

DIREZIONE GENERALE DEL CONSIGLIO
Servizio Legislativo e qualità della legislazione

Analisi di fattibilità relativa al progetto di legge
“NORME PER LA PROMOZIONE DELLA CITTADINANZA
SOCIALE E PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA
INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI”

Febbraio 2002

GRUPPO FATTIBILITÀ

Veronese-Pulvino-Orsi-Bacchiocchi-Viviani

STRUTTURA DEL LAVORO

La griglia di fattibilità (pag. 4-20)

Si tratta di un primo percorso sintetico dove, attraverso una serie di domande ragionate standardizzate, che compongono la griglia di fattibilità, si delineano gli aspetti essenziali del PdL in esame. La griglia è stata modificata per adattarla al nuovo contesto delineato dalle recenti riforme costituzionali. Come negli studi precedenti il Gruppo ha provveduto a ritagliare la griglia stessa su misura del PdL esaminato approfondendo alcuni aspetti e tralasciandone altri, seguendo comunque il tradizionale percorso:

Analisi preliminare della Proposta di Legge (individuazione dell'oggetto del PdL; individuazione del contesto normativo; verifica di costituzionalità; esame del contesto socio-relazionale)

Analisi del testo (Struttura; obiettivi; analisi dei destinatari; Analisi della copertura amministrativa; Analisi economica; Quantificazione della spesa costo; Aspetti contabili; Individuazione della natura, della provenienza e della destinazione delle risorse)

La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (pag. 21-23)

Nella ricostruzione del quadro normativo di riferimento si forniscono alcuni aspetti di rilievo circa la Carta dei diritti fondamentali dell'UE.

Le politiche sociali in Emilia-Romagna (pag 24-29)

Si propongono alcuni dati di rilievo del rapporto sulle Politiche sociali in Emilia-Romagna del febbraio 2001. Una ricostruzione degli interventi legislativi nelle diverse aree di intervento e delle risorse impegnate.

Analisi delle risorse economiche (pag. 30-43)

Da una prima ricognizione effettuata sul Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'anno finanziario 2002 si propone il quadro degli stanziamenti previsti per le Politiche Sociali. Si propongono inoltre alcuni dati circa la spesa per le Politiche Sanitarie, in considerazione dell'interdipendenza con la nostra area di indagine.

Povertà in Emilia-Romagna ed interventi sociali (pag. 44-49)

Si propongono alcuni dati di interesse dedotti da "Mercato del lavoro ed esclusione sociale in Emilia-Romagna" rapporto predisposto dall'Agenzia Emilia-Romagna Lavoro della Regione Emilia-Romagna. Si pone l'attenzione sui dati inerenti la povertà nell'ambito dei nuclei familiari emiliano romagnoli e gli interventi di politica sociale a livello nazionale, anche in considerazione dell'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente).

Assegni di cura: previsioni e tendenze per i prossimi anni (pag. 50-57)

Si propone una stima di massima sulla dinamica della spesa per assegni di cura sulla base di una simulazione circa l'evoluzione della popolazione assistita nella Regione Emilia-Romagna.

Lo sviluppo del presente Studio di fattibilità ha richiesto l'analisi ed il reperimento di una serie di dati quantitativi emersi dalla collaborazione con il Servizio dei servizi socio-sanitari, che si ringrazia per la fattiva e tempestiva assistenza prestata.

Appendice

Si allega il testo del PdL "NORME PER LA PROMOZIONE DELLA CITTADINANZA SOCIALE E PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI" analizzato.

A. ANALISI PRELIMINARE DELLA PROPOSTA DI LEGGE

A I – INDIVIDUAZIONE DELLA MATERIA DEL PROGETTO DI LEGGE

1. Qual è la materia del Pdl ?	Servizi sociali
2. Si tratta di materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni ?	NO
3. Si tratta di materia rientrante nella competenza regionale, generale e residuale, prevista dall'art. 117, comma 4, della Costituzione?	SI Spetta comunque allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ai sensi dell'art. 117, comma 2, Costituzione.
4. Si tratta di materia di competenza esclusiva dello Stato?	NO

A II- INDIVIDUAZIONE DEL CONTESTO NORMATIVO

1. Nel caso di materia rientrante nella competenza concorrente Stato/Regioni, vi è una legge statale che determina i principi fondamentali della materia oggetto del progetto?	Come precisato al punto AI2, la materia non rientra tra quelle a competenza concorrente, come invece avveniva prima dell'entrata in vigore della riforma del titolo V, parte II, della Costituzione. La legge n. 328/2000 approvata prima della riforma costituzionale, si caratterizzava come legge quadro statale, le cui disposizioni costituivano principi fondamentali ai quali le regioni dovevano attenersi. Con la riforma costituzionale, l'ordinamento dei servizi sociali è stato interamente devoluto (tranne che per ciò che riguarda la materia immigrazione) alla competenza esclusiva regionale, fatta salva la determinazione, da parte dello Stato dei livelli uniformi di assistenza. In questa fase, quindi, il legislatore regionale avrebbe potuto anche scegliere la strada di non dare attuazione ai principi contenuti nella legge 328. Con il progetto di legge in esame si compie la scelta di assumere come propri i principi della legge quadro statale.
2. Il P.d.L. nasce dall'opportunità di armonizzare il preesistente quadro normativo ai principi	SI La legge regionale sull'assistenza risale al 1985. Oltre a tale legge regionale negli anni che vanno dall'85 ad oggi sono state approvate una serie di leggi comunque

<p>generalmente desumibili da recenti interventi legislativi?</p>	<p>affidenti al settore assistenza (handicap e disabili, Anziani, famiglie, minori, volontariato ecc.). La legge quadro statale 328/2000 rappresenta una novità assoluta nel settore.</p>
<p>3. Qual è il quadro normativo comunitario? Vi è una normativa comunitaria alla quale la Regione deve uniformarsi?</p>	<p>In assenza di norme specifiche sui diritti fondamentali dell'individuo all'interno dei Trattati istitutivi della comunità europea, si deve soprattutto alla giurisprudenza della Corte di Giustizia il merito di avere gradualmente individuato le posizioni da tutelare e di avere attuato un controllo sempre maggiore sul rispetto di tali diritti da parte degli Stati membri. E' pertanto sulla scia di un inquadramento giuridico da tempo ormai consolidato che i paesi dell'Unione europea sono arrivati a proclamare solennemente a Nizza il 7 dicembre del 2000, la CARTA DEI DIRITTI FONDAMENTALI DELL'UNIONE EUROPEA.</p> <p>Fra i diritti e le libertà qui sanciti, cui legittimamente si conforma il P.d.l. in esame, in particolare si ricordano:</p> <ul style="list-style-type: none"> — il diritto alla libertà e alla sicurezza; — il diritto al rispetto della propria vita privata e familiare; — il diritto dei bambini alla protezione e alle cure necessarie al loro benessere; — il diritto degli anziani a condurre una vita dignitosa e indipendente, e a partecipare alla vita sociale e culturale; — il diritto dei disabili a beneficiare di misure intese a garantirne l'autonomia. <p>Per un approfondimento ulteriore del contesto normativo comunitario in cui si inserisce il presente P.d.l. si rinvia ad un successivo capitolo.</p>
<p>4. La materia del P.d.L. è già disciplinata da leggi regionali?</p>	<p>Sì; oltre alla legge regionale 2/85, come ricordato sopra, diverse sono le leggi regionali che disciplinano la materia oggetto del presente progetto. Nella attuale fase non risulta che le altre Regioni abbiano dato attuazione alla legge quadro 328/2000.</p>

A III – VERIFICA DI LEGITTIMITA'

<p>1. Vi sono state sentenze della Corte Costituzionale ?</p>	<p>Numerose sono le pronunce della Corte costituzionale che in questi ultimi anni hanno affrontato problemi di compatibilità con le norme della Costituzione delle principali leggi statali in materia di assistenza sociale e sanitaria (ad. esempio la L.104/92 per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate)</p>
---	--

	<p>Le questioni trattate dalla Corte con più frequenza riguardano in genere l'esatta individuazione della sfera di competenza regionale in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.</p> <p>Numerose sono anche le pronunce delle sezioni lavoro della Cassazione civile soprattutto in materia di criteri di calcolo degli assegni sociali e delle pensioni sociali, di astensione dal lavoro dei genitori di minori handicappati, di agevolazioni concesse per le abitazioni di interesse sociale, sulla natura giuridica delle istituzioni di assistenza e beneficenza.</p> <p>Sul piano comunitario poi debbono ricordarsi le pronunce della corte di Giustizia della Comunità europea in materia di politiche sociali.</p> <p>Si possono ricordare principalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> — pronunce sulla parità di trattamento tra uomini e donne in tema di sicurezza sociale, di orari di lavoro e sulle modalità di accesso al lavoro, — pronunce di condanna degli stati membri per l'inosservanza di direttive contenenti le misure da adottarsi per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro; — sentenze di interpretazione di regolamenti Cee relativi all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, autonomi, e ai familiari che si spostano nei paesi membri della comunità; <p>pronunce volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in allattamento.</p>
2. Il p.d.l. appare conforme ai principi costituzionali?	SI

AIV – ESAME DEL CONTESTO SOCIO-RELAZIONALE

1. Quali interessi tra quelli emergenti nella collettività intende soddisfare il p.d.l. ?	<p>Interessi delle famiglie, delle persone, in particolare delle persone svantaggiate e delle persone a basso reddito;</p> <p>Altri interessi afferenti i soggetti del terzo settore, i soggetti privati</p>
2. Il p.d.l. nasce dalla necessità di fornire un quadro normativo certo al fine di disciplinare nuovi interessi socio-economici?	Sì
3. Il p.d.l. risponde ad	Si rinvia ad una lettura del primo rapporto sulle

emergenze e/o gravi situazioni di disagio determinatesi sul territorio ?	politiche sociali in Emilia-Romagna –febbraio 2001-, che contiene analisi interessanti in materia.
--	--

B. ANALISI DEL TESTO

BI - STRUTTURA

1. La relazione di accompagnamento è chiara ed esauriente?	La relazione è sintetica.
2. Nel Titolo del testo sono espressi gli obiettivi del p.d.l.?	SI
3. Le singole parti sono omogenee e compiute?	Non si rilevano particolari aspetti problematici attinenti il drafting.
4. Il testo contiene rinvii a norme future che incidono sul contenuto o a norme future per le quali non si suggeriscono neanche i principi di base?	<p>Per esigenze di omogeneità espositiva si è preferito qui inserire tanto l'esame del punto BI.4 quanto del successivo punto BI.6 della griglia.</p> <p>Il progetto di legge si caratterizza come articolato contenente principi e linee generali la cui pratica attuazione è lasciata a norme, atti e attività future di competenza regionale e di Enti locali, (secondo una tendenza di delegificazione e semplificazione, già avviata con le Leggi attuative delle riforme Bassanini, che va consolidandosi). Ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> — art. 5, comma 2, prevede la stipula di protocolli interregionali, per la fruizione di prestazioni di residenti fuori regione; — art. 8, comma 3, prevede la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali previa intesa triennale in sede di Conferenza Regione-Autonomie Locali; — art. 9, comma 6, prevede apposita direttiva della Giunta (sentita la commissione consiliare e la CRAL) , che definisce gli indirizzi per l'attivazione degli sportelli unici e per la definizione degli strumenti tecnici di valutazione e di controllo dei programmi assistenziali; — art. 11, comma 2, la Giunta disciplina i criteri e le modalità per la definizione della quota posta a carico dell'assistito; — art.12, in materia di prestazioni e attività ad integrazione socio-sanitarie, la Giunta individua con direttive le prestazioni da ricondurre a tali tipologie, con determinazione dei criteri di

	<p>finanziamento delle stesse e dell'assegno di cura;</p> <p>— art. 15, la Giunta stabilisce con direttiva le condizioni per la concessione degli assegni di cura, la loro entità, l'indicatore della situazione economica per accedervi;</p> <p>— artt. 16 e 17, atto della Giunta per incentivare programmi per la sperimentazione del reddito minimo di inserimento e per la realizzazione di programmi di servizio civile delle persone anziane;</p> <p>— art. 18 prevede diverse competenze in capo ai comuni, attraverso la predisposizione di piani di zona con poteri sostitutivi in caso di inerzia da parte dei comuni stessi;</p> <p>— Art. 25, si rinvia a future norme (non è specificato se regolamentari o legislative) per la trasformazione delle Ipab e per la costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona;</p> <p>— art. 26 la Regione approva (meglio adotta) il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali; il piano è adottato (meglio approvato) dal Consiglio: non è precisato quando e, da come è scritto il comma 6 parrebbe che, sia la Conferenza regione Autonomie locali sia la conferenza del terzo settore debbano essere sentite dal Consiglio regionale prima dell'adozione del piano. Il Comma 6 andrebbe senz'altro meglio precisato;</p> <p>— art. 27 sistema informativo-modalità per la rilevazione dati stabilite dalla Giunta regionale;</p> <p>— art. 30 si prevedono programmi speciali finalizzati alla qualificazione di specifiche aree territoriali o alla soluzione di particolari problematiche sociali; questi atti di programmazione (che non si sa bene come si rapportino con il Piano regionale e con i piani di zona) sono definiti tramite accordi (cui possono partecipare enti locali, Aziende sanitarie, soggetti pubblici e privati) approvati con delibera di Giunta.</p> <p>— Artt. 34, 35 e 36: direttiva di Giunta (sentito il parere della Commissione consiliare e della CRAL) stabilisce i requisiti minimi generali e specifici e le procedure per il rilascio delle autorizzazioni per il funzionamento di servizi e strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private; direttive per la costituzione e il funzionamento dell'organismo tecnico di vigilanza sui servizi e le strutture;</p> <p>— art. 37: direttiva di Giunta (sentito il parere della Commissione consiliare e della CRAL) che</p>
--	---

	<p>stabilisce i requisiti e le procedure per il rilascio dell'accREDITamento dei servizi e delle strutture socio-assistenziali e socio-sanitari pubblici e privati, le modalità per l'istituzione dell'elenco dei fornitori e per la determinazione delle tariffe che i Comuni corrispondono ai soggetti accREDITati, per l'istituzione e la composizione dell'organismo tecnico tenuto a rilasciare i pareri in merito all'accREDITamento.</p> <p>— Art. 38- prevede che il Piano regionale disciplini i criteri e le modalità per la concessione dei titoli per la fruizione di prestazioni e servizi sociali da erogarsi dai soggetti accREDITati, le prestazioni che possono essere fruite attraverso l'utilizzo degli stessi e le relative procedure.</p> <p>— Art. 39 – Affidamento e acquisto di servizi e prestazioni: direttiva di Giunta (sentito il parere della commissione consiliare e della CRAL) definisce i requisiti generali per la partecipazione alle gare e i criteri per la valutazione della qualità delle offerte.</p> <p>— Art. 41: direttiva di giunta (sentito il parere della commissione consiliare e della CRAL) che definisce indirizzi sulle modalità di indizione e funzionamento delle istruttorie pubbliche per la coprogettazione (con soggetti del terzo settore) di interventi innovativi e sperimentali per affrontare specifiche problematiche sociali.</p> <p>— Art. 43 – direttiva della Giunta (sentito il parere della commissione consiliare e della CRAL) che definisce criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni del sistema integrato, in base ai criteri indicati nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali.</p> <p>— Art. 46 – la Giunta approva il Programma annuale regionale dei servizi e degli interventi (in base a quanto previsto dal Piano regionale e sulla base delle risorse previste dal bilancio regionale)</p> <p>— Art. 47 – la Giunta definisce i termini, le modalità e le procedure per l'assegnazione e concessione dei contributi per le spese di investimento (costruzione, riadattamento e acquisto di immobili destinati o da destinare a strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie).</p>
5. L'applicazione del p.d.l. è subordinata all'operatività	SI. Si rinvia alle l.r. 11/2001 ;L.R. 3/99; l.r. 14/2000; l.r. 19/98, 19/79; 38/99; 14/90; 47/88; 5/94; 19/94;

di leggi preesistenti?	50/94
6. Il testo contiene rinvii ad atti amministrativi per la sua attuazione? Se sì, sono stati previsti meccanismi di garanzia contro eventuali inerzie?	Si rinvia al punto BI.4.

