

Una concezione multidimensionale dei livelli essenziali

SI ANALIZZANO I MODELLI CONCETTUALI SOTTOSTANTI A DIVERSE DECLINAZIONI DELLA NOZIONE DI “LIVELLO ESSENZIALE DELLE PRESTAZIONI”, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL SETTORE DELLE POLITICHE SOCIALI. IL FOCUS DELL'ANALISI È POSTO SULLA COMPARAZIONE DI DIVERSE CONCEZIONI E SULLE POSSIBILI RICADUTE IN TERMINI DI MODELLI DI REGOLAZIONE DEI SISTEMI DI INTERVENTO.

Liliana Leone

Responsabile Studio Cevas, Consulenza e valutazione nel sociale, Roma *

In questo contributo, frutto di un lavoro di ricerca commissionato dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali D.G. del Fnps e terminato nel 2004,¹ svilupperò alcune considerazioni che riguardano i modelli concettuali sottostanti a diverse declinazioni della nozione di “Livello essenziale delle prestazioni” (Lep)² con particolare riferimento al settore delle politiche sociali. Il focus dell'analisi è posto sulla comparazione di diverse concezioni e sulle possibili ricadute in termini di modelli di regolazione dei sistemi di intervento.

Nella prima parte dell'articolo riassumo i passaggi salienti nella determinazione dei livelli essenziali nei settori della sanità, istruzione e assistenza sociale.

Nella seconda parte espongo due concezioni di “livelli essenziali”: quella “prestazionale” e quella “multidimensionale-strategica”. Durante la trattazione si tenterà, anche tramite la comparazione con altre politiche e settori e l'osservazione di esperienze analoghe realizzate da altri Stati, di giustificare al lettore le motivazioni per cui quest'ultima concezione dei Lep viene ritenuta la più promettente.

PASSAGGI SALIENTI NELLA DETERMINAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI NEI SETTORI DELLA SANITÀ, ISTRUZIONE E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Il concetto di “livello di assistenza uniforme” viene per la prima volta introdotto in Italia nel 1992 nel settore della sanità con il decreto legislativo n. 502. In una prima fase il parametro di riferimento per il concetto di livello uniforme è di tipo unicamente finanziario e si riferisce alla ripartizione del

Fsn tra le Regioni. Dopo sette anni³ il concetto si amplia e viene introdotto il riferimento al livello essenziale uniforme di assistenza (in letteratura ritroviamo l'acronimo Lea), definito nel Piano sanitario nazionale, nel rispetto di alcuni principi: equità nell'accesso ai servizi, qualità delle cure, appropriatezza, economicità.

Nei fatti, i Lea si limitavano ancora alla determinazione di una quota di spesa procapite e solo a seguito della riforma del Titolo V Cost. iniziano a tradursi in prestazioni da garantire a tutti i cittadini; con il decreto dell'8 agosto 2001, i Lea vengono definiti, sia in positivo che in negativo (N.B. prestazioni da evitare), attraverso alcuni elenchi di prestazioni.

Le prestazioni garantite dal Ssn vengono suddivise in tre grandi aree:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli;
- l'assistenza distrettuale, (medicina di base, assistenza farmaceutica, specialistica e diagnostica, ai servizi territoriali consultoriali, servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari);
- l'assistenza ospedaliera.

Vengono, invece, esplicitamente escluse alcune prestazioni o perché non finalizzate alla tutela della salute o perché la loro efficacia non è sufficientemente provata o, ancora, perché inefficienti rispetto ad altre cure disponibili.

Nel settore dell'istruzione un passaggio saliente della determinazione dei livelli essenziali è dato nel 2003 (l. 53/03) dalla delega al Governo per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei livelli essenziali delle

prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale. Nel biennio successivo vengono emanati una serie di decreti legislativi (per esempio, D.lgs. 226/05, 59/04) con i quali si identificano le norme generali e i livelli essenziali delle prestazioni relativi ai diversi cicli del sistema educativo di istruzione e formazione. In questo caso la nozione di livello essenziale viene riferita ad una serie di elementi tra cui: caratteristiche dell'offerta formativa come il soddisfacimento della domanda di frequenza, l'adozione di interventi di orientamento e tutorato (art. 16, a. e b., ...d.), standard di orario e durata dei cicli, standard minimi formativi⁴ relativi alle competenze degli alunni (art. 17), requisiti dei docenti, modalità di certificazione delle competenze e valutazione dei percorsi.

Con la legge quadro n. 328 del 2000 (art. 22, comma 2) il concetto di “livello essenziale” viene per la prima volta esteso alla materia dell'assistenza sociale (nella letteratura di settore si parlerà di Liveas che avrebbero dovuto essere definiti con decreti successivi alla l. 328/00). L'iter sulla determinazione dei Lep nell'ambito dell'assistenza sociale si è nell'ultimo triennio soffermato, o piuttosto arenato, su aspetti cruciali concernenti le risorse economiche e le soluzioni fiscali atte a supportare un programma finalizzato a garantire l'esigibilità a livello nazionale di diritti sociali e civili.

