

I livelli essenziali di assistenza nei servizi sociosanitari: la recente storia legislativa

Paolo Ferrario

Docente di Politica sociale,
Corso di laurea in Servizio sociale,
Università di Venezia

Nell'arco temporale di un trentennio il sistema italiano dei servizi sociali e sanitari è mutato in modo radicale nelle sue caratteristiche istituzionali e organizzative, passando da un periodo di "accentramento a offerta debole" (fino al 1972) a quello attuale, che si potrebbe definire di "localizzazione a offerta frammentata" (a partire dagli anni '90).

Le politiche legislative sui "Livelli essenziali di assistenza", che svolgono una funzione di connessione fra i diversi livelli territoriali di organizzazione dei servizi, possono essere analizzate all'interno di questo quadro storico.

DIRITTI DI CITTADINANZA E OFFERTA LOCALE DI SERVIZI

L'estrema articolazione dell'offerta è visibile guardando sia al pluralismo dei soggetti produttori dei servizi (Comuni, Province, Asl, Aziende ospedaliere, Ipab, fondazioni), sia ai loro meccanismi di finanziamento.

In estrema sintesi, si può dire che, in Italia, si è configurato un sistema così articolato:

- servizi sanitari, governati a livello centrale e amministrati dalle Regioni;
- servizi sociali, amministrati dai Comuni e incentivati dalle Regioni;
- servizi sociosanitari, amministrati da enti autonomi come le Ipab (che diventeranno Aziende sociali o fondazioni) e da altre tipologie di enti privati.

Questi ultimi sono di particolare complessità economico-finanziaria, perché le loro attività gravano, con proporzioni molto variabili, sia sul Fondo sanitario sia sui Fondi sociali.¹

Si tratta, dunque, di un complesso sistema policentrico, articolato su tre livelli territoriali, la cui struttura è rappresentata nella tavola 1.

Con questa immagine si vuole evocare la particolarissima configurazione delle politiche pubbliche che condizionano e accompagnano lo sviluppo dei servizi: la sanità, che ha una storia di pianificazione prima centralizzata e poi regionalizzata, e i servizi sociali,

che provengono da una storia prevalentemente locale. Le strutture operative dei due sistemi tendono a interagire attraverso le azioni finanziarie, organizzative e professionali orientate all'integrazione. Tuttavia, il funzionamento delle reti locali presenta sempre varie criticità collegate proprio ai rapporti inter-istituzionali Stato/Regioni/enti locali e a quelli inter-organizzativi Comuni/Asl.

Se osserviamo questi processi in chiave temporale e alla luce della legislazione, in questi ultimi anni possiamo identificare alcuni momenti-chiave:

- l'introduzione nell'ordinamento del "principio di sussidiarietà", inteso come criterio di identificazione dei soggetti responsabili dell'erogazione delle attività,² questa tendenza porta alla maggiore responsabilizzazione dei Comuni e alle loro collaborazioni con il "Terzo settore";
- i primi passi del "federalismo fiscale", inteso come principio per cui ogni livello di governo è in grado di svolgere le sue funzioni e fornire servizi alla comunità sostenendone le spese mediante proprie risorse finanziarie,³ questa tendenza comporta la responsabilizzazione dei centri di spesa, il riconoscimento dell'autonomia normativa in materia tributaria ai diversi livelli di governo e la necessità di trovare forme di compensazioni fra le regioni che hanno diverse capacità fiscali;
- la "costituzionalizzazione"⁴ del concetto di "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (Liveas),⁵ questa tendenza mette in luce l'obiettivo di compensare il forte localismo del nostro sistema dei servizi con quello di mantenere un orizzonte di diritti di cittadinanza, che restano sempre l'asse fondante delle politiche di welfare negli Stati europei contemporanei.

Guardando ancora la tavola 1, è possibile cogliere le tensioni presenti nel nostro sistema amministrativo: occorre utilizzare i livelli centralizzati

TAVOLA 1 Livelli di governo dei servizi sociosanitari



per meglio regolare lo sviluppo delle reti locali ed evitare il costituirsi di "diritti regionali"⁶ che contraddicono il principio di uguaglianza nell'accesso alle risorse.

Le attuali regole normative comportano una nuova configurazione della programmazione sociosanitaria, affidando il compito di precisare i contenuti dei livelli essenziali ai Piani di zona, per quanto riguarda i servizi sociali⁷ ed ai Programmi delle attività territoriali di distretto,⁸ per quanto riguarda i servizi sanitari.