BII – OBIETTIVI

1. Il p.d.l. contiene obiettivi diretti ed espliciti?	SI 1.Sviluppare e qualificare i servizi sociali 2.Sostenere chi si assume compiti di cura e delle famiglie 3.Sostenere le scelte di permanenza al proprio domicilio delle persone in condizione di non autosufficienza o con limitata autonomia; 4.prevenire, contrastare e rimuovere le cause del disagio sociale, con particolare riguardo al mondo giovanile, alle dipendenze patologiche, alle situazioni di povertà estrema, alla prostituzione e ad altre forme di sfruttamento.
2. Gli obiettivi perseguiti dal p.d.l. sono definiti chiaramente e senza ambiguità?	SI
3. Gli obiettivi individuati nel p.d.l. sono coerenti con gli obiettivi determinati dai programmi generali, dai piani di settore e/o da leggi?	Si richiama l'attenzione su quanto previsto all'articolo 22 del progetto: si dispone che gli atti di programmazione regionale di settore dovranno contenere una specifica valutazione di impatto della programmazione stessa nei confronti dei soggetti socialmente più deboli .
4. In quale modo il p.d.l. intende perseguire gli obiettivi?	Attraverso la costruzione del sistema integrato di servizi ed interventi sociali che si basa: - sulla individuazione dei soggetti del sistema integrato (Regione, Comuni, Province, Aziende sanitarie, costituendo Aziende pubbliche di servizi alla persona, Terzo settore, soggetti privati) e determinazione per ciascun soggetto dei relativi compiti; - sugli strumenti di programmazione (Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali; Programma annuale regionale dei servizi e degli interventi; Piani di zona; Programmi speciali di intervento sociale; - su strumenti che regolano l'attività, favoriscono e

	<p>accertano la qualità delle strutture e dei servizi socio-assistenziali sia pubblici che privati (vedi artt. 33-43, in materia di autorizzazione e vigilanza);</p> <ul style="list-style-type: none"> - su nuovi strumenti come l'accreditamento (quale condizione per instaurare rapporti economici con i soggetti pubblici finalizzati all'erogazione delle prestazioni) e mediante l'utilizzo di titoli, concessi ai destinatari. Attraverso il titolo il cittadino avrebbe quindi la possibilità di scegliere, tra i soggetti accreditati, da chi farsi fornire le prestazioni e i servizi; - sugli assegni di cura, destinati a: famiglie che garantiscono prestazioni socio-sanitarie domiciliari ad anziani non autosufficienti, disabili con handicap grave, persone non autosufficienti con malattie in fase terminale o irreversibili; famiglie o singoli che accolgono minori in affidamento; - su programmi per la sperimentazione del reddito minimo di inserimento (quale misura di contrasto della povertà e di sostegno al reddito) e prestiti sull'onore a tasso zero.
<p>5. Le figure giuridiche e/o i procedimenti e/o gli strumenti previsti per l'attuazione del p.d.l. sono idonei allo scopo?</p>	<p>Gli strumenti previsti dal progetto di legge per il perseguimento degli obiettivi sono molteplici. Nell'articolato, come abbiamo evidenziato più sopra, tali strumenti vengono definiti per linee generali poiché si rinvia a futuri provvedimenti (siano essi atti di programmazione che atti più specifici) la effettiva determinazione e attuazione di quanto previsto. Allo stato rimane quindi pressoché impossibile rispondere alla domanda se tali strumenti siano effettivamente idonei al raggiungimento degli obiettivi. Per alcuni strumenti si possono comunque formulare alcune considerazioni. Ci si riferisce in particolare agli assegni di cura, già sperimentati nella nostra Regione a partire dalla L.R. 5/94 "Tutela e valorizzazione delle persone anziane – Interventi a favore di anziani non autosufficienti", con la quale si propose, nell'ambito di una rete integrata di servizi atta a differenziare e commisurare alle effettive necessità le risposte ai bisogni dell'anziano, di assicurare l'assistenza domiciliare garantendo alle famiglie "un insieme combinato di prestazioni di carattere socio-assistenziale e sanitario" e un'idonea contribuzione alle spese sostenute dalle stesse famiglie, per le attività socio-assistenziali di carattere sanitario. (art. 21, comma 3 della L.R. 5/94 : "A favore delle famiglie disponibili a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio</p>

	<p>contesto,....., la Regione prevede idonea contribuzione per le attività socio-assistenziali domiciliari di rilievo sanitario, previste dal programma assistenziale personalizzato, non erogate dal servizio pubblico ma garantite direttamente dalla famiglia stessa.”. Lo scopo della norma era chiaro: evitare l’istituzionalizzazione dell’anziano (o perlomeno una limitazione del ricorso a strutture residenziali) sostenendo la famiglia che se ne vuole occupare. Cosa ci dice l’esperienza di questi anni (95- 2001) su tale strumento? E’ stato raggiunto l’obiettivo?</p> <p>Dal Primo rapporto sulle politiche sociali dell’Emilia-Romagna (febbraio 2001) si evince che, nel campo delle politiche per gli anziani l’esperienza dell’Emilia-Romagna è probabilmente una delle più significative e innovative; che l’assistenza domiciliare interessa praticamente quasi tutti gli enti locali della Regione (98%); che il giudizio (delle ASL) in merito all’introduzione dell’assegno di cura è positivo ma che occorre rafforzare il raccordo fra la concessione di tale contributo e la rete di servizi sul territorio, e occorre altresì innalzare l’ammontare del contributo “visto che attualmente l’assegno ha un ruolo di rafforzamento delle scelte di chi decide di mantenere comunque l’anziano in casa, non ricorrendo a strutture residenziali, ma non si presenta in genere ancora come una misura in grado di disincentivare l’istituzionalizzazione”. Si tratta, quindi, di uno strumento che, insieme ad altri, intende rispondere alla domanda di assistenza sociale.</p> <p>Il rapporto 2001 ci dice che nel 1997 gli anziani che hanno usufruito degli assegni di cura sono stati 6.949 (1,8% delle persone con più di 75 anni), nel 1998 sono stati 6.832 (1,72% degli over 75). Secondo dati forniti dal Servizio dei servizi socio-sanitari il numero degli anziani che hanno usufruito degli assegni di cura è stato 8.184 per il 1999 e 9.634 per il 2000.</p> <p>Parallelamente, lo stesso rapporto ci dice che è aumentata, negli stessi anni la spesa per l’assistenza domiciliare (+4,6%), che è aumentata l’offerta dei posti nei centri diurni (passando da una copertura dello 0,19% degli over 75 ad una copertura dello 0,36%), che sono più che triplicati dal ’96 al ’98 i posti assicurati dalle RSA, che è lievemente cresciuta l’offerta delle</p>
--	---

	<p>case protette.</p> <p>In conclusione l'assegno di cura, previsto dal presente progetto di legge, è uno strumento che, alla luce dell'esperienza sopra ricordata, andrebbe attentamente monitorato in fase di attuazione della legge. Da questo punto di vista può essere opportuno inserire, se non in legge almeno negli atti di programmazione previsti dal presente progetto, apposite clausole per il monitoraggio e la valutazione degli effetti prodotti.</p> <p>Analoghe considerazioni possono valere per quanto attiene ai programmi per la sperimentazione del reddito minimo di inserimento e ai prestiti sull'onore. Si tratta di strumenti e di politiche che si prestano, forse più di ogni altro ad essere valutati, attraverso tecniche già sperimentate in altri paesi, basti pensare alla legge che nel '96 ha cambiato il sistema di welfare negli USA, abolendo i sussidi anti-povertà, abolendo la garanzia dell'assistenza alle famiglie con minori (Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act PRWORA) e trasformando il programma di aiuti in un programma diverso, definito come TANF (Temporary Assistance to Needy Families) in cui la fruizione del sussidio da parte del singolo nucleo familiare viene soggetta ad un limite di 5 anni, e vengono imposti obblighi stringenti di partecipazione ad attività di formazione e reinserimento lavorativo. Un grande dibattito si è svolto nel paese e nel Congresso sulle possibili conseguenze di queste riforme sulle condizioni di vita delle famiglie meno abbienti. Il Congresso per valutare le conseguenze ha messo in piedi un complesso sistema di monitoraggio e di valutazione dell'attuazione di questa legge (oltre una quarantina di diverse clausole valutative sono contenute nel testo, esempio: si stanziavano fondi per l'acquisizione di dati sui beneficiari di TANF e altre famiglie a basso reddito, si stanziavano fondi per costruire un database con dati su un campione di minori vittime di abuso e negligenza; si effettuavano vari stanziamenti per valutazioni sugli effetti di TANF, sugli interventi per la transizione welfare-lavoro; si richiedevano relazioni annuali da parte dei Servizi Socio-sanitari sul raggiungimento degli obiettivi di reinserimento lavorativo, sulle caratteristiche economiche e demografiche dei beneficiari di TANF, e sulle caratteristiche degli interventi, ecc. ecc.).</p>
--	--

	<p>Alcune valutazioni possono altresì compiersi sullo strumento dell'accREDITamento e dei Titoli da assegnare agli utenti per le prestazioni. Già nel Rapporto 2001 si metteva in evidenza il fatto che, pur in presenza di delibere che <i>"fissano in maniera abbastanza specifica le modalità e i criteri per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento, manca ancora una normativa che affronti in materia più ampia il problema della qualità dei servizi e della selezione del crescente numero di organizzazioni, pubbliche e soprattutto private, che offrono servizi"</i>. Introdurre un sistema di accREDITamento con ulteriori criteri di tipo qualitativo/strutturale tali da innalzare la soglia di entrata nel sistema di servizi erogati o comunque finanziati dal soggetto pubblico potrebbe permettere una maggior selezione dei fornitori privati. E' il sistema previsto dalla stessa legge 328/2000 ed è il sistema che è stato già introdotto nella sanità, nel campo delle politiche socioeducative rivolte all'infanzia, nella formazione professionale. Correlato all'accREDITamento è lo strumento dei titoli per l'acquisto dei servizi sociali (anch'essi previsti dalla legge 328/2000), ovvero di buoni spendibili solo all'interno di un circuito di strutture accREDITate dato agli utenti per favorire una maggiore capacità di scelta agli stessi. Le norme del progetto che trattano tali strumenti (artt. 37 e 38) non permettono però di effettuare un'analisi corretta circa i possibili effetti che possono scaturire dall'adozione di tale sistema rinviando le stesse a futuri atti.</p> <p>L'art. 25 del progetto rinvia a future norme (non è precisato se legislative o regolamentari) la trasformazione delle IPAB. Anche in questo caso il contenuto dell'articolo è troppo scarno per permettere un'adeguata stima degli effetti che possono conseguire a tale trasformazione.</p> <p>Abbiamo accennato sopra alla possibilità di introdurre in legge opportune clausole valutative che permettano di monitorare l'attuazione e di valutare gli effetti rispetto alle finalità e agli obiettivi posti. E' questa una metodologia da anni presente in altri paesi e di recente, sia pur ancora timidamente, adottata anche nel nostro. La stessa legge 328/2000 contiene clausole valutative anche se non particolarmente stringenti. Si riportano, a titolo d'esempio:</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Nell'ambito del sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti - Art. 15 comma 3 <i>“Entro il 30 giugno di ogni anno le regioni destinatarie dei finanziamenti... trasmettono una relazione al Ministro per la solidarietà sociale e al Ministro della sanità in cui espongono lo stato di attuazione degli interventi e gli obiettivi conseguiti nelle attività svolte Formulando anche eventuali proposte per interventi innovativi”</i>. - Nell'ambito del Piano nazionale e piani regionali degli interventi e dei servizi sociali – Art. 18 comma 5 <i>“Il Ministro per la solidarietà sociale predispone annualmente una relazione al Parlamento sui risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano nazionale, con particolare riferimento ai costi e all'efficacia degli interventi, e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione. La relazione indica i risultati conseguiti nelle regioni in attuazione dei piani regionali. La relazione dà conto altresì dei risultati conseguiti nei servizi sociali con l'utilizzo dei finanziamenti dei fondi europei, tenuto conto dei dati e delle valutazioni forniti dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale.”</i>. - Nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali – Art. 20, comma 5, lettera d) <i>“prevedere forme di monitoraggio, verifica e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati degli interventi, nonché modalità per la revoca dei finanziamenti in caso di mancato impegno da parte degli enti destinatari entro periodi determinati.”</i>. - Nell'ambito del reddito minimo di inserimento - Art. 23, comma 1 che sostituisce l'art. 15 del decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237, prevedendo che <i>“Il Governo, sentite la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, riferisce al Parlamento, entro il 30 maggio 2001, sull'attuazione della sperimentazione e sui risultati conseguiti. Con successivo provvedimento legislativo, tenuto conto dei risultati della sperimentazione, sono definite le modalità, i termini e le risorse per l'estensione dell'istituto del reddito minimo di inserimento come misura generale di contrasto alla povertà, alla quale ricondurre anche gli altri interventi di sostegno del reddito,.....”</i>.
--	--

6. Il perseguimento degli obiettivi previsti può produrre effetti collaterali anche in settori o ambiti diversi da quelli disciplinati dal p.d.l.?	-
7. Si può verificare una resistenza da parte dell'utenza all'applicazione della norma?	-

BIII – ANALISI DEI DESTINATARI

1. Quali sono i destinatari diretti o indiretti del p.d.l.?	La platea dei destinatari diretti ed indiretti è particolarmente vasta: <ul style="list-style-type: none"> - popolazione non autosufficiente (anziani, disabili, minori ecc.); - popolazione disagiata (dai detenuti agli immigrati passando per le cosiddette marginalità); - nuclei familiari; - Regione, Province, Comuni; - Aziende Sanitarie, IPAB; - Terzo settore; - Operatori del settore privati e pubblici (Vedi interventi di formazione, accreditamento ecc.);
2. Sono identificati o identificabili chiaramente?	Sono identificabili, anche se per una loro definizione precisa occorrerà attendere i provvedimenti successivi cui il PdL rimanda.
3. E' possibile identificare in senso quantitativo i destinatari ?	Sì, in funzione però di successivi provvedimenti cui il PdL rinvia.
4. Sono identificate le zone territoriali di intervento?	La Regione Emilia-Romagna.
5. Se il provvedimento è riferito ad una vasta utenza, esiste la previsione di forme di pubblicità?	Sì, restando il PdL inquadrato nell'ambito della consolidata rete Enti locali e AUSL.
6. I tempi eventualmente previsti per permettere ai destinatari di adeguarsi alla normativa, sono realisticamente rispettabili?	Risposta strettamente legata ai provvedimenti cui il PdL rimanda.

B IV – ANALISI DELLA COPERTURA AMMINISTRATIVA

1. Per ciascuna procedura, o atto, o attività, o compito o funzione, sono stati individuati o sono individuabili i soggetti istituzionali e/o le strutture amministrative che devono attuare la normativa ?	Si fa rinvio a provvedimenti successivi.
---	--

B V –ANALISI ECONOMICA

1. Il progetto di legge è suscettibile di produrre effetti in ambito economico?	Sì
2. Quali sono gli aspetti in ambito economico sui quali il p.d.l. può incidere, rispetto agli ambiti di impatto?	Il PdL incide sulle risorse economiche destinate ai soggetti destinatari delle Risorse siano essi pubblici che privati, nonché collettivi che individuali (Comuni, AUSL, cittadini anziani, disabili, famiglie). Si tratta quindi di un PdL destinato a modificare le risorse economiche a disposizione dei soggetti destinatari.
3. E' possibile valutare gli effetti, anche in riferimento agli obiettivi determinati dagli atti di programmazione regionale e dai piani di settore, in termini di impatto sul territorio, sull'ambiente, sulla competitività, sul mercato del lavoro?	Non direttamente, stante il costante rinvio a provvedimenti successivi all'approvazione del PdL in esame.
4. Sotto il profilo economico l'intervento si caratterizza come: - trasferimento di risorse, - investimenti finanziari; - investimenti diretti; - acquisto di beni e servizi?	Il provvedimento investe a tuttotondo le fattispecie evidenziate, a tal proposito rinvia alla Tabella n 2 di seguito allegata. Si segnala come nell'ambito del Bilancio di previsione 2002 della Regione Emilia-Romagna, nell'ambito degli interventi di solidarietà sociale (Funzione obiettivo 2 - Area di intervento 5) si prevedano Stanziamenti per spese correnti operative per € 56.400.256 (per cassa € 45.898.016) e Spese per investimento per € 48.924.395 (cassa € 77.991.629). Di tali importi circa il 39% dello stanziato è riconducibile a mezzi propri (45% delle uscite di cassa) mentre il 61% a mezzi statali (55% riferendoci alle uscite di cassa).
5. qual è la tipologia di	Convivono interventi di natura congiunturale e

intervento? - congiunturale - strutturale	strutturale.
6. Le informazioni a corredo del p.d.l. sono sufficienti per sviluppare le sovraesposte valutazioni economiche? Possono essere eventualmente integrate?	No
7. Gli effetti economici prefigurati sono adeguati agli obiettivi?	Non è possibile effettuare una quantificazione di tale portata stante la ridotta quantità di dati a disposizione nonché il massiccio rinvio a provvedimenti successivi destinati a determinare l'an ed il quantum degli interventi.

