

Prospettive
Sociali
e Sanitarie

Speciale

Costruiamo il elfare dei Diritti

Ridefinire le politiche sociali
su criteri di equità ed efficacia

irs

2

ANNO XLVI / primavera 2016

SPECIALE

Costruiamo il Welfare dei Diritti

Ridefinire le politiche sociali su criteri di equità e di efficacia

- 1 Executive summary. *Le ragioni e i contenuti delle nostre proposte di riforma*
- L'oggi**
- 11 Capitolo 1. *Le condizioni economiche delle famiglie e la distribuzione delle prestazioni monetarie nazionali*
L'obiettivo. I benefici sociali di un'ottimizzazione delle politiche su criteri di equità ed efficacia
- 25 Capitolo 2. *La riforma compiuta*
Le prime tappe del percorso verso la riforma
- 34 Capitolo 3. *Politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alle famiglie con figli*
- 49 Capitolo 4. *Politiche di sostegno e promozione delle persone con disabilità e non autosufficienza*
Apprendimenti dai contesti territoriali
- 59 Capitolo 5. *Condizioni e linee di sviluppo per l'attuazione sui territori degli indirizzi e delle proposte di riforma*
- 63 Capitolo 6. *Gli interventi e i servizi per il contrasto della povertà*
- 72 Capitolo 7. *Gli interventi e i servizi per il sostegno delle persone con non autosufficienza*
- 79 Capitolo 8. *Gli interventi e i servizi a sostegno e promozione delle persone con disabilità*
- 88 Bibliografia

Il testo presentato è frutto di un lavoro di gruppo, realizzato da ARS in collaborazione con il CAPP Università di Modena e Reggio Emilia e con IRS, e rappresenta lo sviluppo e l'approfondimento di precedenti proposte di riforma da noi realizzate e pubblicate (PSS 20-22/2011 e 8-10/2013).

Seppure il lavoro è l'esito di incontri, discussioni, osservazioni e integrazioni reciproche, indichiamo di seguito chi, in varia misura, ha contribuito all'elaborazione e redazione delle diverse parti: Presentazione delle ragioni e dei contenuti della nostra proposta, Emanuele Ranci Ortigosa; capitolo 1, Massimo Baldini e Daniela Mesini; capitolo 2, Emanuele Ranci Ortigosa e Paolo Bosi; capitolo 3, Daniela Mesini, Paolo Bosi, Massimo Baldini; capitolo 4, Sergio Pasquinelli, Claudio Castegnaro, Diletta Cicoletti; capitolo 5, Valentina Ghetti e Daniela Mesini; capitolo 6, Valentina Ghetti e Daniela Mesini; capitolo 7, Sergio Pasquinelli; capitolo 8, Claudio Castegnaro, Diletta Cicoletti e Valentina Ghetti.

La pubblicazione è a cura di Emanuele Ranci Ortigosa e Daniela Mesini, che hanno coordinato la ricerca, con la collaborazione di Paolo Bosi per la prima parte e di Valentina Ghetti per la seconda parte. L'elaborazione dei dati IT-SILC è opera di Massimo Baldini. Riccardo Sartori ha collaborato alla cura editoriale.

I singoli report territoriali e le Appendici metodologiche e statistiche sono disponibili su www.welfaredeidiritti.co.nf/cwd3



Prospettive Sociali e Sanitarie è stampata usando le carte Recital White + e Respecta 100 di Burgo Distribuzione, composte al 100% da fibre riciclate

Direzione

Emanuele Ranci Ortigosa

(direttore responsabile)

Ugo De Ambrogio, Sergio Pasquinelli

(vicedirettori)

Caporedattore

Francesca Susani (pss@irsonline.it)

Redazione

Claudio Caffarena, Ariela Casartelli, Roberto Cerabolini, Diletta Cicoletti, Valentina Ghetti, Elena Giudice, Francesca Merlini, Daniela Mesini, Maurizio Motta, Paolo Peduzzi, Franco Pesaresi, Dela Ranci Agnoletto, Remo Siza, Giorgio Sordelli, Patrizia Taccani

Comitato scientifico

Paolo Barbetta, Alessandro Battistella, Luca Beltrametti, Teresa Bertotti, Paolo Bosi, Annamaria Campanini, Maria Dal Pra Ponticelli, Maurizio Ferrera, Marco Geddes da Filicaia, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Luciano Guerzoni, Francesco Longo, Gavino Maciocco, Marco Musella, Franca Olivetti Manoukian, Giuseppe A. Micheli, Nicola Negri, Fausta Ongaro, Valerio Onida, Marina Piazza, Costanzo Ranci, Chiara Saraceno, Maria Chiara Setti Bassanini, Antonio Tosi

Contatti

Via XX Settembre 24, 20123 Milano
tel. 02 46764276 - fax 02 46764312
www.prospettivesocialiesanitarie.it

Ufficio abbonati

Teresa Albanese (pss.abbo@irsonline.it)

Abbonamento 2015

CCP n. 36973204

IBAN IT57 J076 0101 6000 0003 6973204

€ 59,00 (privati); € 69,00 (ass. di volontariato e coop. sociali); € 89,00 (enti); € 96,00 (estero); € 100,00 (sostenitore).

L'abbonamento decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre.

