alcuni Stati (Germania, Francia, Gran Bretagna, Danimarca e Svezia) hanno adottato misure specifiche per la non autosufficienza.

Anche se in un'economia di mercato viene destinata scarsa attenzione alla povertà, va sottolineato che la stessa è testimonianza di una società inefficiente: non prestare attenzione e non offrire opportunità e risorse per la realizzazione a individui e famiglie, fa aumentare sempre di più le disuguaglianze in quanto figli di genitori poveri hanno minori opportunità di riuscire nella vita rispetto agli altri.

Il modello tradizionale delle politiche sociali fornisce un approccio possibile per correggere la disuguaglianza: ridistribuire risorse a chi non trova un posto di lavoro equamente retribuito per incapacità o inabilità, imponendo più elevati tributi a chi ha tratto maggiore profitto dalla crescita economica. Questo approccio, purtroppo ha il limite che se le disuguaglianze continuano ad aumentare, diventa sempre più difficile ridistribuire una quantità maggiore di risorse finanziarie a chi ha bisogno,

⁶ Extending Opportunities: How Active Social Policy Can Benefit Us All. OCSE, 2005.

perche i piu abbienti difficilmente sono disponibili a progressivi aumenti delle imposte.

Inoltre, gli ostacoli ad un continuo incremento della spesa sociale sono notevolmente acuiti dall'aumento delle imposte che pesa gia sui lavoratori a seguito dell'invecchiamento della popolazione. La banca dati dell'OCSE evidenzia un aumento (quasi un raddoppio) della spesa pubblica per scopi sociali nel ventennio dal 1960 al 1980, successivamente la crescita e stata inferiore fino a raggiungere un massimo del 23%, del PIL nel 1993. A partire dal '93 il livello della spesa pubblica, per la componente "non sanitaria", e diminuito in media di 1 punto e mezzo di PIL.

Osservando tale trend sulla spesa sociale pubblica, si puo sottolineare che l'aumento della stessa spesa non e da considerarsi, oggi, una soluzione adeguata. Le politiche sociali, non possono oggi piu contare unicamente sull'imposizione fiscale e sui trasferimenti pubblici. L'OCSE, invita quindi i propri Paesi a ricercare altri mezzi per rispondere agli attuali problemi sociali: *politiche sociali attive* per stimolare il *potenziale* di chi vive in condizioni di bisogno.

Per rispondere a queste sfide sono necessarie sia riforme della fiscalita e dei trasferimenti monetari alle famiglie, che investimenti per lo sviluppo dei servizi educativi e di scolarizzazione dei bambini, a cui vanno aggiunte misure che aiutano i genitori a conciliare le responsabilita di lavoro con quelle familiari.

I sistemi pensionistici a ripartizione hanno svolto un ruolo decisivo nel migliorare le condizioni di vita delle persone anziane; la crescita dei costi di questi sistemi unitamente all'invecchiamento della popolazione sta compromettendo la sostenibilita economica e la capacita per la collettivita di investire nelle nuove generazioni. La soluzione certamente non sara quella di ridurre il livello delle pensioni compromettendo ulteriormente le condizioni di vita degli anziani, alcuni dei quali sono peraltro esposti anche a rischi di poverta. La sostenibilita dei sistemi pensionistici richiede che si attui un legame piu realistico fra i benefici pensionistici, la speranza di vita e il reddito della popolazione attiva. In questo senso, il ritardo in cui oggi i giovani accedono al mercato del lavoro e negativo, perche va a compromettere anche il loro futuro.

L'altro aspetto in cui agiscono le politiche sociali attive e proprio quello della vecchiaia: se il numero degli anziani non autosufficienti cresce, aumenta la spesa e il disagio delle famiglie; vanno pertanto adottate *azioni preventive* che ritardano la non autosufficienza e azioni di cura e tutela di buona qualita e con costi accessibili, per coloro che hanno perso l'autonomia.

Le misure di protezione sociale per la terza eta debbono associare as-

sistenza formale e informale, in modo tale che le persone piu fragili ricevano le cure piu adatte alla loro situazione e che la responsabilita assistenziale, oggi prevalentemente a carico delle donne, non diventi per queste un onere tale da spingerle ad uscire dal mercato del lavoro. Le politiche attive prevedono misure in cui il lavoro di cura e riconosciuto *come credito* in termini previdenziali e per il rientro nel mercato occupazionale.

La nuova dimensione delle politiche sociali attive, richiede che i poteri pubblici modifichino le proprie funzioni, passando da quella di fornitori diretti di servizi a nuove e piu complesse funzioni di *regolazione* e di *governance*, affinche i diritti dei cittadini siano rispettati e non discriminati dalle loro appartenenze. Le organizzazioni non governative possono e devono mobilitare risorse ed energie, creando forme di protezione sociale efficienti e adattabili alle diverse situazioni. Anche i singoli individui e le famiglie dovranno assumersi maggiori responsabilita nel trarre vantaggio dalle opportunita offerte da una **comunita locale** che "si assume" i costi del disagio.

Queste premesse per sottolineare che livelli essenziali dei servizi sociali devono partire dallo *sviluppo locale* e dalla *sussidiarieta orizzontale di tipo relazionale* che ad oggi costituisce la risposta sostenibile per promuovere una cittadinanza attiva. La legge 32812000 richiamata nella prima parte, va in questa direzione, ovvero suggerisce il passaggio da un sistema di *welfare state*, concentrato su obiettivi di rimozione delle situazioni di malessere, ad un *welfare delle opportunita*, al cui interno convivano sviluppo locale per assicurare condizioni di benessere, qualita della vita e diritti di cittadinanza, unitamente a politiche di promozione e sostegno per i piu deboli.