B VI – QUANTIFICAZIONE DELLA SPESA COSTO

1. Nel p.d.l. è stata determinata la totalità dei costi connessi alla sua attuazione?	No
2. Tale determinazione è precisata nell'articolato oppure nella relazione accompagnatoria?	No
3. La quantificazione del costo fa riferimento ad un calcolo di tipo macroeconomico?	No
4. Sono fissati con univocità, chiarezza e precisione eventuali requisiti soggettivi che devono essere posseduti dai beneficiari? E' da considerarsi assente o molto remota la possibilità che i titolari di diritti possano essere molto più numerosi di quanti ci si attendono?	No, si rinvia a successivi provvedimenti.
5. Il numero dei soggetti destinatari dell'intervento è determinato con metodologie adeguate?	No
6. Qualora l'entità dell'onere dipenda da specifici parametri propri	Non è possibile rispondere in modo compiuto a tale domanda.

dei soggetti, la parametrizzazione è corretta?	
7. Qual è l'effetto dell'atto in termini di spesa e di costo? (a preventivo o a consuntivo)	Si rinvia alle Tabelle 2 e 3 facenti riferimento al Bilancio di Previsione 2002 della Regione Emilia-Romagna.

B.VII – ASPETTI CONTABILI

1. l'atto costituisce impegno di spesa in senso contabile?	No
2. Su quali esercizi successivi l'atto produce effetti finanziari?	L'impegno finanziario resterà determinato in funzione dei provvedimenti successivi legati al PdL in esame.
3. Reca delle previsioni afferenti il bilancio pluriennale?	Sì
4. Si rinvia alla successiva legge di bilancio?	Sì
5. Nel caso di Legge di spesa pluriennale, sono correttamente indicati sia gli esercizi interessati che l'entità complessiva della spesa?	No
6. Le UPB di bilancio cui afferisce la spesa sono classificate tra quelle di intervento per spesa corrente o d'investimento?	Entrambe, Si vedano ancora le Tabelle 2 e 3, nonché quanto precedentemente esposto al punto BV.4.
7. In quale programma (categoria) del bilancio si inserisce l'intervento?	Area di intervento 5 (Tutela della salute pubblica e solidarietà sociale) più specificatamente entro la Funzione obiettivo 2 (Interventi di solidarietà sociale). E' plausibile ritenere che altre risorse siano stanziare in altre UPB al di fuori dell'area esaminata ed indirettamente riconducibili ad interventi afferenti le Politiche sociali, stante la trasversalità dell'intervento prefigurato.
8. Con riferimento agli ultimi due esercizi, qualora sia possibile individuare interventi affini od omogenei, la loro gestione ha dato luogo in misura rilevante alla formazione di	Il Bilancio di Previsione 2002 prevede, nell'ambito della Funzione obiettivo 2 (Interventi di solidarietà sociale) Residui previsti per € 22.594.962,44 come spese correnti operative ed € 16.315.365,80 come spese di investimento in conto capitale. Complessivamente quindi, Residui per € 38.910.328,24

residui passivi e/o di economie di spesa?	
9. In termini percentuali, qual è il rapporto tra competenza e residui passivi e/o economie di spesa in quegli esercizi?	Si è proceduto ad una analisi del Bilancio di Previsione per l'anno 2002 e, per la citata Funzione obiettivo 2 (Interventi solidarietà sociale), si prevedono: - Residui per € 38.910.328,24; - Competenza per € 105.324.650,68; - Cassa per € 77.991.629,26

B.VIII- INDIVIDUAZIONE DELLA NATURA, DELLA PROVENIENZA E DELLA DESTINAZIONE DELLE RISORSE

1. Le risorse con cui far fronte all'intervento, sono determinate?	Si rinvia alla Legge di bilancio
2. Si tratta di - risorse proprie - risorse statali - risorse comunitarie - risorse provenienti da forme di indebitamento	Nell'ambito del Bilancio di Previsione 2002 le risorse sono individuate così come specificato nelle Tabelle 2 e 3 già richiamate nell'ambito del Punto BV.4 della presente Griglia.
3. Nel caso che si abbia un concorso tra più tipi di risorse, qual è il rapporto tra loro in termini di composizione percentuale?	Vedi Tabelle 2 e 3 e Punto BV.4, facenti sempre riferimento al Bilancio di previsione 2002. Escludendo i Fondi speciali il 39% di competenza è riconducibile a mezzi propri (45% delle uscite di cassa) mentre il 61% a mezzi statali (55% riferendoci alle uscite di cassa).
4. Gli obiettivi della legge sono coerenti e compatibili finanziariamente con la destinazione delle risorse?	Il PdL è strettamente legato a provvedimenti da emanarsi successivamente tali da non rendere possibile rispondere in modo compiuto ed esaustivo a questa domanda.

La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea

Nel procedere ad una ricostruzione del panorama normativo in cui si inserisce il progetto di legge regionale dal titolo “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, risulta necessario verificare la legittimità di tali disposizioni anche sul piano esterno dei rapporti con il diritto comunitario.

Come recita, infatti, il nuovo testo dell'art.117, comma 1, della Costituzione (come modificato dalla legge costituzionale n.3/2001) “la potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.”

E' proprio nell'art.1 del progetto di legge in esame, che i proponenti, nel delineare l'oggetto della riforma che si intende realizzare, dichiarano espressamente di volere conformarsi ed attuare i principi fatti propri dai paesi che aderiscono all'Unione Europea, e che hanno trovato recentemente un riconoscimento esplicito e solenne all'interno della “Carta dei diritti fondamentali dell'Unione”, proclamata a Nizza il 7 dicembre del 2000.

Questo documento rappresenta una tappa di fondamentale importanza nella evoluzione della tutela dei diritti fondamentali dell'individuo, in quanto in forza di essa i cittadini potranno contare sul fatto che la Commissione farà rispettare il contenuto della carta in tutti gli aspetti della vita dell'Unione, sia al suo interno che nei rapporti con i paesi terzi.

Tra i diritti e le libertà qui proclamate se ne possono individuare alcuni, in particolare, che ritroviamo riconosciuti e tutelati anche nel progetto di legge che si sta esaminando.

Nella Carta spiccano le norme a tutela dei soggetti più deboli, e pertanto meritevoli delle misure di assistenza sociale, quali i bambini, gli anziani, e i disabili.

In particolare, all'art.24 si riconosce il diritto dei bambini alla protezione e alle cure necessarie per il loro benessere, all'art. 25 si prevede che siano garantite agli anziani una vita dignitosa e indipendente, nonché la possibilità di partecipare alla vita sociale e culturale, e all'art.26 si riconosce la legittimità di tutte quelle misure atte a garantire l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale dei disabili.

Infine Il Capo IV della Carta è proprio dedicato al tema della “SOLIDARIETA' e tra le norme qui contenute ve ne sono numerose che per l'affinità dei contenuti con il progetto di legge di cui ci stiamo occupando, può risultare opportuno richiamare.

Si tratta ad esempio dell'art.31, che garantisce ai lavoratori condizioni sane, sicure e dignitose; ancora l'art.33 intende tutelare l'istituzione della "famiglia" sia sul piano giuridico, economico e sociale. A tal fine sono previste anche delle misure dirette a garantire a coloro che abbiano dei figli la possibilità di conciliare la vita familiare con quella professionale.

Si riconosce anche espressamente il diritto all'assistenza abitativa diretta a garantire una esistenza dignitosa a tutti coloro che non dispongono di risorse sufficienti.

Per quanto la proclamazione della Carta dei diritti fondamentali costituisca una tappa di fondamentale importanza nel processo di affermazione di tali diritti all'interno dei paesi membri della Comunità, ciò che adesso si attende e si auspica da più parti, è il suo inserimento nei trattati costitutivi dell'Unione.

Alla carta dei Diritti fondamentali di cui si è sopra parlato, si è arrivati infatti, in seguito ad un processo abbastanza lungo ed articolato diretto alla individuazione e al riconoscimento di quelli che sono, pur nella diversità delle culture, valori comuni alle tradizioni costituzionali degli Stati membri.

Inizialmente, la natura settoriale dei tre trattati istitutivi della Comunità europea ha fatto sì che in essi non vi fosse spazio per una solenne dichiarazione dei diritti fondamentali.

Il Trattato sull'Unione europea all'articolo F si limitava a prevedere che *"l'Unione rispetta i diritti fondamentali quali sono garantiti dalla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, firmata a Roma il 4 novembre 1950, e quali risultano dalle tradizioni costituzionali comuni degli Stati membri in quanto principi generali del diritto comunitario"*.

Uno sforzo più significativo lo ha compiuto il trattato di Amsterdam del 1997, che ha introdotto delle misure specifiche atte a garantire l'applicazione effettiva da parte degli Stati membri di quanto sancito dall'art. F (ora art.6) di cui sopra. Si è introdotta, infatti, la previsione secondo cui, qualora uno Stato membro risulti violare in modo grave e persistente i diritti e le libertà fondamentali dei cittadini, il Consiglio ha la facoltà (non ancora l'obbligo) di sospendere taluni diritti derivanti dal Trattato allo Stato membro in questione.

Per concludere, poi, non va tralasciato l'importantissimo contributo che soprattutto la Corte di Giustizia ha offerto con le sue pronunce al fine di controllare il rispetto dei diritti fondamentali della persona da parte degli Stati membri e delle istituzioni comunitarie.

Proprio la Corte di Giustizia in una pronuncia che risale al 1969 (sentenza Stauder) ha riconosciuto che i diritti fondamentali fanno parte integrante del diritto

comunitario e scaturiscono da due fonti: 1) le tradizioni costituzionali degli Stati membri; 2) i trattati internazionali cui gli Stati hanno aderito (in particolare la Convenzione europea dei diritti dell'uomo).

LE POLITICHE SOCIALI IN EMILIA-ROMAGNA

L'analisi delle politiche sociali in Emilia-Romagna prende le mosse dal rapporto del febbraio 2001 che contiene il quadro della situazione in base alla quale costruire un intervento organico alla luce della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (L. 328/2000).

Innanzitutto si può fare una ricognizione di quali siano i settori coinvolti in un'accezione ampia del concetto di Politiche sociali, cogliendo anche l'occasione per ricostruire il panorama legislativo regionale di riferimento.

1. Le politiche sociali ed educative per i bambini e gli adolescenti.

Il panorama legislativo che fa riferimento alle politiche per l'infanzia può così essere riassunto:

- L.R. n. 15/73 "Determinazione dei criteri generali per la costruzione, la gestione e il controllo degli asili nido", modificata dalla L.R. n. 17/78; (recepimento della normativa nazionale sugli asili nido) - legge abrogata da art. 38 L.R. 10 gennaio 2000 n. 1
- L.R. n. 58/80 "Norme in materia di titoli di studio per educatori di asili nido"; (declaratoria titoli di studio, rapporto numerico educatori/bambini, aggiornamento del personale). - legge abrogata da art. 38 L.R. 10 gennaio 2000 n. 1
- L.R. n. 2/85 "Riordino e programmazione delle funzioni di assistenza sociale"; (indicazioni generali di riferimento alla tipologia di interventi a favore dei minori e della famiglia) - Modifiche subite: L.R. 23 novembre 1988 n. 47; L.R. 14 agosto 1989 n. 27; L.R. 7 febbraio 1992 n. 7; L.R. 6 settembre 1993 n. 34; L.R. 12 maggio 1994 n. 19; L.R. 12 ottobre 1998 n. 34; L.R. 21 aprile 1999 n. 3.
- L.R. n. 27/89 "Politiche di sostegno alla procreazione e agli impegni di cura verso i figli"; (introduzione modalità di intervento integrative ai nidi, introduzione centri per le famiglie). Successivamente modificata dalle L.R. 25 gennaio 1993 n. 8 e dalla L.R. 10 gennaio 2000 n. 1.
- L.R. n. 1/00 "Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia"; (Definizione criteri strutturali, funzionali, organizzativi dei nidi d'infanzia e dei servizi ad essi integrativi, riconoscimento giuridico della figura del coordinatore pedagogico, integrazione bambini disabili e prevenzione svantaggio, introduzione della figura dell'educatore familiare, introduzione modalità di accreditamento).

- L.R. n. 34/98 "Funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività sociosanitaria e socioassistenziale";

2. Le politiche per gli anziani

Il panorama che fa riferimento alle politiche per gli anziani può così essere riassunto:

- L.R. n. 30/79 "Interventi promozionali per realizzazione e potenziamento servizi a favore delle persone anziane"; (Finalità e linee di indirizzo interventi a favore degli anziani, regolamentazione assistenza domiciliare e case protette) - Poi abrogata nell'ambito della L.R. 5/94.
- L.R. n. 2/85 "Riordino e programmazione delle funzioni di assistenza sociale"; (Finalità e linee di indirizzo interventi a favore degli anziani) - Modifiche subite: L.R. 23 novembre 1988 n. 47; L.R. 14 agosto 1989 n. 27; L.R. 7 febbraio 1992 n. 7; L.R. 6 settembre 1993 n. 34; L.R. 12 maggio 1994 n. 19; L.R. 12 ottobre 1998 n. 34; L.R. 21 aprile 1999 n. 3.
- L.R. n. 5/94 "Tutela e valorizzazione persone anziane - Interventi a favore di anziani non autosufficienti"; (Integrazione sociosanitaria, assegno di cura, misure di prevenzione dell'istituzionalizzazione). - Successivamente modificata con L.R. 19 agosto 1996 n. 34 e L.R. 8 agosto 2001 n. 24.
- L.R. n. 34/98 "Funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività sociosanitaria e socioassistenziale";

3. Le politiche per i disabili

Il panorama che fa riferimento alle politiche per i disabili può così essere riassunto:

- L.R. n. 48/79 "Interventi per favorire l'autonomia economica e sociale di cittadini portatori di handicap"; (Finalità e linee di indirizzo interventi a favore dei disabili) - abrogata dalle L.R. 3/99 e LR 10/99.
- L.R. n. 2/85 "Riordino e programmazione delle funzioni di assistenza sociale"; (Finalità e linee di indirizzo interventi a favore dei disabili) - Modifiche subite: L.R. 23 novembre 1988 n. 47; L.R. 14 agosto 1989 n. 27; L.R. 7 febbraio 1992 n. 7; L.R. 6 settembre 1993 n. 34; L.R. 12 maggio 1994 n. 19; L.R. 12 ottobre 1998 n. 34; L.R. 21 aprile 1999 n. 3.
- L.R. n. 38/89 "Contributi per formazione di piani di circolazione urbana a servizio dei portatori di handicap"; (Barriere architettoniche).
- L.R. n. 21/91 "Istituzione della consulta regionale per i problemi dei disabili"; (Consulta regionale disabili) - gestita nell'ambito della L.R. 29/97
- L.R. n. 29/97 "Norme e provvedimenti per favorire le opportunità di vita autonoma e l'integrazione sociale delle persone disabili"; (Servizio di aiuto

personale, autonomia e integrazione sociale disabili, concessione diretta di contributi a disabili).