Prezzo per copia: € 7,50 (arretrati € 12,00)

Progetto grafico e impaginazione

Riccardo Sartori

Stampa

Grafica Sant'Angelo

Via Vicinale 6, Sant'Angelo Lodigiano (LO)

Tel. 0371 210290

Registrazione

Tribunale di Milano n. 83 del 5-3-1973

ISSN 0393-9510

È vietata la riproduzione dei testi, anche parziale, senza autorizzazione.

Le ragioni e i contenuti delle nostre proposte di riforma

PRIMA PARTE: Dalla situazione attuale alla riforma compiuta

1. COSTRUIAMO IL WELFARE DEI DIRITTI. RINNOVIAMO LE NOSTRE PROPOSTE COGLIENDO ANCHE L'OPPORTUNITÀ OFFERTA DALLA LEGGE DI STABILITÀ 2016 E DAL DDL DELEGA, PER ANDARE OLTRE

Il nostro welfare sociale presenta forti e perduranti limiti: non è equo, non è efficace nel contrastare le situazioni di maggiore fragilità, manca di una misura nazionale di contrasto della povertà, non rapporta gli interventi ai bisogni e alla loro intensità, ha risorse troppo scarse sui territori per i sistemi di servizi. Siamo da anni impegnati a documentare questi limiti, analizzarne le conseguenze, elaborare e presentare proposte di cambiamento. Il box a pag. 88 ripercorre brevemente le tappe di questo lavoro che ci hanno portato a formulare le proposte di riforma presentate qui di seguito. La nostra iniziativa intercetta anche l'opportunità offerta dalla legge di stabilità, comma 388, e dal successivo DDL del Governo, che prevedono che nel 2016 vengano approvati uno o più provvedimenti legislativi finalizzati:

- all'introduzione di un'unica misura nazionale di contrasto alla povertà individuata come livello essenziale di assistenza;
- alla razionalizzazione delle prestazioni esistenti sottoposte alla prova dei mezzi;
- al riordino della normativa in materia di sistemi di interventi e servizi sociali.

Si presenta quindi un'opportunità per procedere a un'analisi e ad un confronto che superi anche i non pochi limiti della delega per avviare una seria riforma del nostro sistema delle politiche sociali, e in particolare delle misure nazionali in atto per il contrasto della povertà, il sostegno alle famiglie con figli, il sostegno a non autosufficienti e disabili, fondata su criteri di equità e di efficacia, "per renderlo più adeguato rispetto ai bisogni emergenti e più equo e omogeneo sull'accesso alle prestazioni, secondo i principi dell'universalismo selettivo" (art. 1, c. 1). La nostra proposta è finalizzata a costituire con i livelli essenziali di assistenza effettivi diritti anche in campo sociale.

Impegnati da decenni nelle ricerche e nel dibattito per sollecitare e sostanziare di contenuti tale necessaria riforma, intendiamo valorizzare questa opportunità presentando nostre proposte di riforma. Articoliamo il nostro rap-

porto in due parti. Nella prima trattiamo il panorama e le politiche nazionali:

L'oggi (capitolo 1). Gli attuali contenuti delle politiche sociali rappresentano soprattutto l'esito frammentato di retaggi storici e della capacità di pressione dei diversi interessi organizzati. L'ineguale distribuzione sociale delle erogazioni e le sue conseguenze: *uguali bisogni, diversi sostegni; diversi bisogni, uguali sostegni*.

L'obiettivo: la riforma compiuta (capitolo 2).

Per una significativa analisi e conseguente riforma delle politiche sociali vanno assunti come criteri guida equità ed efficacia: *a uguali bisogni uguali sostegni, a maggiori bisogni maggiori sostegni*. Ottimizzando l'uso delle risorse già oggi assegnate alle politiche sociali si può offrire una copertura dei bisogni e delle fragilità delle persone e delle famiglie ben più adeguata dell'attuale, in termini di miglior affermazione e attuazione dei diritti sociali affermati dalla Costituzione e dalla normativa sui livelli essenziali.

Le prime tappe del percorso (capitoli 3 e 4). Proposte attuali e agibili di riforma per le politiche e le erogazioni nazionali di sostegno alla famiglia e di contrasto alla povertà, quelle di sostegno e promozione delle persone con disabilità e non autosufficienza. Analisi della attuale situazione e proposte per *lo sviluppo delle funzioni e delle risorse della rete dei servizi e degli interventi sul territorio*, come fattore chiave di ogni processo di riforma.

Lo sviluppo dei servizi per l'attuazione sui territori delle proposte di riforma presentate (capitoli 5, 6, 7, 8). Le lezioni che traiamo sulle diverse politiche dall'analisi della situazione e delle tendenze in atto nelle sette realtà territoriali coinvolte nella nostra ricerca e che specificamente trattiamo nella *Seconda parte del rapporto di ricerca* (www.welfaredeidiritti.co.nf/cwd3). In relazione alle diverse aree di *policy* indagate rileviamo il posizionamento dei singoli territori e dei servizi coinvolti, per raccogliere ulteriori elementi sull'attuabilità della riforma proposta, fornendo ai territori stessi dei *benchmark* con cui misurarsi. I contesti territoriali coinvolti sono complessivamente sette, distribuiti tra 4 Regioni (Lombardia, Liguria, Piemonte ed Emilia-Romagna). Quattro sono ambiti sovracomunali (Crema, Garbagnate, Merate e Cuneo) e 3 sono territori monocomunali (Torino, Parma e La Spezia).