In questi termini il concetto di livello essenziale in materia assistenziale (LIVEAS) puo definirsi come segue:

1. **un livello irrinunciabile** delle prestazioni che *coincide* con i *diritti sanciti costituzionalmente*, sui quali il legislatore puo intervenire successivamente con una disciplina di maggior dettaglio, senza intaccarli;
2. **livelli essenziali**, opportunamente strutturati, in piu larghi e complessi livelli di prestazioni, rispetto a quelle irrinunciabili;
3. **garanzia di inclusione** nei livelli essenziali, in aggiunta ai diritti costituzionali, anche le indennita monetarie configurate dal legislatore come *diritti soggettivi esigibili*.

Relativamente al punto 3 si ricordano gli emolumenti economici, oggetto di diversi provvedimenti legislativi di settore, in oggi, *diritti soggettivi*:

- assegni per il nucleo familiare (famiglie numerose);

- assegno di maternita;
- assegno sociale;
- integrazioni al minimo;
- assegni e indennita per l'invalidita, cecita e sordomutismo;
- indennita di accompagnamento per invalidi civili e ciechi totali;
- indennita di comunicazione per sordi totali.

Tutte le indennita e gli assegni indicati devono pero trovare **un riordino** per rispondere in termini appropriati all'obiettivo per cui vengono corrisposti: sostegno alla condizione di poverta e al mancato reddito, sostegno alle disabilita gravi per favorire la vita autonoma (e il caso di tutte le indennita per le invalidita totali).

Le indennita economiche sono solo parte dell'attuale sistema sociale che, anche se erogato in maniera differenziata da Regioni e Comuni, attraverso forme di *governance* locale, ha il compito, in riferimento alla lettera m) dell'articolo 117 della Costituzione, di accompagnare persone e famiglie, regolando diritti e doveri, verso i diritti civili e sociali con forme di sostegno:

- alle responsabilita familiari di maggior rilievo (bambini da 0-3 anni, adolescenti, anziani non autosufficienti e disabili);
- all'istruzione, qualificazione professionale e avvio al lavoro;
- alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- all'adozione di benefici fiscali per famiglie con particolari carichi assistenziali, nei confronti di persone non autosufficienti (deduzioni dall'imponibile, detrazioni d'imposta, ecc.);
- all'adozione di tariffe locali sulle utenze commisurate ai redditi familiari.

In questo quadro i livelli essenziali diventano un mix tra offerta pubblica e capitale sociale (reti informali e relazionalita) e l'offerta non e costituita da monadi di prestazioni rigide e preconfezionate, ma dalla declinazione di sistemi di protezione (tutela) e di punti di accesso che organizzano il ricorso a tali sistemi e accompagnano le persone nel percorso piu appropriato.

Quanto osservato porta chi scrive a sostenere fortemente la riapertura della discussione sui LIVEAS: le criticita economiche, il rallentamento produttivo e le incertezze sull'aumento del PIL, non possono fermare il processo di rinnovamento del welfare operato dalle Regioni e gia sancito dalla stessa legge 32812000 e dalle modifiche del Titolo V della Costituzione.

Si puo procedere per gradi a partire dall'organizzazione di sistemi di tutela, indirizzati alle persone e alle famiglie, particolarmente a quelle che hanno membri fragili, per migliorare le loro condizioni di vita, come

ha peraltro proceduto, tra le altre Regioni, la Liguria, con la legge regionale 12 del 2006 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e *sociosanitari*" che ha lo scopo di:

- **promuovere e sostenere** la persona e la famiglia dando prioritata alle situazioni di fragilita o a rischio di esclusione sociale;
- **promuovere** la cittadinanza attiva delle persone anche attraverso il sostegno delle organizzazioni di rappresentanza e tutela sociale;
- **riconoscere** la centralita delle comunita locali per il miglioramento della qualita della vita e delle relazioni;
- **prevenire** i fattori del disagio sociale con il superamento delle condizioni che ostacolano le persone alla piena partecipazione alla vita sociale.

In maniera piu esplicita va messo in atto il principio della esigibilita sostenibile, collegata alle risorse finanziarie e all'offerta da parte del gruppo sociale, secondo le regole della welfare *community*.

Certamente l'architettura istituzionale deve "sostenere e guidare" l'esercizio dei diritti di cittadinanza anche attraverso **livelli essenziali dell'organizzazione**, predisposti e regolati dalle Istituzioni, per mettere in grado persone e famiglie di conoscere, fruire e utilizzare:

- a) provvidenze concedibili dalla rete sociale, sanitaria e sociosanitaria e opportunita offerte dal contesto sociale, ivi compreso quello produttivo e di avvio al lavoro;
- b) programmi personalizzati di assistenza e di inclusione sociale;
- c) pronto intervento in casi di emergenza per la salute e/o la convivenza sociale.

In merito agli emolumenti economici in precedenza richiamati, lo Stato nelle nuove misure di federalismo, dovrebbe metterli a disposizione dei programmi di inclusione sociale adottati dalle Regioni, procedendo secondo le indicazioni dell'art. 24 della legge 32812000, salvando ovviamente i diritti acquisiti.

Per concludere, potremmo procedere ad individuare livelli essenziali anche nel "sociale" se ci atteniamo al principio della "esigibilita sostenibile", che tenga conto anche delle risorse personali e familiari e partendo dai servizi costituzionalmente garantiti, si offrano **sistemi sociali di tutela**, come risposta ad **interessi legittimi** dei cittadini, per giungere gradualmente, anche in relazione alle disponibilita economiche, a sistemi piu organici e completi di offerta, atti a garantire i complessi diritti civili e sociali.