- L.R. n. 34/98 "Funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività socio sanitaria e socioassistenziale";
- L.R. n. 14/00 "Promozione dell'accesso al lavoro delle persone disabili e svantaggiate"; (Inserimento lavorativo).

4. Le politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale

Il panorama che fa riferimento alle politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale può così essere riassunto:

- L.R. n. 47/88 "Norme per le minoranze nomadi in Emilia-Romagna"; (nomadi) - successivamente modificata dalle L.R. 6 settembre 1993, n. 34 e L.R. 22 agosto 1994, n. 37
- L.R. n. 14/90 "Iniziative regionali in favore dell'emigrazione e dell'immigrazione - Nuove norme per l'istituzione della consulta regionale dell'emigrazione e dell'immigrazione" - (Immigrazione, modalità consultazione associazioni immigrati) - successivamente modificata dalle L.R. 14 aprile 1995 n. 35 L.R. 8 agosto 2001 n. 24.
- L.R. n. 45/96 "Misure di politica regionale del lavoro" - successivamente modificata dalle L.R. 25 febbraio 2000 n. 14 e L.R. 28 febbraio 2000 n. 15
- L.R. n. 14/00 "Promozione dell'accesso al lavoro delle persone disabili e svantaggiate".

Le politiche sociali in Emilia-Romagna rapporto febbraio 2001 alcune considerazioni circa le risorse occupate

Una ricerca a tuttotondo sulle risorse impegnate nell'ambito delle Politiche sociali da parte della Regione Emilia-Romagna si rinviene dal citato rapporto "Le Politiche sociali in Emilia-Romagna, primo rapporto-febbraio 2001".

Sulla scorta della ripartizione in precedenza esaminata viene infatti proposta una ricognizione delle risorse impegnate nel tempo suddivise per i diversi programmi di intervento.

Di seguito si fanno alcune considerazioni sui dati proposti (ed elaborati) nell'ambito del citato rapporto cercando di valutare gli stessi in ottica prospettica alla luce della Legge 328/2000, quindi delle risorse a tal proposito stanziare dall'amministrazione Statale per la Regione Emilia-Romagna.

Il rapporto raggruppa gli interventi riconducibili ai vari capitoli di spesa stanziati in bilancio a seconda dell'area di intervento, viene quindi effettuata una duplice disamina: da una parte il valore complessivo degli interventi, dall'altra i campi specifici nei quali l'attività si è più o meno concentrata nel tempo. La ricerca individua 8 aree di intervento socioassistenziale:

- Popolazione colpite da calamità;
- Anziani, con crescente importanza della spesa per le RSA;
- Handicap;
- Coop sociali/persone svantaggiate;
- Associazionismo;
- Tossicodipendenti;
- Immigrati;
- Trasversale per tutti i settori, ossia quei capitoli di spesa che non possono essere imputati con precisione ad una delle macro-aree individuate.

La suddivisione delle risorse complessive in un'area di intervento piuttosto che un'altra deriva da scelte politiche che probabilmente vanno aldilà della sfera di indagine attinente il presente Studio di fattibilità. Di volta in volta, tenuto conto delle risorse destinate al settore "Politiche sociali", le stesse sono state spalmate nelle varie aree avanti elencate.

Ciò che invece può essere di particolare interesse è la dinamica complessiva del quantum destinata al settore "Politiche sociali" come valore utile per:

- misurare il peso della Regione Emilia-Romagna nel settore (suo impegno rispetto le altre componenti sociali);
- qualificare il ruolo delle Regione Emilia-Romagna (leader ovvero di supporto alle altre iniziative);
- grado di autonomia della Regione rispetto lo Stato (in particolare ammontare delle risorse derivanti da mezzi statali e da mezzi propri);
- dinamica nel tempo di tali aspetti.

Il periodo preso in esame dal rapporto va dal 1994 al 1999 e si possono fare alcune considerazioni circa i temi posti in precedenza, da sviluppare poi alla luce della L. 328/2000.

In termini relativi, dal citato rapporto sulle "Politiche sociali", emerge che nel periodo 1995-1997, sulla base dei dati dei Bilanci consolidati, le risorse regionali destinate ad interventi nel campo socio assistenziale sono pari all'1,1%.

Ragionando per valori assoluti, fra il 1994 ed il 1999 le risorse impegnate di anno in anno variano da un minimo di 97 ad un massimo di 166 miliardi (valore reale costanti riferito al 1994).

Emerge dunque chiaro che le risorse regionali destinate al settore sono ridotte e distribuite in modo irregolare nel tempo, quasi a testimoniare quanto anticipato nella fase di analisi dell'aggregato normativo circa il mancato coordinamento delle leggi intervenute nel tempo. Ciò conferma la necessità di formare un assetto normativo coordinato ed unitario del settore come si propone il PdL in esame.

In questa analisi si deve inoltre tener conto che le possibilità della Regione Emilia-Romagna di intervenire nel settore dell'assistenza è strettamente legata alle risorse che a tale scopo vengono indirizzate da parte dello Stato.

Nel periodo preso in considerazione dal rapporto emerge che nel 1996 e nel 1997 i mezzi statali hanno superato i mezzi regionali. Il maggiore o minore impegno di mezzi statali deve essere anche ricondotto alle tipologie di intervento attuate. In tali anni si sono infatti concentrati maggiori trasferimenti di mezzi statali per la costruzione e l'adeguamento delle strutture per RSA (Residenze Sanitarie Assistite) quindi prettamente spese in conto capitale.

Dal rapporto emerge come la spesa maggiore sia concentrata sul Fondo socioassistenziale (L.R. 2/85) il cui funzionamento si fonda sulla destinazione di risorse ai Comuni per la realizzazione di progetti locali nei diversi ambiti delle politiche sociali.

Problematico è stato, ed è tuttora, inquadrare correttamente nell'ambito delle risorse del Fondo sanitario regionale quelle riconducibili ad interventi sanitari a rilevanza socio-assistenziale quale attività integrate finalizzate alla tutela della salute.

Quanto detto prima circa la ridotta componente, rispetto il bilancio regionale, della spesa assistenziale, deve essere parzialmente riconsiderata alla luce delle risorse che il "settore sanità" reindirizza nell'ambito del "settore assistenza". A tal proposito, il Rapporto sulle politiche sociali segnala come nel 1998, su 401 miliardi di spese correnti nell'ambito del "Fondo Sanitario Nazionale", ben 239 debbano essere ricondotti ad iniziative assistenziali a rilevanza sanitaria (strutture residenziali, assegni di cura e assistenza domiciliare). Rimane comunque il fatto di un settore articolato su numerosi piani di intervento.

Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2002, le risorse coinvolte

Il Pdl in esame si propone di creare un sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Le direttrici che vengono intraprese coinvolgono diversi campi, si va infatti a riorganizzare un settore che al momento viene regolamentato a livello regionale da numerose Leggi. Con l'occasione vengono quindi abrogate diverse disposizioni stratificatesi nel tempo (a tal proposito si rimanda agli artt. 49-56 del PdL stesso riprodotto in appendice), inquadrando il settore secondo le direttrici delineate.

Il PdL si propone di introdurre una legge organica di principi in materia di assistenza socio-sanitaria definendo i confini dei poteri-doveri ripartiti fra i diversi enti e soggetti che erogano i servizi.

Come detto, la materia conosce già una regolamentazione fatta di diverse Leggi regionali. In questo capitolo ci si ripropone di fare una ricognizione dello stato dell'arte sulla base degli interventi che già la Regione Emilia-Romagna prevede nell'ambito della sua normativa, utilizzando tali dati alla luce del nuovo quadro che andrebbe a formarsi con l'attuazione del PdL in esame.

Il PdL si qualifica per alcuni "interventi" qualificanti che danno un'impronta ben definita allo stesso, in particolare la previsione di:

- un **assegno di cura** teso a favorire l'assistenza degli anziani e dei disabili "in famiglia" (capo III);
- uno "**sportello unico**" che faciliti l'accesso dei cittadini ai servizi sociali e sanitari, quindi un intervento trasversale per Comuni e Aziende sanitarie;
- un potenziamento delle risorse destinate alla prevenzione di fenomeni di marginalità anche attraverso la collaborazione fra Comuni e soggetti privati.

La legislazione regionale (LR 5/94) già prevede un assegno di cura a favore delle famiglie naturali e non, che siano disposte a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto ed a svolgere le attività socioassistenziali domiciliari non garantite dal servizio pubblico ma garantite direttamente dalla famiglia stessa.

Nel PdL in esame viene rafforzata la politica di assistenza nell'ambito del nucleo familiare (naturale o meno) allargando la platea dei destinatari finora previsto per gli anziani non autosufficienti includendo i disabili, i minori in affidamento familiare e, più in generale, le persone in condizione di non autosufficienza.

Si prevede inoltre che l'assegno di cura possa essere erogato, oltre che ai familiari conviventi, anche nel caso di congiunti non conviventi o altre persone legate da vincoli di parentela ma con relazioni significative con la persona da assistere.

Il PdL è quindi destinato a porre i presupposti per un ampliamento della sfera dei destinatari, quindi all'impegno finanziario a carico della Regione Emilia-Romagna.

Si parla di "presupposti" poiché la quantificazione dell'assegno e le modalità di erogazione sono demandate a provvedimenti successivi di applicazione da parte della Giunta.

Lo stato dell'arte

Come detto, si tratta di aree di intervento che sono già regolamentate dalla legislazione regionale e possono essere ricondotte ad un ambito ben determinato del Bilancio regionale che metteremo sotto il focus dell'indagine:

- **l'area di intervento 5 "Tutela della salute e solidarietà sociale"**
 - ✓ **funzione obiettivo 2 "Interventi di solidarietà sociale"**.

Non va comunque dimenticato che nell'ambito della "Tutela della salute e solidarietà sociale" la funzione obiettivo 2 copre solo una parte degli interventi previsti, vero è che la **funzione obiettivo 1 "Politiche sanitarie"**, pur separata, è destinata ad avere punti di interscambio con la nostra area di indagine.

Per questo motivo si è provveduto a riportare di seguito una tabella con alcuni dati particolarmente significativi estrapolati dal Bilancio regionale e facenti riferimento alle "Politiche sanitarie".

Si è quindi provveduto alla ricostruzione del quadro degli stanziamenti previsti nell'ambito del Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'anno finanziario 2002.

Questa indagine non può non tener conto della riforma dell'ordinamento contabile della Regione Emilia-Romagna, quindi dell'articolazione del Bilancio secondo UPB riconducibili ad una Direzione Generale ben determinata (nel nostro caso "Sanità e sociale"), andando quindi a creare dei macroaggregati dei già familiari Capitoli di spesa.

In funzione della lettura dei dati di seguito esposti si propone un **breve glossario dei termini usati**:

*Le previsioni di bilancio sono articolate nelle **U.P.B.** (Unità Previsionali di Base), definite sulla base di aree omogenee di attività e quindi il livello più idoneo di aggregazione sul quale esercitare il controllo politico (voto del Consiglio regionale).*

*Le unità previsionali di base vengono poi ripartite in **capitoli** individuati per contenuto economico e funzionale (per le spese).*

*I capitoli così aggregati sono l'unità elementare per la gestione e la rendicontazione, strumento mediante il quale la Giunta dovrà individuare i **centri di responsabilità amministrativa** da assegnare ai dirigenti che, in anticipo, sapranno quali obiettivi sono chiamati a raggiungere, di quali risorse dispongono, come verrà valutato il processo di esecuzione che sono chiamati a realizzare.*

*Nella lettura delle successive tabelle si ricorda che gli **stanziamenti** previsti non necessariamente verranno **impegnati** (trovando quindi la concreta destinazione) e successivamente pagati (verificandosi dunque **l'effettiva uscita di cassa**); si tenga inoltre conto che le uscite di cassa possono anche essere legate a somme stanziare in esercizi precedenti non ancora effettivamente erogate.*

*Per quanto riguarda la tipologia degli interventi si sottolinea la differenza fra quelli che fanno ricorso a **mezzi propri** (quindi provenienti dalla Regione, spesso gestibili con maggior libertà di manovra politica) da quelli derivanti da **mezzi statali** (quindi maggiormente vincolati alle decisioni assunte a livello statale). Per quanto riguarda i **limiti di impegno** si tratta di importi che derivano da Leggi operanti che vanno esaurendosi prevedendo determinati stanziamenti per fare fronte agli impegni assunti (si pensi ad un contributo sulle annualità per l'ammortamento di mutui contratti nel passato per il finanziamento di nuovi asili nido, ogni anno si dovranno prevedere le risorse necessarie per coprire le rate dei mutui che giungono a scadenza, però si tratta di contributi nei fatti già attribuiti e non distoglibili).*

In ogni caso, nella elaborazione delle tabelle, pur facendo riferimento alle UPB si è provveduto ad una ricerca che andasse a leggere dentro le stesse quali capitoli di spesa venissero inclusi, cercando quindi di capire quali fossero gli interventi specificatamente riconducibili. Infatti, se è vero che il controllo politico viene esercitato mediante il voto del Consiglio a livello di UPB, l'unità elementare di

Bilancio rimane il Capitolo di spesa, quindi uno strumento più che necessario per approfondire l'indirizzo della spesa.

Come anticipato, si ritiene utile dare conto di alcuni dati circa le risorse stanziare nell'ambito del Bilancio di Previsione 2002 per le Politiche sanitarie:

Tab. 1

Estratto degli stanziamenti in Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'anno finanziario 2002 per l'Area di intervento 5 - Valori in EURO

Stanziamento 2002**Area di intervento 5 (Tutela salute e solidarietà sociale)****Funzione Obiettivo 1 - Politiche sanitarie (CAP 51704 e ss.)****SPESE CORRENTI OPERATIVE**

A) UPB 18100 - Fondo sanitario (Assegnazioni alle AUSL) - Risorse vincolate del Fondo San. Regionale	€ 5.412.468.500,00
B) UPB 18110 - Fondo sanitario (Assegnazioni alle AUSL) - Mezzi Statali	€ 3.908.393,12
C) UPB 18120 - Spesa sanit. gestita direttamente dalla Regione in relazione al perseguimento degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e Regionale (Promo. e supporto AUSL) - Mezzi regionali, Risorse vincolate	€ 12.911.500,00
D) UPB 18130 - Fondo Sanitario per iniziative di interesse centrale del Piano sanitario nazionale e programmi di interesse interregionale - Risorse statali	€ 688.849,61
E) UPB 18140; 18141 - Finanziamento Disavanzi AUSL - Risorse statali	€ 25.822.844,95
F) UPB 18160 - Accertamento, prevenzione e cura delle tossicodipendenze (AUSL) - Risorse statali	€ 356.355,26
G) UPB 18170 - Assistenza sanitaria a i cittadini stranieri (cittadini Jugoslavi e AUSL) - Risorse statali	€ 206.066,30
H) UPB 18220 - Prevenzione e cura dell'AIDS - Risorse statali	€ 5.745.273,32
I) UPB 18200 - Formazione personale sanitario - Risorse statali	€ 6.758.528,97
L) UPB 18340; - Programmi speciali sperimentali per la qualificazione di Centri diurni, RSA e azioni di sostegno ai familiari - Risorse statali	€ 614.583,71

... omissis ...

SPESE DI INVESTIMENTO IN CAPITALE

... omissis ...