Questi processi amministrativi rimandano ad azioni di negoziazione fra i Comuni, tramite il Coordinamento dei sindaci, e le Asl. Sono due mondi culturali e organizzativi nei quali le comunicazioni non sono sempre facili e nei quali le fasi di costruzione delle politiche dei livelli essenziali hanno

Note

1 Sull'argomento: Rogaimi F., "Riforma e livelli essenziali di assistenza", *Prospettive sociali e sanitarie*, 16, 2002, p. 3; Perino M., "Prestazioni socio sanitarie e competenze istituzionali", in www.comune.jesi.an.it/grufof, 2002, p. 1-7.

2 Legge 16-3-97 n. 59, "Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali", art. 4.

3 Legge 13-5-99 n. 133, "Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale"; Decreto legislativo 18-2-00 n. 56, "Disposizioni in materia di federalismo fiscale".

4 È la terminologia adottata in Balboni E., "Livelli essenziali: il nuovo nome dell'eguaglianza?", in *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Graiffè, 2003, p. 30.

5 Legge costituzionale 18-10-01 n. 3, "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione". Il processo di riforma non è definitivo, poiché fra i programmi di questo governo rientra quello della cosiddetta "devoluzione", che dovrebbe cambiare ancora le regole istituzionali, con qualche ripercussione non indifferente sui livelli di governo delle politiche sociali.

6 Il tema è trattato anche in Ferioli E., "Verso welfare locali", *Animazione sociale*, 10, 2002, p. 16-17.

7 Legge 8-11-00 n. 328, art. 19.

8 Decreto legislativo 502/1992 cit., art. 3-quater

assunto percorsi differenti che vale la pena di ricostruire per fasi storiche.

LIVELLI ESSENZIALI E SANITÀ

Nel sistema sanitario, la periodizzazione dei livelli essenziali (qui denominati Lea) può essere riassunta nel modo seguente:

- 1978,⁹ obiettivo della garanzia di livelli di assistenza e di condizioni di salute uniformi su tutto il territorio nazionale;

- 1992,¹⁰ definizione di "livelli uniformi di assistenza" la cui individuazione è effettuata "sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini";

- 1999,¹¹ i livelli sono definiti uniformi ed "essenziali" e individuati sulla base di una serie di principi selettivi (dignità della persona, bisogno di salute, equità nell'accesso all'assistenza, qualità delle cure, appropriatezza, economicità) e contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie. Inoltre, i livelli devono essere articolati in aree di: "assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro"; "assistenza distrettuale"; "assistenza ospedaliera";

- febbraio 2001,¹² determinazione analitica delle tipologie di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, distinguendo quelle "a rilevanza sociale" e "a elevata integrazione sanitaria" (a carico della spesa sanitaria) e quelle "a rilevanza sanitaria" (a carico della spesa sociale). Le prestazioni sociosanitarie sono individuate sulla base di alcuni criteri: la natura del bisogno; la complessità e l'intensità dell'intervento; la durata dell'intervento. Attraverso tali criteri diventa possibile includere le prestazioni nelle diverse tipologie e, di conseguenza, specificare la partecipazione ai costi. Questa complessa regolazione ha il fine di quantificare il fabbisogno economico-finanziario del comparto sanitario, ma ottiene anche il risultato di trasferire sul comparto sociale una parte della spesa;¹³

- novembre 2001,¹⁴ definizione dei livelli di tutela da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, utilizzando le risorse dei fondi regionali. Si procede alla classificazione delle "prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Ssn" distinguendole in: 1. assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro; 2. assistenza distrettuale; 3. assistenza ospedaliera. In secondo luogo la normativa prevede inoltre liste di prestazioni escluse, con diversi livelli di rigidità, dai Lea. Infine, in un capitolo dedicato all'integrazione sociosanitaria, si indica la percentuale di costo non imputabile al Ssn per le

"prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili". In particolare, il decreto stabilisce che rimangano a carico degli utenti o del Comune (per gli utenti al di sotto di una soglia predefinita di reddito familiare) le seguenti percentuali di costo:

- 50% per le prestazioni di assistenza programmata a domicilio (Adi e Adp);

- 30% per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi;

- 50% per le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, compresi gli interventi di sollievo;

- 60% per le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in strutture psichiatriche a bassa intensità assistenziale;

- 30% per le prestazioni terapeutiche, in regime residenziale per i disabili gravi;

- 60% per le prestazioni terapeutiche, in regime residenziale per i disabili privi del sostegno familiare;

- 30% per le prestazioni di persone affette da Aids nella fase di lungoassistenza in regime assistenziale.

Quest'ultima normativa testimonia ancora una volta che il rapporto fra servizi sociali e servizi sanitari rappresenta una delle aree di assistenza dai confini più incerti e di difficile regolazione. La distinzione fra interventi sanitari e interventi sociali ha anche forti effetti sull'economia delle famiglie, perché i servizi sanitari sono tendenzialmente gratuiti al momento del consumo, mentre i servizi sociali sono soggetti a una rilevante contribuzione personale basata sul reddito individuale o familiare.