A distanza di pochi mesi dall'emanazione della legge quadro sull'assistenza

Note

* www.cevas.it, per commenti: leone@cevas.it.

1 Lo scritto rappresenta una rielaborazione di elementi trattati in una ricerca commissionata nel 2003 dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e realizzata da studio Cevas, dalla sottoscritta e da Amerigo Iurleo. Ringrazio per la collaborazione il *panel* di 20 esperti a livello nazionale coinvolti nel Delphi, il *team* Direzione generale del Fnps e in particolare Andrea Tardiola. Fine della ricerca era evidenziare i nuclei tematici attorno ai quali ruotava il dibattito sulla determinazione dei Livelli essenziali nell'ambito delle politiche sociali e individuare proposte e tracce di lavoro alternative o complementari per sviluppare il processo di definizione e implementazione dei Lep.

2 Tale nuovo acronimo è stato coniato proprio per rispettare maggiormente il dettato costituzionale che fa riferimento non ai livelli essenziali di assistenza (Lea) ma ai “livelli essenziali di prestazioni”. Inoltre, intendevamo enfatizzare il passaggio storico dovuto ai cambiamenti apportati dal Titolo V Cost. a seguito del precedente dibattito sui livelli essenziali, detti anche Liveas, connessi alla riforma l. 328/00. 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.

3 Con D.lgs. n. 299 del 1999, art. 1, comma 2.

4 Di seguito si riporta un paio di esempi di standard formativi minimi relativi all'obiettivo “padroneggiare gli strumenti espressivi ed argomentativi indispensabili per gestire l'interazione comunicativa”: 1.3 svolge presentazioni chiare e logicamente strutturate, 1.4 possiede proprietà di linguaggio anche in senso lessicale e morfossintattico, adeguata a situazioni di vita riferibili a fatti di vita quotidiana e professionale. Da conferenza Stato-Regioni, seduta Rep. Atti n. 1901 del 15 gen. 2004.

si realizza la prima riforma del titolo V della Costituzione⁵ e si stabilisce la competenza esclusiva dello Stato per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e i diritti sociali. Si noti che relativamente ai Livelli essenziali non si fa mai riferimento a specifiche materie (assistenza, istruzione, ecc.), ma a una competenza trasversale dello Stato.

Nello stesso articolo si identificano le materie per le quali lo Stato mantiene una competenza esclusiva (per esempio, immigrazione, previdenza, difesa e forze armate, ecc.), le materie concorrenti e si tralascia di esplicitare le rimanenti materie, quelle su cui le Regioni, come nel caso dell'assistenza sociale, hanno la potestà legislativa.

Come abbiamo illustrato in questo breve *excursus*, negli altri due settori del welfare, la sanità e l'istruzione, la nozione di livello essenziale non si è identificata esclusivamente con la prestazione da erogare al singolo cittadino; l'assistenza sanitaria collettiva, ad esempio, non riguarda prestazioni rivolte al singolo ma attività rivolte alla comunità locale e alla collettività. Nella sanità anche i tempi delle prestazioni divengono oggetto di attenzione dei livelli essenziali (Dpcm 16 aprile 2002) perché la garanzia dell'erogazione tempestiva delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche viene considerata una componente strutturale dei Lea. Nel settore dell'istruzione il rimando a standard minimi formativi relativi alle competenze riguarda l'obiettivo da raggiungere e da garantire tramite i livelli essenziali e non rappresenta uno standard di prestazioni.

Tuttavia, su cosa debba intendersi per Lep nella materia dell'assistenza è attualmente ancora in corso, un acceso dibattito, politico e accademico, all'interno del quale sono individuabili una pluralità di indirizzi di fondo e di modi di declinare i Lep (Leone, Iurleo, 2004; Mipa, 2003); il Mipa ne identifica almeno tre:

- Lep come prestazione certa per chi si trovi in una determinata condizione di bisogno: in questa accezione la previsione dei Lep implica l'elevazione dell'interesse a ricevere una determinata prestazione sociale (per chi ne avrebbe diritto) a vero e proprio diritto soggettivo. Accogliendo tale concezione diverrebbe necessario definire criteri certi per individuare gli aventi diritto, i titolari, eliminando un ampio margine di discrezionalità agito attualmente dai diversi erogatori di servizi.
- Lep come garanzia di alcune tipologie di offerta in ogni realtà territoriale: in questa accezione la previsione dei

Lep implica l'obbligo per gli enti erogatori di fornire determinate tipologie di servizio stabilite dal legislatore statale, ma non si affronta il problema dell'individuazione di chi ha diritto alla prestazione sociale.