M) UPB 19040 - Case alloggio e infrastrutture lotta all'AIDS - Risorse statali	€ 817.061,65
N) UPB 19900 - Contributi su annualità per contributo c/ interessi su finanziamento opere edilizia ospedaliera - Mezzi propri Limite di impegno su legge abrogata	€ 907.440,13

Valori riepilogativi di settore:

Totale spese correnti operative	€ 5.489.038.364,69
Totale spese di investimento in capitale	€ 165.678.179,82
Limiti di impegno	€ 907.440,13
Totale spese Funzione obiettivo 1 - Politiche sanitarie	€ 5.655.623.984,64

I) Risorse di spesa corrente specificatamente riconducibili ad UPB indirizzate ad interventi di solidarietà sociale (F+G+H+L) (tutte risorse statali)	€ 6.818.987,21
II) Risorse di spesa conto capitale specificatamente riconducibili ad UPB indirizzate ad interventi di solidarietà sociale (M) (tutte risorse statali)	€ 817.061,65
III) Risorse di spesa specificatamente riconducibili ad UPB indirizzate ad interventi di solidarietà sociale (F+G+H+L+M) (tutte risorse statali)	€ 7.636.048,86
Così Articolate:	
IV) Risorse di spesa corrente indirizzate per interventi a favore tossicodipendenti (F)	€ 356.355,26
V) Risorse di spesa conto capitale indirizzate per interventi a favore tossicodipendenti (M)	€ 817.061,65
VI) Risorse di spesa indirizzate per interventi a favore tossicodipendenti (F+M)	€ 1.173.416,91
VII) Risorse di spesa corrente indirizzate a favore di cittadini stranieri disagiati (G)	€ 206.066,30
VIII) Risorse di spesa corrente indirizzate per la prevenzione e cura dell'AIDS (H)	€ 5.745.273,32
VIII) Risorse di spesa indirizzate per gli anziani (L)	€ 614.583,71

Come anticipato si tratta di una informativa che deve essere letta in ragione di interventi propri della Politica Sanitaria suscettibili di rilievo socio-assistenziale.

Si pensi infatti che uno spostamento dell'intervento assistenziale delle persone disabili nell'ambito del nucleo familiare potrebbe che favorire uno sgravio sulle strutture sanitarie propriamente dette, sarebbe quindi miope non tener conto della stretta connessione esistente fra la spesa sanitaria e la spesa per le politiche sociali.

Per comprendere quali e quante risorse dell'ambito della Funzione obiettivo 1 possano essere riconducibili nell'ambito delle Politiche sociali si dovrebbe andare a monitorare l'effettiva ripartizione ed utilizzo delle risorse riconducibili ai capitoli di spesa in oggetto. A tal proposito è di basilare importanza la Delibera di Giunta che provvede al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, ossia che va ad imprimere la destinazione delle risorse per il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale.

Posto che per il 2002 tale delibera non è al momento disponibile, può comunque risultare utile fare riferimento alla **delibera di Giunta n. 883 del 29/5/2001, Oggetto: "FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2001"** nel quale vengono assegnati 33 miliardi di lire (€ 17.043.077,67) alle Aziende USL per gli oneri riferiti all'erogazione dell'assegno di cura agli anziani, ripartiti sulla base della popolazione ultra 75-enne presente in ciascuna Azienda; 85 miliardi di lire (€ 43.898.836,42) per l'assistenza a pazienti dimessi da ospedali psichiatrici. A tal proposito, si propone la Tavola seguente (**Tavola 1**) che costituisce parte integrante e sostanziale del provvedimento prima

richiamato (Delibera Giunta n. 883 del 29/5/2001), in particolare i riquadri evidenziati:

TAVOLA 1 - Allegato della Delibera Giunta n. 883 del 29/5/2001 "FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2001"

FINANZIAMENTO 2001		
	ANNO 2000	ANNO 2001
RISORSE A DISPOSIZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	8.700.270.000.000	9.014.047.000.000
<i>Finanziamenti funzioni e progetti</i>	160.045.517.400	173.200.000.000
Emergenza 118	25.145.517.400	31.000.000.000
Sangue ed emoderivati	11.000.000.000	11.000.000.000
Trapianti	5.000.000.000	6.500.000.000
Tossicologia	900.000.000	700.000.000
Diplomi universitari	9.000.000.000	12.000.000.000
Assistenza a pazienti dimessi da OO.PP.	85.000.000.000	85.000.000.000
Assistenza termale	24.000.000.000	27.000.000.000
<i>Finanziamento strutture, funzioni e attività a valenza regionale</i>	11.400.000.000	11.200.000.000
Agenzia sanitaria regionale-Centro di Documentazione Sanitaria CEVEAS	5.500.000.000	5.200.000.000
Altro (elaborazione dati, materiale di consumo, ecc.)	1.200.000.000	800.000.000
<i>Altri Finanziamenti</i>	167.106.632.595	189.500.000.000
Contributo alle aziende ospedaliero-universitarie (comprensivo dei progetti d'eccellenza)	40.000.000.000	50.000.000.000
Assegno di cura anziani	33.000.000.000	33.000.000.000
ARPA (comprensivo delle spese di sviluppo progetti)	80.000.000.000	80.000.000.000
Obiettivi, attivazione funzioni, progetti per l'innovazione del 3° PSR	14.106.632.595	26.500.000.000
<i>Accantonamenti</i>	197.402.367.405	35.000.000.000
Adeguamento finanziamenti al 30 giugno	27.093.367.405	35.000.000.000
Fondo di riserva	100.000.000.000	
Accantonamenti	70.309.000.000	
<i>Totale finanziamenti specifici ed accantonamenti</i>	535.954.517.400	408.900.000.000
Esclusività	239.961.000.000	160.000.000.000
Ulteriori risorse da riparto nazionale		28.047.000.000
<i>Totale delle risorse da assegnare alle aziende UsI a finanziamento dei livelli di assistenza</i>	7.924.354.482.600	8.417.100.000.000

Ad integrazione dei dati di cui sopra si propone inoltre un estratto di un'altra TAVOLA allegata alla Delibera di Giunta di cui sopra, nella quale si esplicita la

ripartizione per provincia delle risorse destinate al finanziamento "Assegno di cura anziani":

TAVOLA 2 - Estratto da allegato della Delibera Giunta n. 883 del 29/5/2001 "FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2001"

Aziende	Finanziamento "Assegno di cura anziani"
PIACENZA	2.412.405.569
PARMA	3.557.129.881
REGGIO EMILIA	3.543.029.315
MODENA	4.688.075.926
BOLOGNA SUD	1.729.454.680
IMOLA	872.945.956
BOLOGNA NORD	1.448.087.939
BOLOGNA CITTA'	3.909.805.205
FERRARA	3.041.774.303
RAVENNA	3.124.524.487
FORLI'	1.533.980.535
CESENA	1.280.250.905
RIMINI	1.858.535.299
Totale aziende USL	33.000.000.000

Nella Tavola 2, inoltre, sono stati evidenziati i finanziamenti destinati all'**assistenza dei pazienti dimessi da ospedali psichiatrici (OO.PP.)**, a conferma dell'interdipendenza e complementarità esistente fra la funzione obiettivo 1 e la funzione obiettivo 2. Tanto nel 2000 quanto nel 2001 i finanziamenti previsti per l'Assistenza a pazienti dimessi da ospedali Psichiatrici ammontavano ad 85 miliardi di lire (€ 43.898.836,42).

Nell'ambito della spesa per le Politiche sanitarie (Funzione obiettivo 1) si sono poi estrapolate alcune UPB più strettamente riconducibili nell'ambito delle politiche sociali, così come evidenziato nelle aggregazioni proposte in calce alla tabella 1.

In particolare si tratta di risorse destinate a favore di interventi per la prevenzione e l'azione di recupero della tossicodipendenza; per cittadini stranieri disagiati e per gli anziani.

Nell'aggregato VIII) (Tabella 1) si sono riportati gli stanziamenti per la prevenzione e la cura dell'AIDS nell'ambito della UPB 18220, tenuto conto delle particolari caratteristiche di questa tipologia di malattia.

Come si può dedurre dalla Tabella 1, **la maggior parte delle risorse delle politiche sanitarie transita attraverso il Fondo sanitario e le relative assegnazioni alle Aziende sanitarie**. Per avere un reale quadro delle interdipendenze fra politiche

sanitarie e politiche sociali in termini economico-finanziario, si deve quindi porre il focus sulla destinazione ultima di tali Fondi, una tipologia di ricerca che in questa sede è stata in prima approssimazione condotta tramite l'analisi della Delibera Giunta n. 883 del 29/5/2001 "FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2001" per quanto riguarda gli Assegni di cura e l'assistenza a pazienti dimessi da ospedali psichiatrici.

La precisazione di cui sopra è essenziale per una corretta lettura della tabella che segue e che riporta gli stanziamenti del Bilancio di Previsione della Regione Emilia-Romagna per l'anno finanziario 2002 nell'ambito dell'**area di intervento 5** "Tutela della salute e solidarietà sociale" per la **funzione obiettivo 2** "Interventi di solidarietà sociale". Si entra quindi nel cuore del Bilancio regionale dedicato alle Politiche sociali.

Tab. 2

Stanziamenti come da Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'anno finanziario 2002 - Valori in EURO

Stanziamento 2002

Area di intervento 5 (Tutela salute e solidarietà sociale)

Funzione Obiettivo 2 - Interventi di solidarietà sociale (CAP 57100 e ss.)

SPESE CORRENTI OPERATIVE

A) UPB 20100 - Fondo socio assistenziale regionale (livello regionale) - Mezzi propri; LR 2/85 - (CAP 57100/115)	€ 653.291,38
B) UPB 20100 - Fondo socio assistenziale regionale (Assegnazioni a comuni province ecc.) - Mezzi propri; LR 2/85 - (CAP 57120/150)	€ 10.763.310,39
C) UPB 20101 - Fondo socio assistenziale, Fondo nazionale per le politiche sociali (livello regionale) - Risorse statali; L 328/00 e LR 2/85 - (CAP 57103/105)	€ 2.763.044,41
D) UPB 20101 - Fondo socio assistenziale, Fondo nazionale per le politiche sociali (Assegnazioni a comuni province ecc.) - Risorse statali; L 328/00 e LR 2/85 - (CAP 57107/109)	€ 21.422.632,18
E) UPB 20110 - Interventi a sostegno delle famiglie (attivazione centri per le famiglie) - Mezzi propri; LR 27/89 - (CAP 57233)	€ 335.696,98
F) UPB 20111 - Interventi a sostegno delle famiglie (attivazione centri per le famiglie e informafamiglie) - Risorse statali; L 328/00 e LR 27/89 - (CAP 57237/239)	€ 867.868,44
G) UPB 20140 - Interventi a sostegno delle famiglie con persone non autosufficienti (contributi a famiglie con anziani non autosufficienti) - Risorse statali; L 328/00 - (CAP 57242)	€ 131.163,66
H) UPB 20160 - Interventi per adeguamento degli strumenti di guida a favore di cittadini disabili - Mezzi propri; LR 29/97 - (CAP 61104)	€ 77.468,53

I) UPB 20180 - Interventi a favore di cittadini portatori di handicap e disabili, motori e cecità (assegnazioni AUSL, contributi per adattamento veicoli privati, avvio servizi di sostegno personale e familiare, contributi ad ONLUS ecc.) - Risorse statali; L 104/92; L 162/98; LR 29/97; L 284/97; - (CAP 61100/110/112/114/116/118/120/201/203/205)	€ 3.411.557,47
L) UPB 20200 - Rimborso spese per centralini telefonici per i non vedenti - Mezzi propri; L 113/85 - (CAP 61210)	€ 67.139,40
M) UPB 20210 - Prevenzione e cura tossicodipendenze (progetti prevenzione e trattamento della dipendenza da droghe e alcool) - Risorse statali; DPR 309/90; - (CAP 63100/105/110/115/117)	€ 7.534.303,51
N) UPB 20260 - Progetti speciali di assistenza sociale (Contributi per l'attuazione di interventi urgenti per le situazioni di povertà estrema) - Risorse statali; L 328/00; - (CAP 57245/68262)	€ 2.575.965,90
O) UPB 20261 - Progetti speciali di assistenza sociale - Mezzi UE; - (CAP 68253/255/258)	€ 20.655,69
P) UPB 20120 - Valorizzazione del volontariato e dell'associazionismo sociale (iniziative di formazione, contributi ad associazioni e per progetti specifici, trasferimenti alle Province) - Mezzi propri; LR 7/94; LR 37/96; LR 10/95 - (CAP 57126/701/705/707)	€ 716.456,90
Q) UPB 20230 - Progetti per la valorizzazione del servizio civile - Mezzi propri; LR 39/99 - (CAP 68202)	€ 284.051,29
R) UPB 20220 - Contributi per case di riposo (interventi mirati) - Mezzi propri - (CAP 68125/130)	€ 25.822,85
S) UPB 20240 - Interventi a favore di popolazioni colpite da calamità, conflitti e denutrizione - Mezzi propri; LR 5/96 - (CAP 68232/234)	€ 1.549.370,70
T) UPB 20280 - Iniziative a favore dell'emigrazione e dell'immigrazione (iniziative di informazione, contributi ad associazioni, ecc.) - Mezzi propri; LR 14/90 - (CAP 68300/305/310/315)	€ 679.143,00
U) UPB 20281 - Iniziative a favore dell'emigrazione e dell'immigrazione (Contributi ai Comuni per le attività di assistenza e accoglienza a favore degli immigrati) - Risorse statali; LR 14/90 D.Lgs 286/98 - (CAP 68317)	€ 2.404.025,35
V) UPB 20300 - Sostegno alle adozioni internazionali - Risorse statali; L 476/98 - (CAP 58350)	€ 117.287,98

SPESE DI INVESTIMENTO IN CAPITALE

Z) UPB 21000 - Potenziamento strutture socio assistenziali (Fondo socio assistenziali regionale, contributi a comuni, istituzioni pubbliche e private per l'adeguamento delle strutture socio assistenziali) - Mezzi propri; LR 2/85 - (CAP 57200)	€ 10.556.430,59
X) UPB 21000 - Potenziamento strutture socio assistenziali (Contributi AUSL per RSA) - Mezzi propri; LR 15/90; 5/94 - (CAP 57210)	€ 0,00
Y) UPB 21001 - Potenziamento strutture socio assistenziali (Fondo socio assistenziali regionale, contributi a comuni, istituzioni pubbliche e private per l'adeguamento delle strutture socio assistenziali) - Risorse statali; LR 2/85 e L 328/00 - (CAP 57201)	€ 4.214.581,99
K) UPB 21080 - Realizzazione strutture per anziani e disabili (Interventi ristrutturazione RSA e Centri diurni; Interventi ex accordo di programma D.Lgs 229/99) - Mezzi propri; L 67/88; - (CAP 65152/317/712)	€ 1.061.672,53

J) UPB 21081 - Realizzazione strutture per anziani e disabili (Interventi ristrutturazione RSA e Centri diurni; Interventi ex accordo di programma D.Lgs 229/99) - Risorse statali; L 67/88; - (CAP 65150/315/580/640/710)	€ 18.633.764,91
W) UPB 21020 - Valorizzazione dell'associazionismo sociale (Interventi a favore cooperative sociali) - Mezzi propri; LR 7/94; LR 6/97; - (CAP 57695/697/699/703)	€ 2.382.520,22
&) UPB 21060 - Realizzazione strutture di accoglienza a favore di di Comuni per nomadi e immigrati - Mezzi propri; LR 47/88; LR 34/93; LR 14/90 - (CAP 57680/68321)	€ 11.232.054,41
£) UPB 21061 - Realizzazione strutture di accoglienza a favore di Comuni per immigrati - Risorse statali; D.Lgs 286/98; L 30/97; LR 14/90 - (CAP 68319/350)	€ 362.045,59
\$) UPB 21900 - Contributi su annualità nel settore della solidarietà sociale per ammortamento mutui per il finanziamento di nuovi asili nido - Mezzi propri Limite di impegno su legge abrogata - (CAP 58500)	€ 481.324,43

Valori riepilogativi di settore:

Totale spese correnti operative	€ 56.400.256,01
Totale spese di investimento in capitale	€ 48.924.394,67
Totale spese Funzione obiettivo 2 - Interventi di solidarietà sociale	€ 105.324.650,68

Così articolate per aggregazioni rilevanti:

Per fonte delle risorse:

I) Risorse Politiche sociali derivanti da mezzi propri in spese correnti (A+B+E+H+L+P+Q+R+S+T)	€ 15.151.751,42
<i>Valore percentuale rispetto spese correnti</i>	<i>27%</i>
II) Risorse Politiche sociali derivanti da mezzi propri in spese conto capitale (Z+X+K+W+&+\$)	€ 25.714.002,18
<i>Valore percentuale rispetto spese in conto capitale</i>	<i>53%</i>
III) Risorse Politiche sociali derivanti da mezzi propri in spese correnti e conto capitale (I+II)	€ 40.865.753,87
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese</i>	<i>39%</i>
IV) Risorse Politiche sociali derivanti da risorse statali in spese correnti (C+D+F+G+I+M+N+U+V)	€ 41.227.848,90
V) Risorse Politiche sociali derivanti da risorse statali in spese in conto capitale (Y+J+£)	€ 23.210.392,49
VI) Risorse Politiche sociali derivanti da risorse statali in spese correnti e in conto capitale (IV+V)	€ 64.438.241,39
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese</i>	<i>61%</i>
VII) Risorse Politiche sociali derivanti da mezzi UE in spese correnti (O)	€ 20.655,69
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese</i>	<i>0,02%</i>
Per riferimento normativo:	
VIII) Risorse per le politiche sociali impiegate facendo riferimento nei capitoli di spesa anche alla LR 2/85 Spese correnti (A+B+C+D)	€ 35.602.278,36
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese correnti</i>	<i>63%</i>

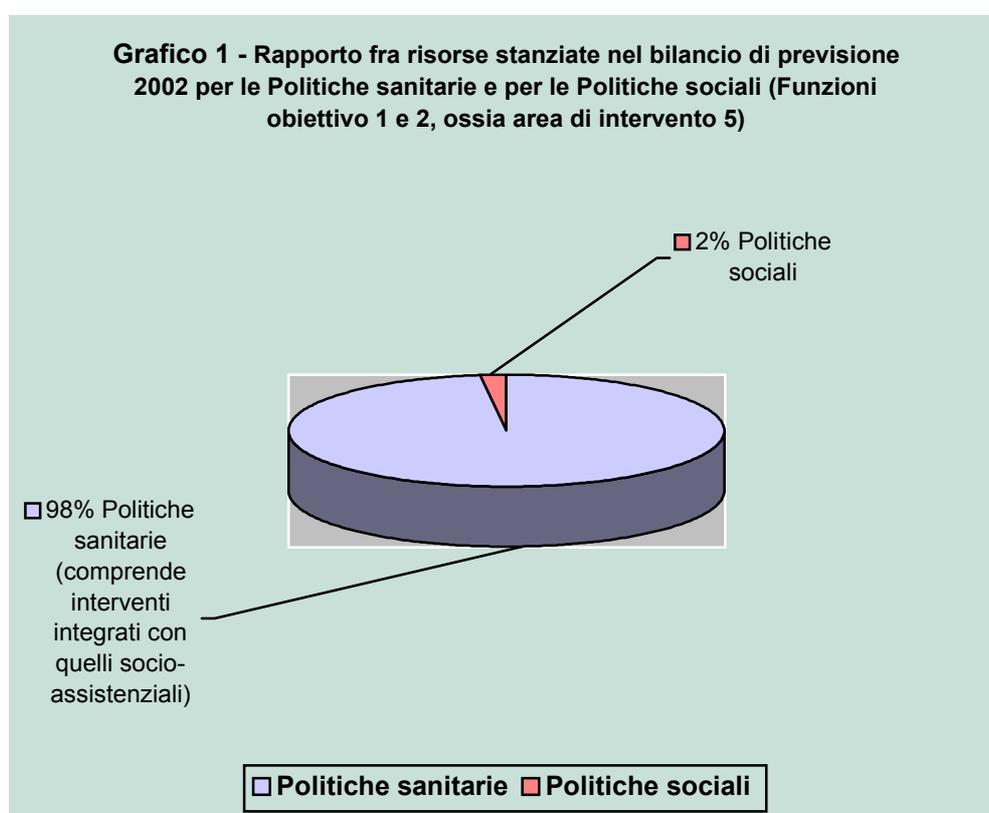
IX) Risorse per le politiche sociali impiegate facendo riferimento nei capitoli di spesa anche alla LR 2/85 Spesa in conto capitale (Z+Y)	€ 14.771.012,58
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese conto capitale</i>	<i>30%</i>
X) Risorse per le politiche sociali impiegate facendo riferimento nei capitoli di spesa anche alla LR 2/85 complessive (VIII+IX)	€ 50.373.291,57
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese</i>	<i>48%</i>
XI) Risorse per le politiche sociali che nei capitoli di spesa fanno riferimento anche alla L 328/2000 Spese correnti (C+D+F+G+N)	€ 27.760.674,59
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese correnti</i>	<i>49%</i>
XII) Risorse per le politiche sociali che nei capitoli di spesa fanno riferimento anche alla L 328/2000 Spese in conto capitale (Y)	€ 4.214.581,99
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese in conto capitale</i>	<i>9%</i>
XIII) Risorse per le politiche sociali che nei capitoli di spesa fanno riferimento alla anche L 328/2000 complessive (X+XI)	€ 31.975.257,07
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese</i>	<i>30%</i>

Ripartizione fra le diverse tipologie di interventi (Grafico 2):

1) Fondo socio assistenziale regionale e nazionale generico - spese correnti e conto capitale (A+B+C+D+Z+X+Y)	€ 50.373.290,94
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese</i>	<i>48%</i>
2) Risorse individuate da UPB specifiche a sostegno delle famiglie, (si tenga conto che vi sono altri interventi attuati mediante le risorse transitanti attraverso il Fondo socio assistenziale regionale e nazionale, vedi punto precedente) - spese correnti e conto capitale (E+F+G)	€ 1.334.729,08
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese</i>	<i>1%</i>
3) Risorse a sostegno non vedenti e portatori di handicap (H+I+L)	€ 3.556.165,40
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese</i>	<i>3%</i>
4) Risorse prevenzione e recupero tossicodipendenza (M)	€ 7.534.303,51
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese</i>	<i>7%</i>
5) Risorse destinate a favore III Settore (volontariato, ONLUS ecc.) e servizio civile (P+Q+W)	€ 3.383.028,41
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese</i>	<i>3%</i>
6) Interventi a favore immigrati ed emigranti (T+U+&+£)	€ 14.677.268,35
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese</i>	<i>14%</i>
7) Interventi edilizi per strutture di accoglienza, Centri diurni, RSA (R+K+J)	€ 19.721.260,29
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese</i>	<i>19%</i>
8) Interventi per situazioni di estrema povertà e disagio (N+O+S)	€ 4.145.992,29
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese</i>	<i>4%</i>
9) Altri interventi (V+\$)	€ 598.612,41
<i>Valore percentuale rispetto totale delle spese</i>	<i>1%</i>
Sommatoria ripartizione percentuale interventi	100%

Riprendendo il filo interrotto, si propone un primo confronto in termini assoluti circa il peso relativo della funzione obiettivo 2 (Solidarietà sociale) rispetto la funzione obiettivo 1 (Politiche sanitarie), dalla cui sommatoria risulta l'area di intervento 5 (Tutela salute e solidarietà sociale); senza però dimenticare le considerazioni fatte circa l'interdipendenza fra le due Funzioni obiettivo: vedi Tavola 1 e Tavola 2 sopra esposte per gli Assegni di cura nonché per l'assistenza dei pazienti dimessi da ospedali psichiatrici.

Tale confronto è evidenziato dal seguente grafico (**Grafico n 1**):



Stante il rapporto tra le risorse destinate alle Politiche sociali rispetto quelle per le Politiche sanitarie, eventuali interventi rientranti nell'ambito del Fondo sanitario ma destinati ad attività a rilevanza socio-assistenziale, spostano in modo rilevante l'impegno (in termini percentuali se non assoluti) della Regione Emilia-Romagna nelle Politiche sociali in senso lato.

Ragionando sempre in termini assoluti occorre inoltre tener conto degli importi stanziati nel Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2002 nell'ambito dei Fondi Speciali per provvedimenti in corso di approvazione; nella Tabella 3 che segue si propongono gli interventi significativi in tal senso:

Tab. 3

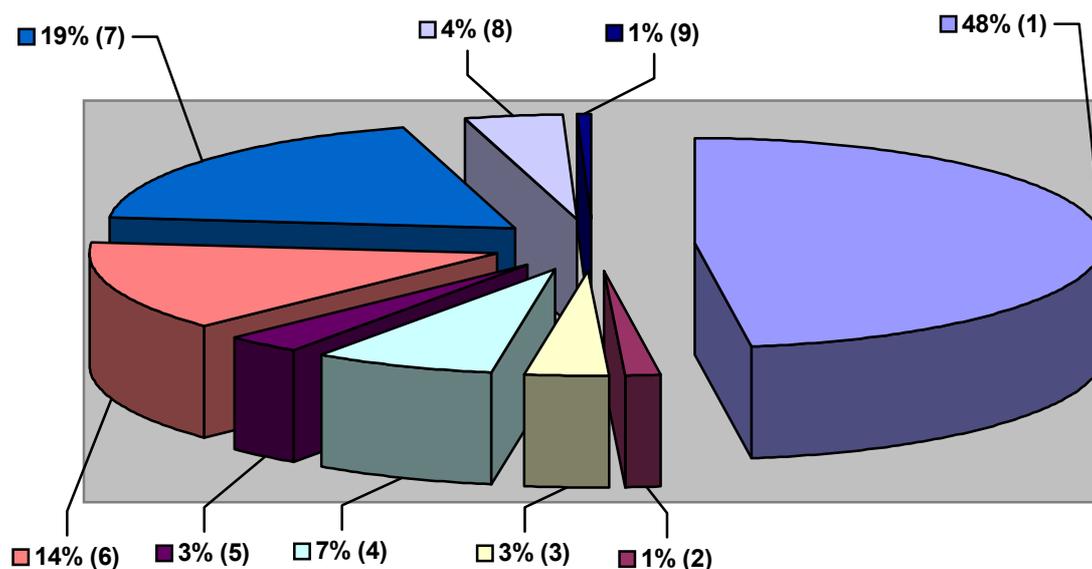
Stanziamenti come da Bilancio di previsione triennale della Regione Emilia-Romagna per l'anno finanziario 2002-2004 FONDI SPECIALI - Valori in EURO

	Anno 2002
Area di intervento 5 (Tutela salute e solidarietà sociale)	
Funzione Obiettivo 2 - Interventi di solidarietà sociale	
Spese correnti:	
A) Interventi a favore delle famiglie - LR 27/89	€ 258.228,45
B) Volontariato - modifiche LR 26/93 (legge abrogata dalla già citata LR 37/96 in materia di volontariato)	€ 206.582,76
Spese conto capitale:	
B) Fondo sociale per la riforma organica dell'assistenza - Nuova legge sul welfare	€ 2.171.701,26
C) Accantonamento art. 20 L 67/88 - Area RSA	€ 4.438.430,58
Totale	€ 7.074.943,05

Fatto questo panorama delle risorse in campo può essere utile rappresentare graficamente la **ripartizione delle risorse** evidenziate nella **Tabella 2**.

A tal proposito di seguito si elaborano tali dati nell'ambito del **Grafico 2**, dove si evidenzia l'importanza del Fondo socio assistenziale regionale e nazionale (48% delle risorse complessive stanziare nell'ambito della funzione obiettivo 2) destinato a sua volta a trovare concreta applicazione mediante la sua ripartizione agli Enti locali e sbocco operativo in capo a AUSL, Famiglie e III Settore). Se ne deduce quindi che un momento essenziale di controllo e di scelta politica circa la distribuzione e la concreta attuazione delle Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna si ha nel momento in cui si delibera il Programma degli interventi individuando i criteri di ripartizione del fondo regionale socio-assistenziale e del fondo nazionale per le politiche sociali. È in questa sede che si articolano gli obiettivi e si distribuiscono le risorse nell'ambito dei diversi programmi (anziani e disabili, immigrazione ecc.).

Grafico 2 - Ripartizione risorse funzione obiettivo 2



- 1) Fondo socio assistenziale regionale e nazionale (La maggior parte degli interventi transita attraverso Comuni, AUSL, Famiglie, III settore)
- 2) Risorse riconducibili a specifiche UPB destinate alle famiglie (non include interventi transitanti mediante la voce 1); assegni di cura ed altre risorse trasversali con Politiche Sanitarie)
- 3) Risorse a sostegno non vedenti e portatori handicap
- 4) Risorse prevenzione e recupero tossicodipendenza
- 5) Risorse destinate a favore III Settore e servizio civile
- 6) Interventi a favore immigrati ed emigranti
- 7) Interventi edilizi per strutture di accoglienza, Centri diurni, RSA
- 8) Interventi per situazioni di estrema povertà e disagio
- 9) Altri interventi

POVERTÀ IN EMILIA ROMAGNA ED INTERVENTI SOCIALI

Per inquadrare correttamente la sfera di indagine non si può trascurare un capitolo importante che impegna le politiche sociali: il fenomeno della povertà.

Premesso che non esistono dati ufficiali ISTAT disaggregati per regione in grado di inquadrare specificatamente il problema (probabilmente l'ISTAT presenterà dati regionali sulla povertà dal luglio 2003). Esistono comunque studi e indagini in materia: uno di questi, recentemente presentato, è il rapporto "Mercato del lavoro ed esclusione sociale in Emilia-Romagna" del gennaio 2002, predisposto dall'Agenzia Emilia-Romagna Lavoro della Regione Emilia-Romagna con la supervisione scientifica del prof. Gilberto Seravalli dell'Università degli Studi di Parma.

Rimandando ovviamente al rapporto stesso per un quadro interessante sulla cosiddetta "esclusione sociale", qui si ritiene opportuno fornire alcuni dati statistici quantitativi utili stante la complementarietà di tale analisi con il tema qui trattato.

Innanzitutto, si propongono alcuni dati circa la stima del "fenomeno povertà" nella Regione Emilia-Romagna.

Nel citato rapporto si fa riferimento a dati ISTAT rielaborati dall'IRPET per l'anno 1996 (ultimo anno reso disponibile dall'ISTAT per la trattazione dei dati individuali). Da tali dati emerge come le famiglie che in Emilia-Romagna risultano essere sotto la soglia di povertà siano pari al 3,3% dei nuclei familiari residenti in regione, quindi una delle quote più basse d'Italia. A tal proposito si veda la tabella che segue:

Tab. 4 Percentuale di famiglie sotto la linea di povertà, per regione, anno 1996 (Rielaborazione dati ISTAT); Fonte IRPET (2000), IRPET (2001).

Regioni	% famiglie sotto la linea di povertà - 1996
Piemonte	5,4
Valle d'Aosta	-
Lombardia	3,5
Trentino Alto Adige	4,1
Veneto	2,1
Friuli V.G.	6,4
Liguria	6,5
Emilia-Romagna	3,3
Toscana	3,0
Umbria	3,8
Marche	3,0
Lazio	8,5
Abruzzo	19,0
Molise	22,7
Campania	18,3
Puglia	23,5
Basilicata	34,5

Calabria	32,9
Sicilia	23,3
Sardegna	14,7
<hr/>	
Italia	10,4

Circa il dato di cui sopra si segnala che per "soglia di povertà" si intende la misurazione secondo la International Standard of Poverty Line (ISPL), che definisce come povera una famiglia di due persone quando questa ha un consumo inferiore o uguale al consumo medio procapite del paese. Si tratta dunque di una **misura di povertà relativa**. Si tenga presente che nel 1999 il valore della soglia è risultato pari a 1 milione 492 mila lire mensili, 62 mila in più rispetto al 1997, dato sempre dedotto dal citato rapporto "Mercato del lavoro ed esclusione sociale in Emilia-Romagna". La base informativa per questo tipo di calcoli nel nostro paese è l'indagine sui consumi delle famiglie condotta annualmente dall'ISTAT; il citato rapporto ricorda come dal 1997 tale indagine sia stata profondamente rinnovata creando una rottura nella serie storica dei dati su consumi e, quindi, sulla povertà.