2. CI SONO MOLTE PERSONE E FAMIGLIE IN CONDIZIONE DI GRAVE FRAGILITÀ E DIFFICOLTÀ, CHE RICHIEDONO INTERVENTI DI SOSTEGNO

Le famiglie italiane vivono in condizioni fortemente diseguali. Molte sono povere, molte hanno disabili e non autosufficienti.

Secondo l'ISTAT nel 2014, 4.102.000 persone, il 6,8% della popolazione residente, erano in condizione di povertà assoluta, mentre 7.815.000 persone, il 12,9% della popolazione, erano in condizione di povertà relativa.

Utilizzando l'ISEE per valutare la condizione economica delle famiglie quelle del dieci percento (tecnicamente "decile") più svantaggiato possono contare mediamente su un reddito disponibile equivalente annuo di 7.014 euro, poco più di 500 euro al mese, quelle del dieci percento appena superiore su 11.280, meno di 600 euro al mese.¹ Sono valori medi, che nascondono situazioni molto peggiori, per le forti differenze fra le singole famiglie, e in particolare fra quelle con solo adulti e anziani e quelle con minori, e quelle fra le famiglie che stanno al nord, al centro e soprattutto al sud. Su rilevazioni ISTAT si stima anche che nel nostro Paese vi siano oltre 2.800.000 persone anziane non autosufficienti e oltre 700.000 persone disabili, di età compresa fra 0 e 64 anni, che non godono di sostegni proporzionati ai loro bisogni di assistenza.

Per fronteggiare sofferenze sociali quali quelle richiamate l'Italia ha impegnato nel 2014 oltre 72 miliardi di euro di spesa assistenziale pubblica, 4,5 punti del PIL. Un livello di spesa attorno alla media europea, non allocato però su politiche e interventi coerenti e funzionali, tali da massimizzare esiti di efficacia ed equità. Ad esempio il 44% delle famiglie in povertà assoluta non riceve alcun sostegno monetario, così il 24% di quelle in povertà relativa. Analogamente possiamo dire che chi è in situazione di non autosufficienza o disabilità riceve come indennità di accompagnamento una cifra identica, senza quindi alcun rapporto con l'intensità del suo bisogno assistenziale o delle sue opportunità di vita attiva.

Contemporaneamente per via degli attuali diversi criteri di selezione quasi 13 miliardi di euro, il 25% dei quasi 56 miliardi di euro dei trasferimenti monetari nazionali, va alle famiglie dei 4 decili superiori, quelli che hanno l'ISEE più elevato, con un reddito disponibile medio equivalente che va dai 23.621 euro del sesto decile ai 48.389 euro del decimo decile. Famiglie generalmente quindi abbienti, o addirittura ricche. Agli stessi quattro decili ISEE superiori va il 26% delle erogazioni specificamente destinate ad integrare redditi insufficienti.

Nella loro stessa configurazione gli attuali interventi presentano gravi limiti di equità e di efficacia nell'aiuto. Perseguire una maggior equità è compito di un insieme di politiche economiche, fiscali, del lavoro, della formazione, della cultura, e altre ancora. Anche le politiche sociali possono e debbono svolgere un'importante funzione equitativa. Finanziarie da risorse pubbliche acquisite con il prelievo fiscale devono ridistribuirle solo a sostegno di chi è in situazione di

difficoltà e di bisogno socialmente riconosciuto, in modo equo. Gli attuali interventi assistenziali lasciano invece senza alcun sostegno molti in gravi situazione di bisogno, o danno un sostegno non rapportato all'intensità del bisogno. Presentano quindi gravi limiti di equità, ma anche di efficacia nell'aiuto, per il loro carattere categoriale, la frammentazione, la generalizzata monetizzazione. Efficaci infatti sono gli interventi appropriati alle singole situazioni di bisogno, mirati nel loro contenuto – soldi e/o servizi – sul caso specifico. Se più dell'80% delle risorse sono vincolate alle erogazioni monetarie standardizzate dell'INPS, l'intervento dei servizi è a priori penalizzato, e non c'è la possibilità di combinare al meglio varie tipologie di intervento. Che sono appropriati, e quindi più efficaci, se personalizzati, disegnati e realizzati sulla situazione specifica di una persona o di una famiglia in difficoltà da punti di accesso di servizi territoriali dotati delle necessarie competenze e professionalità.

3. COME SOSTENERE E PROMUOVERE LE CONDIZIONI DI VITA PRESENTE E FUTURA DI TUTTE LE PERSONE E FAMIGLIE IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ E DI DIFFICOLTÀ

È il compito proprio delle politiche sociali, che oggi esse non svolgono in modo e misura adeguati. Le nostre proposte intendono allora concorrere a porre la riforma delle politiche sociali, e quindi del sistema socio-assistenziale, all'ordine del giorno dell'agenda politica, pur in una situazione di crisi economica che pone vincoli alla spesa pubblica. Come abbiamo detto la legge di stabilità e il DDL delega, che prevedono nel 2016 una revisione anche se parziale del nostro sistema assistenziale, offre un'opportunità che va valorizzata, anche oltre i suoi limiti, con una riflessione e una iniziativa ampia e coraggiosa. Le importanti proposte già formulate in particolare in tema di contrasto alla povertà, ricordiamo quella del Reis della Alleanza contro la povertà, del SIA della Commissione Giovannini Guerra, del sostegno ai cinquantacinquenni poveri del presidente dell'INPS Boeri, vanno a nostro parere collocate entro una riflessione più ampia, relativa all'intero sistema assistenziale, riprendendo e aggiornando l'approccio costruito 20 anni fa dalla Commissione Onofri, la visione della l. 328 del 2000, e anche le proposte da noi presentate nel convegno del settembre 2013 e sul fascicolo 8-10 del 2013 di Prospettive Sociali e Sanitarie, oltre che in numerosi altre sedi e pubblicazioni.