- Lep come standard di qualità del servizio: intesi in questi termini i Lep implicano la determinazione da parte dello Stato di livelli qualitativi minimi inerenti la prestazione sociale che i soggetti erogatori sono obbligati a garantire. Si tratta di scegliere alcuni criteri di qualità e assicurarne il rispetto su tutto il territorio nazionale.

Si noti che mentre nella prima definizione di Lep fatta dal Mipa l'attenzione è posta alla garanzia di esigibilità di una determinata prestazione intesa come certezza del "diritto", nella seconda e terza definizione gli obiettivi di fondo sono l'omogeneità, cioè uniformità dell'offerta dei servizi su tutto il territorio nazionale e lo sviluppo dell'offerta di servizi nelle aree in cui si registrano ritardi.

CONCEZIONE PRESTAZIONISTICA E SUOI LIMITI

La prima concezione che possiamo enucleare alla base delle diverse declinazioni di Lep è quella che definiamo "prestitazionistica"; essa fondamentalmente è basata sull'equazione: Lep inteso come standard di prestazione all'individuo e cioè come strumento in grado di rafforzare l'esigibilità di un diritto sociale.

Lep = standard omogeneo di prestazione al singolo => esigibilità della prestazione e quindi del diritto

L'istanza a cui si intende rispondere *in primis* è quella di garantire un nucleo duro di prestazioni che costituiscono il fattore unificante della cittadinanza sociale contro il rischio di una frammentazione della stessa nelle diverse parti del territorio nazionale.

In questo contesto si ipotizza che la tutela dei diritti possa essere assicurata in maniera efficace attraverso l'individuazione di precise garanzie per i cittadini. Il termine "precise garanzie" evoca la necessità di specificare in modo definitivo un rapporto univoco tra soggetto del diritto, il cittadino, e un oggetto in cui si estrinseca il soddisfacimento del diritto stesso. Tale oggetto viene identificato in un catalogo di azioni e prestazioni riferite esclusivamente a un singolo *output*, di natura monetaria o meno, diretto al singolo cittadino beneficiario (n.b. inteso come *target* che possiede requisiti vincolanti per l'accesso ai servizi), e l'esigibilità di queste ultime è concepita come strumentale all'effettiva garanzia dei diritti ad esse sottesi.

Questa concezione offre la spalla a una serie di osservazioni critiche.

La concentrazione esclusiva sul tema dell'esigibilità, sebbene condivisa nei suoi intenti di fondo, nel tentativo di selezionare il *target* prioritario potrebbe avere come effetto paradossale, quello della stigmatizzazione a scapito di processi di inclusione sociale. Da qui il tentativo di declinare i Lep secondo un'impostazione universalistica del sistema di welfare, ponendo attenzione all'equità tramite la previsione di fasce di contribuzione dei cittadini e non solo tramite la determinazione di standard di offerta.⁶

Inoltre non tutte le attività dei servizi si prestano ad essere declinate in termini di "prestazioni". Le Regioni (tra cui la Lombardia) che hanno avviato la tariffazione di diversi servizi sociosanitari hanno sperimentato le difficoltà e incongruenze che si producono nel regolamentare alcuni interventi "di sistema" (per esempio, osservatori, prevenzione delle dipendenze) tramite una logica che prevede la tariffazione in termini di unità di prodotto al singolo utente.

Un ulteriore rischio sotteso all'impostazione prestazionistica è che l'enfasi sull'esigibilità, unita alle difficoltà organizzative, potrebbe sfociare in un processo di monetizzazione dei diritti: le prestazioni monetarie, difatti, sono quelle che più facilmente possono essere rese esigibili. Questa spinta alla monetizzazione è rintracciabile nei tentativi di assimilare i diritti "forti", i diritti soggettivi, prevalentemente alle prestazioni a carattere monetario e ad alcuni passaggi contenuti nella stessa legge finanziaria del 2002.

Nel settore sanitario, dove i livelli essenziali sono stati introdotti da alcuni anni, osserviamo, ad esempio, delle autocritiche rispetto a un approccio eccessivamente "prestazionale" con il richiamo alla necessità di "costruire indicatori di appropriatezza a livello del territorio che siano centrati sul paziente e non sulle prestazioni, come avviene oggi" (Psn 2002-2004, p. 17). Tale affermazione evidenzia chiaramente la necessità di riequilibrare gli effetti distortivi di un sistema di regolazione troppo spostato sulla regolazione e misurazione degli *output*: delle prestazioni per l'appunto.