LIVELLI ESSENZIALI E SERVIZI SOCIALI

Nel sistema dei servizi sociali, la periodizzazione dei livelli essenziali (qui denominati Liveas) non è rintracciabile e identificabile in modo preciso come nella sanità. Questo dipende dal fatto che la matrice storica di questi servizi è di carattere locale. Solo recentemente, con la legge 328/00, è stato elaborato un programma legislativo più complessivo. Ma le politiche sociali sono molto mobili, e un anno dopo questo programma è stato di nuovo ricollocato in un altro quadro, con la riforma costituzionale del 2001.¹⁵

Osservando i processi di sviluppo dei servizi sociali, il percorso che porta ai livelli essenziali in ambito sociale, può essere così riassunto:

- prima del 1977, nucleo di competenze originarie (assistenza e mantenimento degli "inabili al lavoro");

- 1977, prima fase di estensione delle competenze (minori nei rapporti con l'autorità giudiziaria; servizi domiciliari a valenza assistenziale);

- anni Ottanta, incentivi allo sviluppo dei servizi sociali attraverso le politiche regionali e ulteriore sviluppo dei servizi per i minori (affidi e adozioni);

- 1990, rafforzamento di ruolo dei Comuni nell'ordinamento istituzionale italiano e, di conseguenza, delle politiche locali dei servizi sociali;

- 1991, estensione del ricorso ai soggetti del terzo settore per la produzione dei servizi;

- 1992, rafforzamento dei diritti dei portatori di handicap e incremento delle responsabilità comunali nello sviluppo di queste reti;

- 1997, promozione di servizi per l'infanzia e l'adolescenza;

- 2000, legge di riforma e ulteriore rafforzamento di ruolo dei Comuni quali "titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali".¹⁶

La riforma interviene su una rete differenziata, ma culturalmente caratterizzata e l'idea di fondo è di ri-organizzare lo sviluppo dei servizi sociali negli "ambiti territoriali",¹⁷ ossia sovracomunali, data la situazione di estrema frammentazione dei Comuni italiani.

In tale contesto strutturale, la legge 328/00 indica cinque tipologie di servizi che costituiscono la rete minima negli ambiti territoriali coincidenti con i distretti delle Asl:¹⁸

- servizio sociale;
- pronto intervento;
- assistenza domiciliare;
- strutture residenziali;
- centri di accoglienza.

Queste tipologie possono essere prese in considerazione come riferimento di base per la ricerca di ciò che deve essere garantito come livello essenziale di assistenza. Si tratta di un processo politico teso a progettare "diritti di cittadinanza" intesi come quei diritti il cui esercizio consente ai cittadini/utenti di vivere la vita di relazione e di poter contare anche su una rete di protezione in quelle fasi della vita in cui il bisogno richiede offerte di aiuto adeguate.

La legge, inoltre, entra nel merito di una serie di interventi "che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni erogabili sotto forma di beni e servizi: misure di contrasto della povertà e sostegno del reddito; misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio dei totalmente dipendenti; interventi di sostegno ai minori in situazione di disagio e sostegno ai nuclei d'origine e inserimento in altre famiglie o altre strutture comunitarie; sostegno alle responsabilità fami-

Il processo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni

Ministero del Lavoro e delle politiche sociali *

liari; piena integrazione dei disabili; domiciliarità per le persone anziane non autosufficienti.

Un problema cruciale è che l'attuale spesa per i servizi sociali è inadeguata rispetto alla domanda. Il rispetto dei livelli essenziali indicati dalla legge richiederebbe un forte impegno finanziario dei Comuni e delle Regioni. In mancanza dell'indicazione del valore della quota capitaria all'interno del Piano sociale nazionale (in analogia a quanto accade per la sanità), il rispetto dei livelli essenziali dipende molto dall'adozione su tutto il territorio nazionale di uguali criteri di ammissione ai servizi che verifichino l'esistenza di situazioni di indigenza o di non autosufficienza.¹⁹ Come si vede, il problema di connettere politiche locali e politiche nazionali è strutturale nel nostro sistema istituzionale.

In rapporto al rischio di non riuscire a garantire i livelli essenziali, vanno assumendo crescente importanza i fondi integrativi, che l'attuale normativa prevede per assicurare le spese private connesse all'assistenza continuativa a domicilio. Tali fondi possono essere istituiti e gestiti anche da Regioni e Comuni per assicurare livelli assistenziali aggiuntivi, stipulando specifici accordi e convenzioni con le Asl o con altri erogatori di servizi socio-sanitari.