Riteniamo infatti che per riformare le attuali politiche e misure socio-assistenziali, da tutti ritenute parcellizzate e incoerenti, occorra assumere un approccio sistemico, elaborare cioè una visione complessiva dei problemi che con esse si vogliono trattare, disegnare almeno a grandi linee un nuovo insieme di politiche e misure che meglio risponda a esigenze di valore e di funzionalità, stimare le risorse già disponibili e riutilizzabili e quelle aggiuntive che occorrono, delineare una strategia a più tappe per confermare, riconfigurare gli interventi in atto, o sostituirli con nuove misure. Proporre di affrontare un singolo problema con una specifica nuova misura e

la richiesta di nuove risorse *ad hoc*, senza riconsiderare e rivedere le misure esistenti, è certo più facile, ma è anche l'ennesima rinuncia all'opportunità di cominciare a migliorare il sistema nel suo insieme, in termini di equità, efficacia, economicità. Ancora una volta si sommerebbe una nuova misura a quelle vigenti, anche se obsolete, lasciando le incoerenze e gli sprechi del sistema. Per questo apprezziamo e condividiamo gli obiettivi e i contenuti delle proposte già richiamate, ma proponiamo di collocare anche tale loro proposta entro una rilettura critica e una conseguente revisione, almeno in prospettiva, delle attuali principali misure di integrazione dei redditi considerate nel loro insieme, valorizzando quindi anche le possibili sinergie e economie di scala.

Definiamo le nostre scelte e rileviamo le risorse già disponibili

Si intendono aiutare e sostenere tutti coloro che sono in analoghe condizioni di bisogno, in misura rapportata alla entità e gravità delle loro situazione. Il sostegno sarà personalizzato, combinando, ovunque opportuno, erogazioni monetarie e servizi in un progetto costruito sulle specifiche situazioni personali e familiari con il concorso dei beneficiari. Avrà la funzione, oltre che di sostegno, anche di inserimento e di attivazione sociale e lavorativa delle risorse e competenze presenti e disponibili. Tali caratteristiche comportano che tali funzioni e i relativi interventi siano allocati sul territorio, dove più diretto può essere il contatto fra bisogni e risposte, e dove i sistemi di servizi avranno la responsabilità di gestire gli interventi promuovendo crescente integrazione fra le varie politiche, le risorse pubbliche e private, le rispettive azioni.

A tal fine abbiamo proceduto alla revisione delle attuali prestazioni socioassistenziali, in particolare nazionali, e alla loro ridefinizione o sostituzione con nuove misure. Lo abbiamo fatto adottando come criteri l'equità, e quindi l'universalismo selettivo, e l'efficacia, e quindi l'adeguatezza e appropriatezza rispetto al bisogno, che va valutato per ciascuna persona e famiglia nella sua composizione, nella sua intensità, nei sostegni che richiede.

Una prima operazione da noi effettuata per superare l'attuale dispersione e consentire una prospettiva generale e un approccio sistemico è la riaggregazione in una sola area comune delle politiche sociali e delle risorse economiche pubbliche da ricondurre ad essa: nel 2014 i 72 miliardi di euro di spesa assistenziale pubblica già richiamati, che la legge di stabilità e gli impegni di spesa assunti portano a 75 miliardi per il 2017, anno in cui nuove misure dovrebbero decollare.

Quantificate le risorse già disponibili, ci siamo chiesti: se ne razionalizzassimo l'utilizzo, in un sistema coerente impostato sui criteri di equità e di efficacia da noi assunti, cosa si potrebbe ottenere e con quali costi aggiuntivi? Da qui la nostra proposta di riforma, che presentiamo qui di seguito nella sua formulazione compiuta

Punto di partenza: vediamo quale esito in termini di risposta a bisogni sociali (chiaramente

TAVOLA 1. Spesa assistenziale 2014 con impegni di spesa al 2017 (milioni di €)

Spesa assistenziale 2014		Aggiornamento al 2017	
<i>Trasferimenti famiglia</i>	18.921	<i>Bonus bebè</i>	1.212
<i>Assegni familiari</i>	6.409		
<i>Detrazioni IRPEF</i>	12.310		
<i>Assegno maternità means tested</i>	202		
<i>Trasferimenti povertà</i>	18.207	<i>Fondo nazion. lotta povertà</i>	1.304
<i>Pensione sociale</i>	4.462		
<i>Integrazioni al minimo</i>	13.036		
<i>Carta acquisti</i>	211	<i>assorbita in FNLP</i>	-211
<i>Assegno per nuclei con almeno 3 minori</i>	498		
<i>Trasferimenti invalidità</i>	17.868		
<i>Indennità di accompagnamento</i>	13.538		
<i>Invalità civile</i>	3.664		
<i>Pensioni di guerra</i>	666		
<i>Totale prestazioni monetarie</i>	54.996		
<i>Spesa Comuni per serv. e trasf. e spesa sanitaria, altro</i>	17.153		
<i>Spesa sanitaria per non autosufficienza</i>	4.782		
<i>Servizi e trasferimenti monetari comuni</i>	6.982	<i>Fondi nazionali ed europei</i>	450
<i>Altre spese assistenza sociale</i>	5.389		
<i>Totale</i>	72.149		3.177
<i>2014+2017</i>			75.326