CONCEZIONE MULTIDIMENSIONALE-STRATEGICA

Una concezione attorno a cui si sta orientando attualmente parte del dibattito sui Lep (tavola 1) è stata da noi definita (Leone, Iurleo, 2004) come "multidimensionale-strategica" e si

articola sulle seguenti tre dimensioni interagenti:

- le prestazioni e i pacchetti di servizi rivolti ai singoli cittadini;
- le prestazioni relative a servizi rivolti alla comunità poco o per nulla presenti nella precedente concezione;
- i servizi e/o obblighi regolanti i rapporti interni alle singole pubbliche amministrazioni o tra amministrazioni diverse.

Questa concezione è stata definita strategica perché presuppone una pluralità di leve possibili, che non si esauriscono necessariamente nella standardizzazione della risposta ai bisogni sociali, da utilizzare in modo sinergico al fine della tutela dei diritti; se è vero che la pubblica amministrazione interpreta i mandati legislativi e non si limita mai ad una mera applicazione tramite automatismi, allora occorrerà sviluppare una pluralità di sistemi per far convergere i comportamenti dei diversi attori verso degli obiettivi concordati e individuare parallelamente una serie di meccanismi atti a valutare non solo l'adempimento alla norma ma anche l'efficacia della politica complessiva.

Si tratta di una concezione orientata al "bisogno" estremamente rispettosa dell'autonomia del legislatore regionale, in quanto, evita di normare il settore dei servizi sociali predefinendo risposte standard, le quali presuppongono il riconoscimento di bisogni omogenei ed uniformi, rispetto a *target* che invece possono essere anche fortemente differenziati.

Nella tavola 1 viene rappresentata la concezione multidimensionale-strategica dei Lep e si evidenziano le relazioni tra le tre dimensioni ad essa soggiacenti.

Nell'intersezione tra le tre dimensioni viene individuato uno dei primi

step a monte del processo definitorio dei Lep: "l'indicazione dei diritti da tutelare in modo uniforme su tutto il territorio". L'obiettivo sostanziale dei Lep non è traducibile in termini di accordo circa la definizione qualitativa e quantitativa dei servizi da offrire in modo uniforme ma, viceversa, presuppone un'intesa sul fine, su quali specifici diritti tutelare in modo uniforme.

Questo punto, oltre a non avallare necessariamente l'assetto del sistema dei servizi attuali (v. tendenza autoreferenziale e autoconservativa di ogni istituzione), è coerente con una ipotesi di affiancamento al processo definitorio dei Lep di programmi straordinari di intervento come previsto dall'art 119 del Titolo V Cost.

Lep concernenti prestazioni al singolo o pacchetto di servizi

Questa dimensione è "centrata sul soddisfacimento dei bisogni del singolo", l'esigibilità concerne non necessariamente la singola prestazione (N.B. come previsto dalla prima concezione da noi definita "prestazionale") ma un pacchetto di prestazioni/servizi ritenuti in grado di rispondere in modo alternativo o, se necessario, sinergico a determinati bisogni (v. il criterio di riferimento è la pertinenza); permarrebbero una serie di prestazioni fortemente proceduralizzate e garantite quali, ad esempio, l'assegno di accompagnamento e, in un probabile futuro, una misura di tutela del reddito e contrasto alla povertà (per esempio, Rmi, reddito ultima istanza). L'equazione esposta nella tabella sottostante sintetizza tali concetti.

$Lep = target / bisogno e diritto da tutelare / pacchetto di servizi$

Il pacchetto di servizi include prestazioni monetarie e in natura ritenute

necessarie a tutelare un determinato diritto ed è di composizione variabile non solo, ovviamente, in relazione a caratteristiche demografiche e indicatori di bisogno del territorio (aspetto previsto in ogni modello) e del singolo cittadino e/o nucleo familiare, ma soprattutto in funzione delle scelte del cittadino e anche del programmatore regionale e locale che potrà optare e al contempo rendere conto ai propri cittadini, di soluzioni gestionali assai diversificate.

Nella tavola 2 abbiamo ipotizzato di applicare la concezione "pacchetto dei servizi" alla declinazione dei Lep concernenti il diritto degli anziani alla domiciliarità e il supporto alle funzioni educative delle famiglie nei primissimi anni di vita del bambino riportando degli standard di livelli essenziali tratti dall'esperienza della Germania (Gori, in AA. VV., 2003, p. 1) e della Finlandia.

L'idea base è che uno stesso diritto può essere garantito tramite la predisposizione non di una risposta standardizzata ma di un *mix* di risposte e misure, concordate tra amministrazioni e cittadini tra cui: *voucher*, assistenza domiciliare, defiscalizzazione degli oneri sociali, servizi che favoriscono l'incontro domanda/offerta di lavoro tra familiari datori di lavoro e lavoratrici domestiche o badanti, buoni sociali, centri diurni per anziani non autosufficienti, ecc.