Note

- 9 Legge 833/78, art. 3 e 4.
 10 Decreto legislativo 502/92, art. 1.
 11 Decreto legislativo 239/99, che modifica e integra il D.lgs. 502/92.
 12 Dpcm 14 febbraio 2001, "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".
 13 Sull'argomento si rimanda a: Anci Piemonte, Consulta unitaria dei piccoli comuni, Lega delle autonomie locali, Unceim, Comune di Torino, Documento sull'applicazione del Lea, 2002; Comune di Genova, Integrazione socio-sanitaria e livelli essenziali di assistenza, 2001.
 14 Dpcm 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
 15 Sull'argomento: Ferrario P., "Dalla legge 328/00 a oggi: riforma costituzionale e Piano nazionale dei servizi sociali", *Prospettive sociali e sanitarie*, 3, 2002, pp. 1-5.
 16 Legge 328/00, art. 6.
 17 Legge 328/00, art. 6 e 8.
 18 Legge 328/00, art. 22, comma 4.
 19 Legge 328/00, art. 2, cc. 3 e 25.

La definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (Lep)¹ rappresenta per il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali un crinale decisivo sul quale colaudare un ruolo nuovo e corrispondente ai cambiamenti rapidi del sistema sociale e istituzionale: un ruolo chiave nella *governance* del sistema (o dei sistemi) di welfare nazionale, che guarda all'Europa partecipando attivamente al metodo di coordinamento aperto sui temi dell'inclusione, della protezione sociale e dell'occupazione. Allo stesso tempo, un ruolo cruciale nel processo di trasformazione dell'assetto istituzionale, dove le autonomie territoriali espandono i propri settori di competenza, e dove cittadini, associazioni e imprese, in un sistema a sussidiarietà orizzontale, prendono parte attiva alla realizzazione del nuovo modello di welfare.

I Lep presidono un'importante funzione di coesione nel sistema istituzionale disegnato dal nuovo titolo V della Costituzione. In un settore come le politiche sociali, dove sono le Regioni titolari del potere legislativo, i Lep dovranno costituire una carta delle certezze per i cittadini, per garantire che a fronte delle differenziazioni territoriali nelle forme di erogazione dei servizi, i diritti stabiliti nella prima parte della Costituzione siano assicurati con la stessa intensità nelle diverse aree del paese. In altri termini, i Lep sono lo strumento attraverso il quale i diritti sociali accedono al rango dei diritti soggettivi, alla stregua dei tradizionali diritti di libertà e di proprietà.

In questa ambizione della norma costituzionale sta la misura dell'impegno che attende tutti i soggetti coinvolti nel processo di definizione dei Lep, un percorso che potrà essere completato solamente nel medio periodo, attraverso un approccio incrementale, partecipato e condiviso. In questo contributo il gruppo di lavoro sui Lep operante presso il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali intende dare conto di

alcune valutazioni sulla strategia per il raggiungimento dell'obiettivo, focalizzando, in una prima parte, problematiche e vincoli di questo cammino, nella seconda, una proposta di metodo e alcune priorità di intervento sulle quali già si lavora.

LA COMPLESSITÀ

Il processo di definizione dei Lep porta a sperimentarsi in un contesto di grande complessità, almeno su tre diversi piani.

Il primo piano riguarda la conoscibilità dello scenario, perché a fronte di una forte disomogeneità dell'offerta di protezione sociale a livello territoriale, dei livelli di spesa e degli ambiti di prestazione, non esistono adeguati sistemi informativi utili a rilevare il fenomeno e a misurarne i mutamenti. Esistono numerose analisi e si sviluppano o consolidano sistemi informativi in alcuni ambiti municipali o regionali, ma l'impossibilità di accedere a un quadro di informazione nazionale, tanto organico ed esaustivo da permettere di comparare le *performance* dei sistemi di protezione sociale, pregiudica le capacità di affrontare con lo strumento dei livelli essenziali il tema della garanzia di prestazione su "tutto il territorio nazionale".

Il secondo piano riguarda i contenuti relativi alla definizione dei livelli e declina in maniera coordinata una serie di temi:

- l'esigibilità delle prestazioni, perché il passaggio dei diritti sociali al rango dei diritti soggettivi si determina in

Note
 * Il contributo è stato redatto dal gruppo di lavoro sui Lep del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (composto da Andrea Tardiola, Tiziana Alti, Margherita Brunetti, Cristiana Carlucci, Patrizia De Felici), integrato dai ricercatori della Struttura Politiche sociali dell'Isfol (composta da Antonello Scialdone, Simone Casadei, Laura Gentile, Cristiana Ranieri).

2 Nella letteratura che si è occupata di questo tema sono stati utilizzati acronimi differenti per i livelli essenziali delle prestazioni: Lea, Leas, Liveas, Lep, Leps. In questo scritto si adotta l'acronimo più aderente al dettato costituzionale.

L'indirizzo internet di
Prospettive Sociali e Sanitarie:
<http://pss.irs-online.it>