Fonte: Elaborazione IRS su dati di contabilità nazionale.

non a tutti i bisogni sociali, ma a quelli quantitativamente più importanti trattati dal sistema assistenziale nazionale e locale) può conseguire una riorganizzazione generale del sistema vigente e delle risorse finanziarie già oggi spese in assistenza, effettuata perseguendo in primo luogo i seguenti *obiettivi*:

- il contrasto della povertà assoluta, con una integrazione economica e aiuti all'inserimento sociale per assicurare una opportunità di vita dignitosa a tutte le famiglie. Lo assumiamo come obiettivo prioritario;
- il sostegno alle famiglie non abbienti con figli minori o con età inferiore a 25 anni se impegnati in percorsi educativi;
- il sostegno alle persone non autosufficienti e con disabilità, rapportato alla entità e caratteristica del loro bisogno di assistenza, cui si aggiungano opportunità di inserimento sociale attivo;
- il sostegno economico alle famiglie non abbienti con all'interno del nucleo persone con disabilità e non autosufficienza;
- l'assicurare risorse aggiuntive per lo sviluppo

Note

- 1 *ISEE* è l'indicatore della condizione economica di una famiglia che tiene conto di tutti i redditi e del patrimonio. Il *reddito disponibile* aggiunge alla somma di tutti i redditi monetari l'affitto imputato all'abitazione posseduta, per equilibrare la condizione di chi è proprietario e di chi non lo è. Infine *equivalente* significa che si tiene conto della numerosità e della tipologia dei nuclei familiari per renderli comparabili. È dello scorso 29 febbraio 2016 una deliberazione del Consiglio di Stato che in parte conferma le precedenti sentenze del TAR del Lazio, le quali, su ricorso di alcune associazioni di tutela dei disabili, avevano dichiarato illecito considerare nel computo dei redditi le indennità di accompagnamento e in generale le misure risarcitorie per inabilità, perché ritenute di natura "compensativa" di una condizione di fragilità e non misure di sostegno al reddito. Dal momento però che, come noto, il nuovo ISEE è un complesso equilibrio di pesi e contrappesi, sarà necessario rimettere mano all'intero strumento anche intervenendo su franchigie e detrazioni per continuare ad assicurarne l'equità in termini di ordinamento della condizione economica dei richiedenti prestazioni sociali agevolate. Un box alla fine del primo capitolo tratta più ampiamente il tema.

di reti di servizi che consentano una gestione appropriata, integrata e efficace delle nuove misure, ove opportuno su progetti personalizzati.

Primo obiettivo è il contrasto alla povertà, con un Reddito minimo di inserimento, RMI, che assicuri a tutte le famiglie con reddito monetario disponibile sotto la soglia della povertà assoluta una integrazione monetaria, accompagnata da misure di integrazione e promozione sociale per tutti i componenti per cui siano opportune. Ciascuna famiglia beneficerà di un'integrazione del proprio reddito pari alla differenza tra la soglia di povertà assoluta ISTAT ed il reddito della famiglia, al netto di tutti i trasferimenti nazionali attualmente percepiti (pensione sociale, integrazione al minimo, pensione di invalidità, ecc.) e incrementato di una componente figurativa se la famiglia possiede l'abitazione di residenza. Tale misura sostituisce quindi tutte le attuali misure di integrazione di redditi insufficienti, ed è accompagnata da una salvaguardia degli attuali benefici per le famiglie dei primi 4 decili ISEE che li perderebbero.

Costerà 15 miliardi annui e ne usufruiranno circa 3.300.000 famiglie, 11,8 % dei nuclei familiari, con una integrazione monetaria media di circa 4.500 euro a nucleo, contro i 3.076 euro degli istituti vigenti. Il costo indicato va valutato nell'insieme della riforma proposta, dove anche finanziariamente risulta più agibile di quanto a prima vista potrebbe apparire. In coerenza con il nostro approccio per il finanziamento di questa misura prevediamo oltre che la richiesta di risorse nazionali aggiuntive anche un approccio redistributivo e solidaristico, con l'apporto dato dalla graduale riduzione delle erogazioni monetarie – 4,6 miliardi – di cui attualmente beneficiano le famiglie appartenenti ai quattro decili ISEE più elevati). Nelle proposte di più diretta attualità viene descritto più in dettaglio il primo passo di questa operazione equitativa.

Il Reddito minimo abbina al trasferimento monetario *interventi di inclusione attiva*, di recupero ed *empowerment* dei beneficiari, ovviamente commisurati e proporzionali alle loro caratteristiche e potenzialità, il che richiede che il sistema di offerta dei servizi in cui i percorsi saranno progettati e realizzati offra adeguate opportunità. Per questo ne prevediamo il potenziamento e lo sviluppo soprattutto dove esso è oggi più debole.