Alla luce delle precedenti considerazioni deve quindi essere letto il comunicato stampa del 10 novembre 2001 dell'Assessore Flavio Delbono che evidenziava come per capire quante siano le famiglie sotto le soglie di povertà esiste solo una proiezione ISTAT. Secondo questi dati "l'incidenza di **povertà assoluta** (*ndr* quindi non povertà relativa) (nel 1997 e 1998) era, nel Nord, dell'1,6%. Se l'Emilia-Romagna è allineata a questo tasso, ciò significa che circa 25.000 famiglie si troverebbero sotto la linea di povertà...".

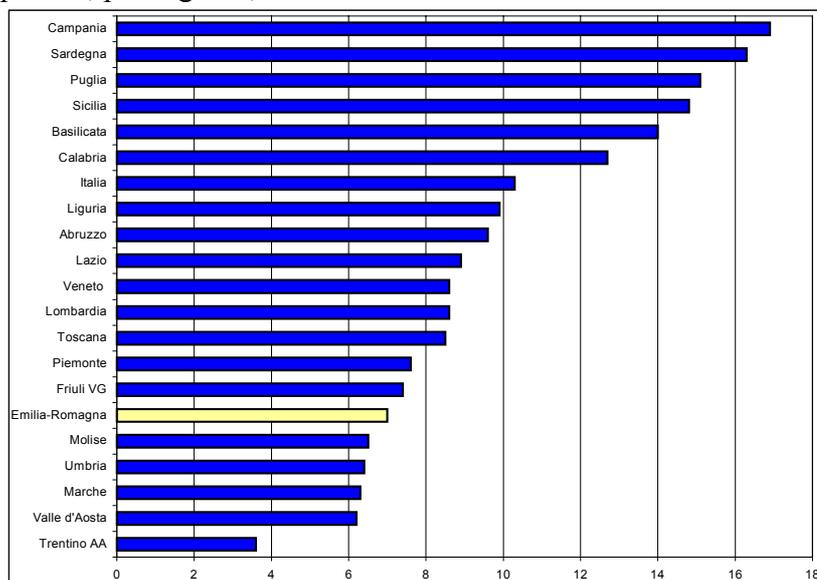
Se poi dalle stime oggettive passiamo alla percezione soggettiva, l'immagine di una regione segnata da limitata povertà (e scarsa polarizzazione sociale) assume contorni ancora più definiti.

Sempre dal citato rapporto (che a sua volta fa riferimento a dati ufficiali ISTAT) vale la pena proporre i risultati dell'indagine ISTAT condotta nel 1999 su "Aspetti della vita quotidiana" (i dati completi dell'indagine non sono ancora però stati pubblicati), in cui si è chiesto ai capifamiglia di definire la situazione economica della propria famiglia secondo una scala di cinque categorie: molto ricca, ricca, né ricca né povera, povera e molto povera.

Fra le famiglie Emiliano-Romagnole si sono definite molto povere e povere rispettivamente lo 0,3% e il 6,7%, per un totale di famiglie in area di povertà (soggettivamente definita) pari al 7%. La stessa quota è in Italia del 10,3% (rispettivamente 1% e 9,3%).

Nel complesso, quindi, in Emilia-Romagna la situazione migliore di quella italiana, a tal proposito si rimanda anche al Successivo **Grafico n 3**.

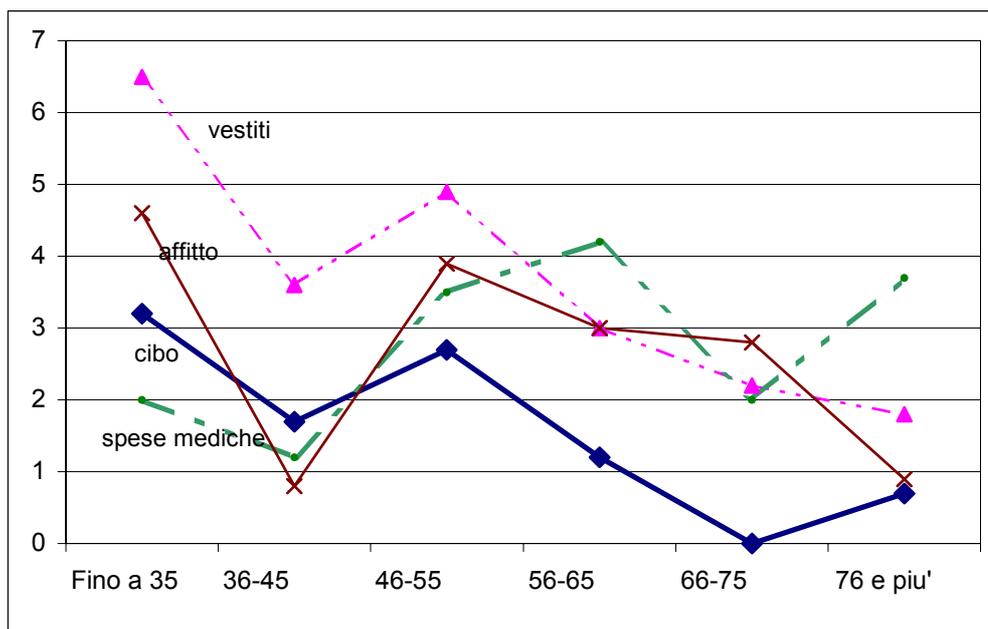
Grafico 3 - Percentuale di famiglie definite dal capofamiglia come povere o molto povere, per regione, anno 1999



Altro dato interessante deducibile dalla citata indagine ISTAT condotta nel 1999 su "Aspetti della vita quotidiana" è la natura delle difficoltà incontrate dalle famiglie Emiliano-Romagnole in funzione dell'età di riferimento del capo-famiglia. In particolare sono stati individuati alcuni bisogni primari:

- comprare il cibo necessario;
- comprare i vestiti di cui c'era bisogno;
- pagare le spese per malattie;
- pagare l'affitto dell'abitazione in cui vive la famiglia.
- Sono poi stati confrontati con l'età di riferimento del Capofamiglia, ottenendo i dati del Grafico 4 che segue:

Grafico 4 - Famiglie che nell'ultimo anno hanno avuto difficoltà economiche in Emilia-Romagna, per età del capofamiglia e tipo di difficoltà



Come era naturale e lecito attendersi, con l'elevarsi dell'età assume sempre maggior peso la spesa per far fronte alle spese mediche, percependo la stessa come sempre più rilevante nel "mettere in difficoltà" il nucleo familiare.

Il Rapporto del gennaio 2002 "Mercato del lavoro ed esclusione sociale in Emilia-Romagna" dedica un capitolo anche alla L 328/2000 precedentemente più volte citata; vale quindi la pena proporre alcuni dati dal rapporto stesso circa la tipologia di assistenza sociale erogata in particolare per quanto riguarda i programmi di sostegno al reddito. In particolare, si rimarca come la L 328/2000 sarà destinata a rafforzare le differenze degli interventi sociali da Regione a Regione, infatti non tutte le Regioni o Comuni garantiscono il medesimo standard di prestazioni e neppure garantiscono gli stessi diritti agli stessi gruppi, anche perché le garanzie sono molto condizionate dalle disponibilità dei rispettivi bilanci. La conseguenza di ciò è una forte differenziazione territoriale in termini di disponibilità di programmi e di impegno finanziario.

Di seguito si propone un quadro sintetico degli interventi a sostegno del reddito erogati dallo Stato, Vedi **Tabella n. 5**:

Tabella 5 - Importi e limiti di reddito dei principali istituti assistenziali italiani, anno 2001 (da: Mercato del lavoro ed esclusione sociale in Emilia-Romagna; Agenzia Emilia-Romagna Lavoro, gennaio 2002)

ISTITUTO	IMPORTO (migliaia di lire)	Limiti di reddito per il diritto al sussidio (migliaia di lire)
Assegno per il nucleo familiare	Da 25 a 1.727	Da 34.275 a 99.056 milioni annui di reddito familiare con maggiorazioni
Pensioni integrate al minimo	738,9 (13 mens.)	19.211 (indiv.) - 38.422 (coppia)
Assegno sociale	498 (13 mens.)	6.477 (indiv) - 12.954 (coppia)
Pensione sociale	543 (13 mens)	7.067 (indiv) - 24.353 (coppia)
Assegno familiare	19,7 (12 mens.)	Da 22.788 a 85.531 milioni annui di reddito familiare
Pensione ai superstiti	Dal 60% al 100% della pensione dell'estinto	-
Pensione di invalidità civile	411 (13 mens.)	17.150 (indiv.) - 25.726 (coppia)
Indennità di accompagnamento per gli invalidi civili totali	817 (12 mens.)	-
Indennità di accompagnamento per i ciechi civili assoluti	1.179 (12 mens.)	-
Assegno per invalidi civili parziali	411 (13 mens.)	7.067 (indiv.)
Pensione di guerra	4.500 (media annua 1994)	-

Fonte: Inps.

A questa serie di provvedimenti si affiancano quella serie interventi che per quanto riguarda l'Emilia-Romagna stiamo qui trattando e che vanno ad integrare il livello assistenziale destinato a determinate categorie disagiate individuate dalla Regione stessa. La competenza regionale circa questi interventi e la loro operatività a livello delle singole amministrazioni comunali porta quindi a prestazioni eterogenee sul territorio nazionale legate alle scelte di politica sociale di ogni Regione.

Un aspetto omogeneizzante degli interventi è derivato dal Decreto Legislativo n.130 del 2000 che ha approvato un indicatore unico, denominato **ISEE** (Indicatore della Situazione Economica Equivalente), che pone barriere di accesso omogenee collegate alla situazione economica dei richiedenti a tutte le prestazioni assistenziali, fatta eccezione per le integrazioni al minimo, le pensioni sociali e di invalidità. La determinazione della ricchezza di un nucleo familiare, avviene sommando reddito e patrimonio del nucleo nel modo risultante dai due schemi di tabella 6.

Tabella 6 - Criteri unificati di valutazione della situazione reddituale (da: Mercato del lavoro ed esclusione sociale in Emilia-Romagna; Agenzia Emilia-Romagna Lavoro, gennaio 2002)

<i>Componente reddituale:</i>	<i>Componente patrimoniale:</i>
Reddito complessivo ai fini IRPEF +	20% di:
$r \times$ attività finanziarie con r = rendimento teorico % delle att. Finanziarie -	Patrimonio mobiliare - franchigia di 30 milioni applicabile fino a concorrenza +
Deduzione fino a concorrenza, di max10 milioni per affittuari	Patrimonio immobiliare - detrazione del debito residuo per mutui per l'acquisto dell'immobile o, se abitazione, deduzione alternativa di 100 milioni
Componente reddituale + componente patrimoniale INDICATORE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA	

Partendo dal valore ottenuto con lo schema della tavola, la valutazione della situazione economica del richiedente è quindi determinata con riferimento al nucleo familiare e, per rendere comparabili i redditi di famiglie di numerosità diversa, sono state adottate opportune scale di equivalenza.

ASSEGNI DI CURA PER ANZIANI: PREVISIONI E TENDENZE PER I PROSSIMI ANNI

In questa sezione si è cercato di analizzare, mediante esercizi di simulazione, il possibile impatto dell'assegno di cura come strumento di sostegno agli anziani e alle famiglie. Tale strumento, già introdotto nella L.R. 5/94 e confermato (estendendo la platea dei possibili beneficiari) nel p.d.l., rappresenta un incentivo alle famiglie a mantenere l'anziano in casa piuttosto che ricorrere al ricovero dell'anziano stesso nei servizi sociosanitari residenziali.

Come già accennato, dopo una serie di interventi, il punto di svolta dal punto di vista normativo nell'area anziani è rappresentato dalla L.R. 5/94 "Tutela e valorizzazione persone anziane – Interventi a favore di anziani non-autosufficienti" che, come sottolineato dal Rapporto 2001, rappresenta uno dei punti di riferimento nell'impostazione delle politiche rivolte a questo tipo di utenza in Emilia-Romagna. L'istituzione dell'assegno di cura (art. 21) è pensato come una contribuzione economica per le famiglie, naturali e non (art. 13), per incentivare il mantenimento dell'anziano bisognoso all'interno del proprio ambiente. L'entità del trasferimento, oltre a dipendere da tetti reddituali e dalla possibile titolarità di assegni di accompagnamento o indennità, dipende anche dalla gravità della condizione di non-autosufficienza dell'anziano. Inizialmente vengono infatti previsti due livelli di contributo pari a L. 14.000 (7,23 euro) e L. 20.000 (10,33 euro) giornalieri per i non-autosufficienti e non-autosufficienti "gravi" rispettivamente (con la Deliberazione 1377/99 viene introdotto un terzo livello per i non-autosufficienti con disturbi comportamentali e cognitivi e/o soggetti con elevato grado di dipendenza ed elevato bisogno sanitario, la cui quota viene fissata in L. 30.000 (15,49 euro) giornalieri).

In base a dati forniti dal Servizio dei Servizi Socio-Sanitari, è interessante notare come all'interno dell'anno 2000 ci sia stata una certa "mobilità riguardante" l'attivazione e la cessazione di contratti. Infatti, a fronte di 5.244 contratti attivi al 1/1/2000, vi sono stati 4.954 nuovi contratti attivati nell'arco dell'anno e ben 3.466, denotando, quindi un "ricambio" abbastanza consistente. In base a questi dati quindi, il 31/12/2000 erano attivi 6.568 contratti (contratti attivi al 1/1 + contratti attivati nel corso dell'anno – contratti cessati durante l'anno) mentre gli anziani che hanno beneficiato di tale strumento durante l'anno (contratti attivi al 1/1 + contratti attivati

nel corso dell'anno) sono stati 9.634¹, con un incremento di oltre il 17% rispetto al dato relativo al 1999 (9.634 rispetto a 8.184)².

Ai fini di una corretta interpretazione dei risultati delle simulazioni è utile chiarire come l'assegno di cura non sia una prestazione "a domanda", ma uno degli interventi della rete attivabile dopo un'attenta valutazione delle problematiche dell'anziano bisognoso da parte dell'UVG. In altre parole, non è l'anziano (o meglio la famiglia che decide di mantenerlo in casa) che richiede l'assegno di cura, ma è piuttosto il valutatore dell'UVG che ritiene l'assegno di cura come strumento di sostegno ideale. Sulla base di queste cifre, di indagini sul numero di persone non-autosufficienti e sulla gravità della loro condizione e su proiezioni relative all'andamento della popolazione anziana in Emilia-Romagna vengono effettuati degli esercizi di simulazione per vedere, seppur con la dovuta cautela per le stime e approssimazioni introdotte, come tale manovra, ribadita nel nuovo p.d.l., andrà ad influire sulle spese regionali per le politiche sociali.

L'obiettivo primario non è sicuramente quello di fornire delle stime esatte dei fondi da destinare agli assegni di cura, quanto quello di fornire indicazioni sulla tendenza delle spese in vista soprattutto della situazione demografica che si prospetta per il futuro. I valori delle tabelle riportate qui di seguito tuttavia, rappresentano interessanti indicazioni su un fenomeno che indiscutibilmente è e potrà essere oggetto di interventi non solo a livello regionale ma anche a livello nazionale.

Come già noto, la situazione demografica italiana, ed ancor più quella emiliano-romagnola, sta evidenziando un processo di invecchiamento della popolazione senza precedenti che inevitabilmente fa aumentare i bisogni di assistenza da un lato e fa diminuire le possibilità delle famiglie di soddisfare tali bisogni al loro interno. In questa ottica è evidente come sia indispensabile trattare congiuntamente problematiche di carattere economico, demografico e sociale.

Negli esercizi di simulazione vengono proposti due possibili scenari: il primo tiene in considerazione la tendenza di crescita del numero di anziani che hanno beneficiato di assegni di cura negli ultimi anni mentre nel secondo vengono presi in esame alcuni dati relativi ad un fenomeno complementare all'erogazione dell'assegno di cura, ovvero quello dell'assistenza domiciliare. Sulla base di queste ipotesi e dell'andamento della popolazione si cerca di fornire un'idea sull'impatto di tale strumento di sostegno sui fondi erogati dalla Regione per finanziarlo.