Lep concernenti prestazioni del welfare comunitario o anche i servizi collettivi

La centratura eccessiva sulla concezione prestazionista e sulla dimensione esclusivamente centrata sull'individuo, rischierebbe di indebolire le tipologie di offerta meno orientate al recupero e al trattamento del disagio e più orientate alla prevenzione, alla promozione dei diritti e allo sviluppo di opportunità sul territorio. Si rischierebbe, inoltre, di indebolire le funzioni di tutela e controllo svolte da servizi che rappresentano un'"antenna" sul territorio e svolgono funzioni di attivazione delle risorse relazionali (N.B. il tema del lavoro di rete sostenuto da accordi, visibilità e legittimità data a livello istituzionale).

In tal modo la tutela del minore, ad esempio, rischierebbe di concentrarsi

Note

⁵ L. 3/01, Cost. Parte II, Titolo V, art. 117, comma 2, lettera m.

⁶ Nel caso della proposta di standard di offerta sui nidi, riferiti alla copertura del *target* inteso come percentuale di minori con basso reddito in un determinato territorio, tratto da Ranci Ortigosa, Crepaldi, Falcitore, Giorni, "Una proposta per attuare i Liveas" (in AA. VV., 2003, p. 56), potremmo chiederci cosa avverrebbe se a tale standard non si affiancassero anche altri standard di offerta volti a garantire la diffusione del nido e aumentarne l'accessibilità per tutte le fasce sociali.

TAVOLA 1 La concezione dei Lep multidimensionale-strategica



TAVOLA 2 Lep come diritto al soddisfacimento di un bisogno tramite un mix di prestazioni

Obiettivo	Standard	Pacchetto di prestazioni
Garantire il diritto alla cura dei bambini in età prescolare (es. Finlandia)	Standard sul diritto alla prestazione: Tutti i bambini da 6 a 30 mesi hanno diritto a usufruire di una delle seguenti 4 tipologie di offerta	Asilo nido Asilo nido in famiglia Contributo economico per la famiglia Voucher per l'impiego di assistenza privata
	Standard di offerta: Ogni 10.000 abitanti da 0 a 3 anni occorre prevedere asili nido che garantiscono una copertura dei posti pari al 50% I contributi economici non devono superare il 15% delle prestazioni rivolte a tale target (il voucher scoraggia amministrazioni locali e famiglie da eventuale utilizzo massiccio di misura non ritenuta del tutto pertinente)	Asilo nido Voucher Contributo economico
Garantire il diritto alla domiciliazione degli anziani parzialmente e/o non autosufficienti	Standard di offerta Tutti i cittadini parzialmente non autosufficienti o non autosufficienti (v. grado di autosufficienza misurato grazie a scala comune come Adl e Iadl semplificate) hanno diritto ad accedere a un "pacchetto di servizi" che comprenda almeno una delle seguenti prestazioni in alternativa alla soluzione residenziale: a. contributo economico b. centro diurno c. assistenza domiciliare	<ul style="list-style-type: none"> • contributo economico • centro diurno • assistenza domiciliare

di fatto su interventi riparatori, garantiti in situazioni estreme da strutture residenziali, in una logica unicamente riparativa.⁷

Il dovere della Repubblica di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che limitano di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini consegue di fatto "al riconoscimento dei diritti fondamentali della persona sia come singolo, che come parte di un'organizzazione" (l. Cost. 3/01, art.2; Cnel, 2002). Occorre quindi garantire non solo i servizi, le funzioni e le attività concernenti la tutela dei diritti del singolo, ma anche quelli rivolti alla collettività: si tratterebbe di prestazioni volte a tutelare gli interessi diffusi (per esempio, la tutela dall'inquinamento, la protezione del consumatore, la tutela dei beni ambientali, ecc.) e gli interessi collettivi (per esempio, ordini professionali, associazioni private riconosciute, associazioni di disabili, associazioni di fatto).

Ricorrere alla questione della scarsa esigibilità delle azioni di prevenzione da parte del singolo cittadino, quale elemento a supporto di un'opzione di Lep basata solo sul nucleo forte dei "diritti", potrebbe implicare, se trasferiamo il ragionamento al settore sanitario, l'esclusione tra i livelli essenziali sanitari (Lea) della prevenzione del tumore dell'utero o della prostata perché non rappresentano in senso proprio un diritto soggettivo tutelabile in termini di esigibilità da parte del singolo.

Notoriamente le campagne a livello nazionale e a livello Asl si realizzano per ampi target di popolazione e proprio in questo consiste il vantaggio della prevenzione.

Il caso di un minore segnalato dall'autorità giudiziaria ai servizi sociali rappresenta un esempio paradigmatico. Nel caso vi sia una segnalazione individuamo un soggetto portatore di un diritto attorno al quale si possono attivare una serie di "prestazioni" non necessariamente indirizzate allo stesso minore (ma ai propri familiari, agli insegnanti, ecc.). E nel caso non vi fosse "ancora una segnalazione e non vi sia un fatto eclatante"? Il diritto del minore nei fatti è tutelato nella misura in cui esistono misure adeguate rivolte alla collettività con valenza preventiva, e non solo nel caso in cui si interviene a seguito di una grave violazione dei diritti.