Il ruolo di "regia" e la gestione della misura in tutte le sue varie fasi e dimensioni a livello locale sarà in mano ai Comuni a livello di Ambito, che opereranno coinvolgendo i soggetti locali, in particolare del terzo settore. Questo vale in particolare per il RMI, ma è anche un'indicazione generale come esplicitiamo fra poco.

Una volta introdotto il Reddito minimo di inserimento, quale rete di protezione sociale contro la povertà assoluta in linea con gli indirizzi e le esperienze europee, procediamo con le misure finalizzate al sostegno delle responsabilità familiari e delle persone con disabilità e non autosufficienza. *Sul nuovo valore dell'ISEE*, che include i benefici del Reddito minimo, si configurano le seguenti misure.

Il sostegno alle famiglie con figli, l'Assegno a minori e figli che:

- sostituisce le detrazioni fiscali per figli a carico e gli assegni al nucleo familiare, mentre rimangono inalterate le detrazioni per coniuge a carico, per altri familiari a carico diverse da quelle per figli e per l'assegno di maternità.
- si concentra su un *target* costituito da nuclei con minori (minorenni e figli conviventi con età fino a 25 anni impegnati in attività di studio);
- assume l'ISEE come misura della condizione economica per realizzare una selettività in merito sia all'entità che all'accesso all'assegno;
- adotta un diverso e più razionale modo di determinare l'ammontare delle prestazioni al variare della composizione dei nuclei familiari e della loro condizione economica.

Per una data tipologia familiare, l'assegno ha un valore predeterminato (ad esempio, per un nucleo con due coniugi e un minore 2.067 euro annui) che rimane tale fino a che la famiglia ha una ISEE inferiore a 15.000 euro. A partire da tale valore dell'ISEE l'assegno comincia a decrescere linearmente e si azzerà in corrispondenza ad una ISEE pari a 25.000 euro. Stimiamo che per i nuclei con ISEE inferiore ai 15.000 euro l'assegno copra circa il 57% del costo di mantenimento del minore. Per nuclei di dimensione diversa, il valore dell'assegno varia in misura corrispondente, tenendo conto delle economie di scala.

L'assegno medio per i percettori della nuova misura (6,1 milioni di nuclei familiari) è di 2.528 euro annui, contro un valore medio dei sostegni alle famiglie fruiti dagli attuali percettori di assegni familiari o detrazioni per figli a carico (10,5 milioni di nuclei familiari) pari a 1.442 euro annui. Costerà 16 miliardi di euro.

Il sostegno e la promozione delle persone con disabilità e non autosufficienza: l'indennità di accompagnamento viene sostituita da una nuova misura, **la Dote di cura** per disabili e/o non autosufficienti di tutte le età, sottratta a logiche means tested ma parametrata su tre livelli di gravità e bisogno assistenziale, con contributi rispettivamente di 300, 600, 800 euro al mese, utilizzabili cash o, con incentivazione, per servizi. La platea riguarda 2,2 milioni di disabili e non autosufficienti, la spesa annua prevista è di 16,2 miliardi di euro. Produrrà benefici per i bilanci dei Comuni (i quali nel 2012 hanno speso 228 milioni solo per l'integrazione alle rette di ricovero degli anziani) e per l'occupazione regolare nel settore.

la Pensione unificata per invalidi civili riasorbe le attuali pensioni per invalidità, ciechi e sordomuti e introduce l'ISEE familiare quale strumento per realizzare la selettività a favore dei disabili in condizioni di fragilità socio-economica fino al settimo decile di ISEE. I suoi beneficiari saranno oltre un milione di persone con disabilità, per una spesa annua superiore a quella attuale per le pensioni di invalidità – anche perché prosegue dopo il 65° anno – e con un più equo e incisivo effetto redistributivo a favore delle situazioni di disagio economico. Oltre mezzo milione di disabili ricevono un importo maggiore di quanto prendono attual-

mente, a partire dal valore più alto, pari a 5.000 euro annui, di cui beneficeranno oltre 400.000 persone con disabilità.

Il Budget per l'inclusione è la nuova modalità di presa in carico per un percorso accompagnato e sostenuto di maggior autonomia per le persone con disabilità fino a 64 anni. È complementare alle due misure precedenti e offre misure di promozione e sostegno alla vita indipendente. Assicura il diritto all'elaborazione, in accordo e condivisione con il sistema dei servizi, di un progetto personalizzato di inclusione e attivazione.

Lo sviluppo e la gestione delle misure indicate coinvolge diversi livelli ed enti istituzionali. Li richiamiamo brevemente. Al livello nazionale la normativa generale, il coordinamento, il sistema informativo generale, il controllo del rispetto dei livelli essenziali. Alle Regioni la definizione dei sistemi territoriali dei servizi, la promozione e il monitoraggio delle misure, l'eventuale integrazione dei benefici con risorse proprie. Il ruolo di "regia" e la gestione delle misure in tutte le loro varie fasi e dimensioni locali sarà in mano ai Comuni a livello di Ambito, che opereranno coinvolgendo i soggetti del territorio, in particolare del terzo settore. Ai Comuni spetterà quindi l'attività informativa, il presidio degli accessi e della presa in carico, la progettazione e la diretta realizzazione dei percorsi di inclusione sociale e lavorativa dei beneficiari, in collaborazione con le altre agenzie del territorio. L'INPS gestirà le erogazioni monetarie rispettando per le misure che lo prevedono (RMI e altre che comportano valutazioni, progetti sui casi, interventi dei servizi) le indicazioni dei Comuni sui singoli casi, concorrerà ai controlli sulle condizioni economiche dei richiedenti e ad altre verifiche, parteciperà alla costruzione e gestione del sistema informativo generale sui servizi sociali, anagrafe sociale compresa.