¹ Il conteggio algebrico tuttavia, in entrambi i casi, fornisce risultati diversi. Quelli diretti risultano essere più attendibili e quindi utilizzati anche negli esercizi di simulazione.

² I due dati sono calcolati utilizzando metodi diversi per cui per un confronto diretto occorre estrema cautela.

Il punto di partenza per le simulazioni riportate in questa sezione è rappresentato dalla proiezione della popolazione, suddivisa per classi di età, per il periodo 2000-2025 (Tabella 1.20 del già citato Rapporto 2001). Partendo da questa proiezione, grazie ai dati forniti dall'Istat sulle percentuali di persone anziane affette da diverse forme di disabilità (Tabella 1.21 del Rapporto 2001), è possibile ottenere una previsione del numero di persone anziane non auto-sufficienti per il periodo 2000-2025. In particolare, nel presente lavoro vengono considerate persone anziane non-autosufficienti tutte quelle oltre i 65 anni che sono confinate nella propria abitazione a causa della loro disabilità, qualsiasi essa sia.

La popolazione stimata dei soggetti anziani non-autosufficienti è riportata nella seconda colonna della Tabella 7³, nella quale si cerca di fornire un'indicazione della spesa presunta nel caso in cui tutti i possibili beneficiari chiedessero un assegno di cura. In base alle considerazioni fatte precedentemente sulla discreta "mobilità" osservata nell'anno 2000 e sui tre diversi livelli di contributi, sono stati proposti sia un valore medio giornaliero, pari a L. 16.537, sia un numero di giorni/assegni concessi durante l'anno 2000, pari a 197. Utilizzando queste cifre, in Tabella 7 vengono riportate le proiezioni relative alla spesa nel caso ipotetico che tutti gli anziani non-autosufficienti beneficiassero di un assegno di cura, secondo i termini e le modalità osservate nell'anno 2000. Tale stima (fornita sia in migliaia di Lire che in Euro) è ottenuta moltiplicando appunto il numero dei giorni/assegni concessi durante l'anno per la quota media di L. 16.537 giornaliera.

In tale stima tuttavia, viene tenuto in considerazione il fatto che i beneficiari di una indennità di accompagnamento possono beneficiare anche di un assegno di cura sebbene per quest'ultimo l'importo, in base alla Deliberazione 1377/99, viene diminuito del 50%.

³ Tali previsioni sono state prese dal Rapporto 2001 (Tabella 1.20 a pag. 45), e sono elaborazioni su dati Istat.

TABELLA 7: Spesa regionale presunta nel caso in cui, **per assurdo**, tutti gli anziani non-autosufficienti usufruissero dell'assegno di cura (la somma di 16.537 lire si riferisce ad un valore medio calcolato sulla base dei tre livelli introdotti dalla Deliberazione 1377/99 e del beneficio o meno dell'indennità di accompagnamento).

anno	anziani non autosuff.	spesa media giornaliera	spesa totale giornaliera (migliaia di Lire)	Totale annuo (migliaia di Lire)	totale annuo (Euro)
2000	54.110	16.537	894.817	176.278.963	91.040.486
2001	55.507	16.537	917.919	180.830.094	93.390.950
2002	56.572	16.537	935.531	184.299.639	95.182.820
2003	57.678	16.537	953.821	187.902.754	97.043.674
2004	58.729	16.537	971.201	191.326.690	98.811.989
2005	59.642	16.537	986.300	194.301.052	100.348.119
2006	60.678	16.537	1.003.432	197.676.121	102.091.196
2007	61.441	16.537	1.016.050	200.161.814	103.374.950
2008	62.012	16.537	1.025.492	202.022.011	104.335.662
2009	62.655	16.537	1.036.126	204.116.770	105.417.514
2010	63.430	16.537	1.048.942	206.641.556	106.721.457
2011	64.092	16.537	1.059.889	208.798.213	107.835.277
2012	64.752	16.537	1.070.804	210.948.353	108.945.732
2013	65.533	16.537	1.083.719	213.492.687	110.259.771
2014	66.558	16.537	1.100.670	216.831.920	111.984.341
2015	67.394	16.537	1.114.495	219.555.432	113.390.918
2016	68.138	16.537	1.126.798	221.979.227	114.642.703
2017	68.441	16.537	1.131.809	222.966.337	115.152.503
2018	68.590	16.537	1.134.273	223.451.748	115.403.197
2019	68.728	16.537	1.136.555	223.901.322	115.635.383
2020	68.837	16.537	1.138.357	224.256.421	115.818.776
2021	68.573	16.537	1.133.992	223.396.365	115.374.594
2022	69.434	16.537	1.148.230	226.201.321	116.823.233
2023	70.141	16.537	1.159.922	228.504.578	118.012.766
2024	70.810	16.537	1.170.985	230.684.039	119.138.363
2025	71.255	16.537	1.178.344	232.133.755	119.887.079

Sulla base del numero di anziani che hanno beneficiato di un assegno di cura per il periodo 1997-2000 (Tabella 8), viene calcolata la tendenza per i prossimi anni e, sulla base di questi valori viene valutata la spesa prevista per l'attuazione di questo strumento. I risultati della simulazione sono riportati in Tabella 9.

Per meglio analizzare le tendenze future del fenomeno, se è cercato di investigare su un fenomeno strettamente collegato all'assegno di cura quale l'assistenza a domicilio. Da questo punto di vista infatti, è stato considerato il fatto che il numero di anziani non-autosufficienti che beneficiano dell'assistenza domiciliare possa essere strettamente correlato con il numero di possibili beneficiari dell'assegno di cura.

TABELLA 8: Anziani che hanno beneficiato di un assegno di cura nel periodo 1997-2000

anno	totale anziani che hanno usufruito dell'assegno	variazioni (%)
1997	6949	-
1998	6832	-1,68
1999	8184	19,79
2000	9634	17,72

TABELLA 9: Stima della spesa prevista (in Euro) per assegni di cura sulla base di esperienze passate.

Anno	anziani non autosufficienti	previsione anziani non-autosufficienti con assegno	previsione anziani non-autosufficienti con assegno (%)	spesa prevista per eventuali assegni di cura (Euro) ⁴
2000	54.110	9.634	17,80	15.222.051
2001	55.507	10.252	18,47	16.197.722
2002	56.572	11.192	19,78	17.684.060
2003	57.678	12.133	21,04	19.170.398
2004	58.729	13.074	22,26	20.656.737
2005	59.642	14.014	23,50	22.143.075
2006	60.678	14.955	24,65	23.629.413
2007	61.441	15.896	25,87	25.115.752
2008	62.012	16.836	27,15	26.602.090
2009	62.655	17.777	28,37	28.088.428
2010	63.430	18.718	29,51	29.574.766
2011	64.092	19.659	30,67	31.061.105
2012	64.752	20.599	31,81	32.547.443
2013	65.533	21.540	32,87	34.033.781
2014	66.558	22.481	33,78	35.520.120
2015	67.394	23.421	34,75	37.006.458
2016	68.138	24.362	35,75	38.492.796
2017	68.441	25.303	36,97	39.979.134
2018	68.590	26.243	38,26	41.465.473
2019	68.728	27.184	39,55	42.951.811
2020	68.837	28.125	40,86	44.438.149
2021	68.573	29.066	42,39	45.924.488
2022	69.434	30.006	43,22	47.410.826
2023	70.141	30.947	44,12	48.897.164
2024	70.810	31.888	45,03	50.383.502
2025	71.255	32.828	46,07	51.869.841

In Tabella 10 e Tabella 11 vengono riportate le stime del numero di persone anziane non-autosufficienti per il periodo 1993-98 e le stime della percentuale degli anziani non-autosufficienti assistiti a domicilio tra gli aventi diritto. Tali stime vengono ottenute utilizzando i dati riportati nella Tabella 1.21 del Rapporto 2001 (pag. 46)

⁴ La spesa è stata "risalata" in modo da rendere omogeneo il dato previsto per l'anno 2000 con quello reale fornito dal Servizio dei Servizi Socio-Sanitari.

nella quale vengono riportate delle stime della percentuale dei soggetti con difficoltà e disabilità di vario genere. Partendo da dati reali sulla popolazione suddivisa per classi di età e sesso (fonte Istat), in Tabella 10 sono riportate le stime del numero delle persone anziane non-autosufficienti per il periodo 1993-1998. Questi risultati ci permettono di osservare la percentuale di persone non-autosufficienti assistite a domicilio, che nel presente caso approssimano le persone che beneficiano di un assegno di cura. Tale approssimazione, che come si vedrà anche di seguito, sembra non essere inverosimile, permette di stimare la tendenza della percentuale di soggetti non-autosufficienti che potrebbero beneficiare di un assegno di cura nel periodo oggetto di previsione. Risulta interessante notare come la somma dei soggetti non-autosufficienti calcolata partendo da dati reali e riportata in Tabella 10 per il periodo 1993-98, risulta essere superiore a quella presa come riferimento per le previsioni e riportata sia in Tabella 7 che in altre tabelle.

Le stime della percentuale di anziani non-autosufficienti riportata in Tabella 11 e relativa al periodo 1993-98, sono state ottenute "riscaldando" i valori della popolazione in modo da ottenere una popolazione stimata di riferimento il più omogenea possibile.

Partendo da queste stime e supponendo che la percentuale dei soggetti che potrebbero beneficiare di un assegno di cura aumenti linearmente⁵ nel periodo oggetto di interesse, si ottengono delle stime della spesa per questo servizio, sempre considerando il livello intermedio di L. 16.537.

TABELLA 10: Stima degli anziani non-autosufficienti nella Regione Emilia-Romagna

Uomini							
Anno	popolazione 65-74	% non-autosuff. 65-74	Stima non-autosuff. 65-74	Pop. 75 e oltre	% non-autosuff. 75 e oltre	Stima non-autosuff. 75 e oltre	Totale
1993	205.894	2,4	4.941	121.745	8,0	17.403	22.345
1995	212.223	2,4	5.093	128.732	8,0	18.332	23.425
1997	210.792	2,4	5.059	139.089	8,0	19.713	24.772
1998	210.528	2,4	5.053	144.034	8,0	20.336	25.389
Donne							
Anno	pop 65-74	% non-autosuff. 65-74	Stima non-autosufficienti 65-74	pop 75 e oltre	% non-autosuff. 75 e oltre	stima non-autosuff. 75 e oltre	totale
1993	258.894	1,5	3.883	217.543	12,7	27.628	31.511
1995	263.769	1,5	3.957	229.150	12,7	29.102	33.059

⁵ Questa ulteriore ipotesi, oltre a trovare un riscontro empirico per quanto riguarda il periodo 1993-98, può essere giustificata dal fatto che uno degli aspetti fondamentali riguardanti la sanità è quello di ricorrere sempre più spesso alla cura del malato a domicilio piuttosto che alla degenza in apposite strutture. La conseguenza immediata è che questo fenomeno possa riguardare anche l'anziano non-autosufficiente e che l'assegno di cura possa essere un ulteriore incentivo per le famiglie a curarlo nell'ambiente domestico.

1997	257.810	1,5	3.867	246.412	12,7	31.294	35.161
1998	255.210	1,5	3.828	254.199	12,7	32.283	36.111

TABELLA 11: Stima della tendenza della percentuale di utenti assistiti a domicilio

anno	num. utenti assist. domiciliare non-autosuff. certificati (A)	num. Utenti assistenza domiciliare non-autosuff. Non certificati (B)	num. utenti assistenza domiciliare non autosufficienti (A+B)	stima degli anziani non-autosuff.	% utenti non-autosufficienti assistiti a domicilio
1993	2.956	2.665	5.621	48.118	11,7
1995	3.235	3.499	6.734	50.465	13,3
1997	4.099	3.170	7.269	53.547	13,6
1998	4.374	3.376	7.750	54.947	14,1

I dati relativi al numero di anziani non-autosufficienti assistiti a domicilio per il periodo 1993-98, riportati in Tabella 11, sono stati estrapolati dalla Tabella 1.27 del Rapporto 2001 (pag. 50). I risultati relativi alla spesa prevista per sostenere tale strumento di sostegno alle famiglie sono riportati in Tabella 12.

Come accennato precedentemente, nel calcolare il numero di soggetti possibili beneficiari dell'assegno di cura quale strumento per diminuire il disagio della persona anziana non-autosufficiente, viene fatta l'ipotesi che questi siano approssimabili con il numero di pazienti anziani non-autosufficienti assistiti a domicilio; tale approssimazione trova riscontro empirico confrontando i dati sugli anziani assistiti a domicilio riportati in Tabella 11 e Tabella 12 con quelli relativi al numero di anziani che hanno beneficiato di un assegno di cura riportati in Tabella 8 e Tabella 9.

In sostanza, in questa seconda simulazione, si suppone che l'assegno di cura venga attribuito a tutti gli anziani non-autosufficienti che beneficiano nel contempo di assistenza a domicilio.

Dai risultati forniti dalle simulazioni emerge come, anche nel caso in cui vengono considerati gli assistiti a domicilio anziché i beneficiari di assegni di cura l'ammontare dei fondi necessari per finanziare questo strumento di sostegno alle famiglie non si discosta di molto dai fondi stanziati per gli anni 2000 e 2001. Per quanto riguarda le divergenze che emergono nella spesa prevista per i due scenari, le motivazioni devono essere ricercate nei differenti tassi di crescita tra beneficiari degli assegni di cura e persone assistite a domicilio.

In entrambi gli scenari, emerge anche che se l'andamento demografico non dovesse subire variazioni di rilievo rispetto a quanto previsto nelle simulazioni, la spesa per questo servizio potrebbe aumentare in modo esponenziale, visti sia l'aumentare delle persone anziane sia quello della percentuale di soggetti che potrebbero beneficiare di

un assegno di cura. In questo ambito, potrebbe risultare interessante vedere se l'aumento previsto della spesa relativa all'assegno di cura sia accompagnato da una diminuzione della spesa sanitaria, conseguenza del ricorso all'assistenza domiciliare piuttosto che alla degenza in apposite strutture.

E' importante sottolineare che le cifre riportate sono in moneta costante ovvero non tengono conto dei fenomeni inflazionistici.

I risultati sembrano quindi suggerire l'opportunità di un monitoraggio costante di tale istituto, come già precedentemente sottolineato.

TABELLA 12: Stima della spesa prevista (in Euro) per assegni di cura sulla base di informazioni sugli anziani non-autosufficienti assistiti a domicilio. Si considera la spesa media giornaliera di 16.537.

anno	anziani non autosufficienti	previsione percentuale utenti non-autosufficienti assistiti a domicilio (%)	previsione num. utenti non-autosufficienti assistiti a domicilio	spesa prevista per eventuali assegni di cura (Euro)
2000	54.110	15,1	8.154	13.719.445
2001	55.507	15,5	8.612	14.489.703
2002	56.572	16,0	9.029	15.191.748
2003	57.678	16,4	9.463	15.921.077
2004	58.729	16,9	9.897	16.651.391
2005	59.642	17,3	10.316	17.357.299
2006	60.678	17,7	10.766	18.113.611
2007	61.441	18,2	11.175	18.801.913
2008	62.012	18,6	11.555	19.441.458
2009	62.655	19,1	11.954	20.112.675
2010	63.430	19,5	12.384	20.836.894
2011	64.092	20,0	12.799	21.534.764
2012	64.752	20,4	13.219	22.241.870
2013	65.533	20,9	13.671	23.001.340
2014	66.558	21,3	14.181	23.859.988
2015	67.394	21,8	14.660	24.664.831
2016	68.138	22,2	15.125	25.447.848
2017	68.441	22,6	15.497	26.074.010
2018	68.590	23,1	15.836	26.644.890
2019	68.728	23,5	16.174	27.213.648
2020	68.837	24,0	16.507	27.772.775
2021	68.573	24,4	16.749	28.180.250
2022	69.434	24,9	17.269	29.054.522
2023	70.141	25,3	17.757	29.876.106
2024	70.810	25,8	18.242	30.691.817
2025	71.255	26,2	18.674	31.418.789

Bologna 31 Gennaio 2002

Il Gruppo fattibilità delle leggi regionali

Veronese-Pulvino-Bacchiocchi-Orsi-Viviani