Lep come prestazioni tra amministrazione e agenzie intermedie

Lo Stato ha il dovere di agire attivamente per la rimozione degli ostacoli che impediscono lo sviluppo della persona e la sua partecipazione alla vita democratica dell'ordinamento e in tal senso i diritti sociali vengono tutelati non solo nel rapporto tra utenti-cittadini e fornitori di un servizio, ma anche fra diversi livelli istituzionali e fra fornitori di servizio e soggetti di programmazione pubblica (Gigliani, 2003, p. 7).

In tal senso vanno interpretati anche i livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria che identificano alcuni servizi di controllo e tutela della salute pubblica dai quali derivano obblighi informativi nei confronti di alcune autorità locali o dell'amministrazione centrale. In questa seconda accezione possiamo includere anche azioni e servizi finalizzati a tutelare dei diritti ma non direttamente identificabili come prestazione al singolo beneficiario: rientrerebbero in tale accezione i livelli essenziali concernenti il diritto alla sicurezza alimentare che vengono garantiti tramite prestazione del servizio veterinario attualmente in capo alla sanità, e che non si traducono in *output*, in servizi diretti al cittadino singolo.

Proseguendo il confronto con il settore sanitario, osserviamo che i Lea relativi all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro⁸ prevedono anche l'obbligo di monitorare costantemente la potabilità delle acque o il grado di inquinamento ambientale (acustico, elettromagnetico, atmosferico dovuto a precipitazione di sostanze incombuste); in connessione a tali funzioni (N.B. Lea Dpcm 29/11/2001, Tab. 2) si vengono a determinare una serie di obblighi informativi nei confronti delle diverse autorità competenti qualora si rilevi un innalzamento di determinati valori standard.

Le questioni della tutela della salute dai rischi ambientali, delle funzioni delle Arpa Agenzie regionali ambientali (N.B. i fondi con cui sono finanziati le Arpa derivano da una quota per la prevenzione del Ssn) e del rapporto tra queste e i Dipartimenti prevenzione delle Asl rappresentano attualmente temi di grande rilievo soprattutto a seguito della devolution di molti poteri alle Regioni- che vengono ripresi dall'ultimo Psn e dagli stessi Lea (Bacchi et al., 2003, p. 23).

Il Piano sanitario nazionale 2002-2004 che riprende al cap. 4 la problematica della necessaria integrazione tra le componenti ambientale (n.b materia di competenza esclusiva dello Stato, a seguito art. 117 Titolo V Cost.) e sanitaria, cita: "Sono in molti casi ben accertate le interazioni fra i fattori di rischio ambientali e la salute, anche se la ricerca delle possibili soluzioni resta talvolta problematica particolarmente per le complesse implicazioni socioeconomiche sottostanti. In questo settore, importanti benefici sono prevedibili attraverso l'efficace collaborazione fra i settori che, a livello nazionale e territoriale, sono responsabili per la salute o per l'ambiente".

Il riferimento all'interazione tra

politiche ambientali e tutela della salute appena riportato è volto a dimostrare che il “nocciolo” su cui verte la declinazione dei Livelli essenziali può legittimamente interessare in modo orizzontale l’interazione tra materie e amministrazioni diverse e non necessariamente limitarsi alla nozione di prestazione al singolo.

La possibilità di una tale impostazione, peraltro, sarebbe legittimata dal carattere “trasversale” dei Lep, riconosciuto anche dalla Corte costituzionale (Con la sent. n. 282/02) e non potrebbe essere letta come sfioramento delle competenze dello Stato nelle competenze d’ordine organizzativo e gestionale delle Regioni.

Tra le garanzie indirette del diritto alla salute, come pure dell’assistenza sociale, occorrerebbe quindi menzionare anche i rapporti fra diverse amministrazioni e tra amministrazioni e agenzie del privato e del non profit. Sempre più assistiamo a una divaricazione tra funzioni di programmazione, acquisto e controllo, e funzioni erogative (N.B. nel sociale in gran parte affidate al privato sociale). In entrambi i settori il sistema previsto dall’ordinamento è quello dell’offerta programmata o anche della domanda controllata, in cui i soggetti che offrono i servizi entrano in contatto con gli utenti previa mediazione di un terzo soggetto che dosa e filtra domande di prestazione. Le preoccupazioni circa il possibile sviluppo di interessi di carattere economico contrastanti potrebbe interessare la stessa definizione dei Livelli essenziali o del grado di copertura degli stessi.

Nella letteratura è stata, ad esempio, più volte rilevata l’esistenza di meccanismi di selezione del *target* che risulta economicamente più vantaggioso per l’organismo gestore ed erogatore del servizio, tali meccanismi sono detti anche di *creaming* e in tal senso andrebbero letti alcuni interventi della giurisprudenza in materia di livelli essenziali nel settore sanitario.