Data la scelta di forte decentramento ai sistemi territoriali di funzioni gestite oggi centralmente *una significativa quota delle risorse*, potenzialmente di 6 miliardi, *andrà alla riorganizzazione e allo sviluppo dei servizi territoriali.* Tali sistemi dovranno quindi essere in grado di sostenere i progetti personalizzati di promozione e attivazione per individui e famiglie previsti da ciascuna delle politiche considerate, da quelle per l'inclusione sociale e lavorativa del reddito minimo a quelle di inclusione sociale e vita attiva per i disabili, promuovendo sul territorio lo sviluppo di quelle reti partecipate e integrate dell'insieme delle risorse, pubbliche e private, presenti e disponibili, che rappresentano la condizione e la sostanza del welfare comunitario.

La riflessione teorica e l'analisi sul campo ci hanno portato a identificare alcuni fattori regolativi del sistema dei servizi e delle prestazioni e di governo della presa in carico dell'utenza che costituiscono condizioni per l'agibilità delle proposte sui territori. In relazione alla perseguibilità di una miglior equità distributiva risulta fondamentale l'assunzione di regolazioni dell'accesso, omogenee a livello d'ambito territoriale, basate su criteri sia di valutazione della gravità del bisogno che della condizione socio-redittuale della persona. Ulteriore condizione è poi l'assunzione

di logiche progressive di compartecipazione al costo da parte dell'utenza, dove previste. In riferimento allo sviluppo di una maggior efficacia dell'intervento, fattore determinante risulta la presenza di un governo della fase di accesso al sistema di prestazioni e interventi erogati, con chiara declinazione delle diverse funzioni (informazione, orientamento e *assessment*) e forme di coordinamento ed integrazione - laddove previsti punti di accesso multipli - che consentano di intercettare ampia parte della domanda potenziale. Integrano il quadro dei fattori favorevoli l'agibilità delle proposte presentate, percorsi di presa in carico fondati su:

- valutazioni di tipo multidimensionale della persona/famiglia, realizzate mediante il coinvolgimento di differenti professionalità e attente alla valorizzazione delle risorse presenti;
- prassi di progettazione dell'intervento di tipo personalizzato, fondate sul coinvolgimento attivo dell'utenza);
- governo del caso basato sulla chiara attribuzione di funzioni di regia della presa in carico, di monitoraggio e di valutazione legati a specifici obiettivi ed indicatori;
- sviluppo di prassi e modalità di integrazione a differenti livelli tra i diversi attori coinvolti nella presa in carico e tra le risorse mobilitate dai differenti livelli istituzionali (budget unico).

Questi fattori regolativi del sistema dei servizi e delle prestazioni e di governo della presa in carico dell'utenza presuppongono naturalmente che sul territorio sia presente una dotazione articolata di risorse, servizi, competenze che svolgano concretamente a servizio dell'utente quanto progettato, e lo svolgano con un livello di qualità costruito e verificato. Tale situazione non è già assicurata e disponibile, con grandi differenze anche territoriali. Per questo riteniamo essenziale prevedere la disponibilità di specifiche risorse finanziarie per lo sviluppo di sistemi di servizi territoriali adeguati, distribuite in modo da facilitare in particolare il recupero dei ritardi da parte delle situazioni oggi meno attrezzate. Le risorse sono necessarie ma non bastano ad assicurare processi di sviluppo complessi che richiedono crescita delle competenze politiche e manageriali e della serietà delle amministrazioni e delle dirigenze locali, dell'impegno e della professionalità degli operatori, di una positiva interazione con le popolazioni e le risorse locali

Una riforma finanziariamente agibile.

La riforma proposta costa 80 miliardi di euro, comporta un costo aggiuntivo del 10% sulla spesa assistenziale del 2014, del 6% sulla spesa già impegnata per il 2017. Le risorse coinvolte sono quelle già spese nell'anno 2014, 72 miliardi; aggiungendo ad esse quelle già impegnate per spese sociali per il 2017, si totalizzano 75 miliardi. A questa somma aggiungiamo altri 4 miliardi che abbiamo stimato necessari a finanziare nel loro insieme le nostre proposte di riforma di possibile prossima attuazione, che esponiamo nei capitoli 3 e 4 e sintetizziamo qui di seguito nel paragrafo 5.

TAVOLA 2. Il finanziamento della riforma compiuta

	milioni di €	Spesa nuova, confermata, aggiornata rispetto a 2014
Trasferimenti famiglia	19.904	
Nuovo Assegno per i minori	16.183	nuovo
Detrazione IRPEF coniuge	3.086	confermato
Detrazioni IRPEF per altri familiari a carico	433	confermato
Assegno maternità means tested	202	confermato
Trasferimenti povertà	21.800	
Reddito minimo	15.000	nuovo
Clausola salvaguardia dei redditi delle famiglie dei primi 4 decili ISEE	6.800	nuovo
Trasferimenti invalidità	20.100	
Dote di cura	15.500	nuovo
Pensione invalidità civile, compresi >65 anni	4.600	nuovo
Totale prestazioni monetarie	61.704	
Spesa sanitaria, servizi e trasf. monetari Comuni, altro	18.053	
Spesa sanitaria	4.782	confermato
Servizi e trasferimenti monetari dei Comuni	6.982	aggiornato
Sviluppo dei servizi territoriali	6.289	confermato e nuovo
Totale Riforma compiuta	79.857	

Fonte: Elaborazione IRS.