CONCLUSIONI

Le conclusioni a cui siamo giunti è che in una logica orientata all’effettiva tutela dei diritti e in un contesto istituzionale caratterizzato da una forte spinta al federalismo regionale, sarebbe preferibile adottare una concezione multidimensionale-strategica che consentirebbe meglio di sperimentare soluzioni capaci di bilanciare le diverse leve atte a garantire l’effettiva esigibilità di determinati diritti, da parte di tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale. In questa concezione, i Lep sono concepiti sia come offerta diretta, sia come offerta

indiretta al cittadino, e le prestazioni si riferiscono sia a beneficiari individuali sia a soggetti collettivi, bilanciando così possibili rischi connessi ad un modello “prestazionale” che, attento alla standardizzazione della risposta, rischierebbe, da un lato, di caratterizzarsi per una debole identificazione degli obiettivi e dei diritti sostanziali da tutelare e quindi in una scarsa rispondenza ai bisogni dei cittadini (si pensi alla monetizzazione dei Lep e alla rinuncia a un modello di welfare universalista) e, dall’altro, di determinare un’eccessiva ingerenza nei confronti dell’autonomia programmatica e legislativa delle Regioni stesse.

Le possibili difficoltà attuative dell’approccio multidimensionale derivano dalla sua maggiore complessità che richiederebbe, in una prima fase, un maggior investimento di risorse, sia sotto il profilo tecnico sia organizzativo.

Il margine di flessibilità previsto in questa concezione dei Lep in relazione alle diverse opzioni di prestazioni da garantire (N.B. il pacchetto dei servizi) da un lato comporterebbe una maggiore praticabilità del modello ma dall’altra potrebbe comportare un maggiore sforzo per il monitoraggio dell’offerta. Le soluzioni che tendono a monetizzare le prestazioni sociali e quelle basate sul massiccio utilizzo di strumenti come i *voucher* e i buoni servizio che riguardano unicamente servizi a domanda diretta sono senz’altro più facilmente monitorabili.

I vantaggi maggiori della concezione “multidimensionale” sono, viceversa, dati dal fatto che indurrebbe a definire meglio il nucleo i diritti che si intendono tutelare, gli obiettivi alla base dei Lep. Attualmente, la spesa è concentrata sulle erogazioni monetarie e vi sono ampie variazioni dell’offerta dei servizi sociali tra Regioni e singole aree territoriali, se partissimo vincolandoci eccessivamente al sistema di prestazioni esistenti ne subiremmo necessariamente limiti e distorsioni.

Sin dalle prime formulazioni si suggerisce quindi di considerare l’inserimento, nel provvedimento sui Lep in materia socioassistenziale di prestazioni concernenti il welfare di comunità, di pacchetti di servizi con prestazioni

Note

7 A proposito potrebbe essere preferibile non uno standard per le strutture residenziali dedicate ai minori uguale in tutto il territorio nazionale (es. n° posti strutture residenziali/% minori), ma un obbligo a mantenere nella provincia di residenza tutti i minori per i quali la struttura residenziale viene indicata come soluzione adeguata e, viceversa, posti degli standard decrescenti negli anni per diminuire, e non alzare, lo standard di offerta di questa tipologia di servizio.

8 Dpcm 29 nov. 2001, Allegato 1, 1.A “Classificazione dei livelli Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro”, voce B.

equivalenti o alternative e di attività concernenti i rapporti tra diverse amministrazioni e agenzie intermedie e di considerare la possibilità di affiancare il provvedimento a programmi straordinari per colmare i deficit infrastrutturali di alcune aree e regioni.

Bibliografia

AA. VV., “Livelli essenziali delle prestazioni sociali. Dai principi alla pratica?”, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, numero speciale 15-17, 2003.

Bacchi R., Gardini A., Salizzato L., Lauriola P., Merloni R., Zecchi G., “Livelli essenziali di assistenza in Emilia-Romagna: proposte per lo sviluppo di un prototipo”, *ArpaRivista*, 1, 2003, http://www.arpa.emr.it/arparivista/download/pdf2003n1/bacchi1_03.pdf

Balboni E., “Il concetto di ‘livelli essenziali e uniformi’ come garanzia in materia di diritti sociali”, *Le Istituzioni del federalismo*, 6, 2001.

Belletti M., “I Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali... alla prova della giurisprudenza costituzionale. Alla ricerca del parametro plausibile...”, *Le Istituzioni del federalismo*, 3-4, 2003, pp. 613-646.

Braga M., Cislighi C., “Problemi di modellizzazione dei livelli essenziali di assistenza”, paper presentato al seminario Isi-Areas 2000, www.gimbe.org/lea/doc/cislighi.zip

Brancasi A., “Adeguatezza delle risorse finanziarie ai compiti degli enti locali”, relazione al convegno *Regioni ed enti locali dopo la riforma del titolo V della Costituzione. Fra attuazione e ipotesi di ulteriore revisione*, Caserta 10-11 aprile 2003.

Cadun E., “Livelli essenziali di assistenza e attività delle Agenzie ambientali”, *ArpaRivista*, 5, 2003, http://www.arpa.emr.it/arparivista/download/pdf2003n5/cadun5_03.pdf

Cnel, Consiglio nazionale dell’Economia e del Lavoro, Pronunce 27, *La definizione e la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni sociali alla luce della riforma costituzionale del titolo V*, Roma, 18 luglio 2002.

Cnel, *Livelli essenziali delle prestazioni e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario nella prospettiva di un federalismo solidale*, Osservazioni e proposte, Roma, 26 giugno 2003.

Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, *Proposta della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome per il Documento di programmazione economico-finanziaria (Dpef) Relativo alla manovra di finanza pubblica per gli anni 2004-2007*, documento punto 1, Odg Conferenza unificata, 18-19 giugno 2003, http://www.regioni.it/fascicoli_conferen/Presidenti/2003/giugno/18_19_06_03/18e19062003dpef.htm

Costa G., Spadea T., Faggiano F., Cardano M., “Diseguaglianze nella salute: determinanti e politiche in Italia negli anni ‘90”, paper presentato al seminario Isi-Areas 2000, www.gimbe.org/lea/doc/Costa.doc

“Documento delle Regioni per l’avvio del confronto con lo Stato”, in AA. VV., 2003.

“Focus on. Dall’Accordo dell’8 agosto alla definizione dei Lep, Lea: un ponte tra l’autonomia regionale e il diritto all’equità nell’accesso ai servizi sanitari definizione dei Livelli essenziali di assistenza”, *Assr. Bimestrale dell’Agenzia per i servizi sanitari regionali*, 1, 2002, pp.12-61.

France G., “Standard nazionali e devoluzione. Una prima ricognizione”, paper presentato al seminario Mipa, dicembre 2003.

France G., “Diritto alla salute, devolution e contenimento della spesa: scelte difficili, scelte obbligate”, studio tratto da Issirfa-Cnr, *Terzo rapporto annuale sullo Stato del regionalismo in Italia*, XIII capitolo, 2004, <http://www.issirfa.cnr.it/file2.php?a=rea=6&file=leggiarticolosez=articoli&art=1839>

Gigliani F., “La tutela dei diritti di assistenza sociale e sanitaria dopo l’introduzione in costituzione dei livelli essenziali”, paper tratto da sito Astrid, Associazione per gli studi e le ricerche sulla riforma delle istituzioni democratiche e sull’innovazione nelle amministrazioni pubbliche, 2003, www.astridonline.it

Leone L., Iurleo A., Report di ricerca, Studio Cevas, “Un percorso possibile per la definizione dei livelli essenziali di porta sociale l. 328/00”, 2004, download “La porta Sociale: una buona pratica per l’accesso

alla rete dei servizi”, http://www.welfare.gov.it/EaChannel/MenuIstituzionale/Sociale/Monitor_valutazione/documenti/PortasocialLepres.htm

Leone L., Iurleo A., *Rapporto di ricerca. Il processo di definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni sociali*, 27 aprile 2004, Studio Cevas, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali DG Fnps, Roma, 2004.

Meloni G., “Il nuovo assetto costituzionale delle competenze e la legislazione di settore in materia di assistenza sociale”, relazione al convegno *Le politiche sociali integrate nel nuovo quadro costituzionale*, Cnel, Roma, 6 maggio 2002, ora *Nuove autonomie*, 3, 2002, p. 337 ss.

Mipa, Seminario *Livelli essenziali delle prestazioni e poteri sostitutivi Mipa*, Formez, 12-2003.

Mipa, Consorzio per lo sviluppo delle metodologie e delle innovazioni nelle pubbliche amministrazioni, *Relazioni e materiali per l'analisi dei processi innovativi nella pubblica amministrazione*, Istat, marzo 2005, http://www.istat.it/dati/catalogo/20051121_03/vol_10_innovazione_frontiera.pdf

Natalini A., “Livelli essenziali di prestazione nel settore dell'assistenza”, paper presentato al Seminario Cnel del 9 giugno 2003.

Pinelli C., “Il nuovo Titolo V della parte II della Costituzione. Primi problemi della sua attuazione. L'ordinamento repubblicano nel nuovo impianto del Titolo V”, paper presentato al seminario *Il nuovo Titolo V della parte II della Costituzione*, Bologna, 14 gennaio 2002, <http://www.associazionedeicostituzionalisti.it/redazione.html>