Gli effetti sociali della riforma proposta

La quota di famiglie in povertà assoluta passa da 7,2% a zero. È un risultato potenziale, perché nella realtà nessuna misura raggiunge il 100% dei potenziali beneficiari e rimane comunque una quota di povertà residua. La povertà relativa diminuisce in modo significativo per le famiglie con figli (da 26% a 23%), aumenta per le altre (da 18% a 21%).

Rispetto all'attuale distribuzione dei benefici, l'insieme delle nuove erogazioni monetarie molto più concentrato a favore delle famiglie con bassi valore ISEE, a cui andrebbe il 33% della spesa assistenziale totale rispetto all'attuale 13%. Soprattutto il Reddito minimo è decisamente schiacciato sui primi decili di ISEE, come appunto si vuole assumendo come obiettivo primario il con-

trasto alla povertà assoluta.

Il numero delle famiglie che riceve almeno un trasferimento scende da 16,8 di oggi a 12,6 milioni, ovvero dal 65,4% delle famiglie al 49,2%. Aumenta nel primo decile di ISEE, rimane sostanzialmente costante nel secondo, diminuisce dal terzo in poi in modo crescente. Si evidenzia quindi che uno degli obiettivi equitativi, quello di far convergere maggiori risorse verso le famiglie in condizioni economiche più deboli viene conseguito, ma senza penalizzare, ma anzi accrescendo, gli interventi per altre tipologie di bisogno, quali non autosufficienze, disabilità, famiglie con figli.

la riforma assicura infatti con la Dote di cura un sostegno economico o di servizi alle persone con disabilità e non autosufficienza proporzionale all'entità del loro fabbisogno assistenziale, slegato da soglie reddituali; sostiene con progetti personalizzati l'inserimento sociale di persone fragili per povertà economica o per disabilità con progetti e percorsi personalizzati, assicurati dai sistemi di servizi sociali del territorio il cui sviluppo è alimentato dal quasi raddoppio delle risorse attualmente ad essi destinate dai Comuni.

5. LA RIFORMA SOPRA DESCRITTA RAPPRESENTA UN OBIETTIVO PERSEGUIBILE IN TEMPI ADEGUATI. PER COMINCIARE AD ATTUARLA, PRESENTIAMO PROPOSTE DI RIFORMA CONCRETE E AGIBILI PER SCELTE CHE POTRANNO, ALCUNE ANZI DOVRANNO, ESSERE FATTE NEL 2016

La riforma sopra descritta (paragrafo 4) rappresenta un obiettivo perseguibile, che necessiterà

comunque di tempi non brevi di attuazione, non solo per le inerzie e resistenze, ma anche per i tempi amministrativi e tecnici di definizione, di sviluppo dei servizi del territorio, di attivazione e implementazione, di graduazione nel tempo delle variazioni per contenere i possibili disagi.

Per ricercare una maggiore agibilità sociale e politica abbiamo elaborato e proponiamo qui di seguito proposte per prime tappe in direzione della riforma prospettata. Esse riprendono l'impostazione e le misure della riforma compiuta ora presentata, declinandole però in contenuti, modalità e tempi attenti ai vincoli e alle resistenze che la realtà attuale presenta.

La maggiore differenza sta nel non considerare prioritariamente rispetto alle altre misure il RMI e nel proporre una trattazione integrata fra Assegno per le famiglie e ancora il RMI, in coerenza con il nostro approccio sistemico e anche per conseguire dei risparmi. Altre differenze le evidenziamo ora trattando le singole misure

L'Assegno per le famiglie presenta le medesime caratteristiche dell'Assegno ai minori previsto nella Riforma compiuta (paragrafo 4) quanto al *target*, alla struttura dell'assegno (costante per un dato nucleo familiare sino a 15.000 euro di ISEE e poi decrescente secondo l'ISEE per azzerarsi a 25.000 euro di ISEE), alla modalità di calcolo dell'assegno per nuclei familiari con diverso numero di minori. L'unica differenza è costituita dall'importo dell'assegno che è di poco inferiore in quanto si ritiene, nella fase iniziale, di mantenere in vita gli assegni familiari che attualmente affluiscono a nuclei familiari costituiti da pensionati (il cui costo è stimabile in circa 900 milioni). La riforma proposta è articolata a parità di risorse attualmente impegnate (18,7 miliardi di cui 14,3 per l'Assegno per le famiglie).

L'assegno per le famiglie garantisce una prestazione media, per l'insieme dei beneficiari, pari a 2270 euro annui, del 51% più elevato della media delle prestazioni sostituite. Per un nucleo di due coniugi con un minore con ISEE vicino alla soglia minima l'assegno è pari a circa 1900 euro annui. La platea dei beneficiari dell'assegno è di 6,3 milioni di nuclei familiari contro i 10,7 milioni di beneficiari dei trasferimenti sostituiti. Per le famiglie vicine alla soglia di povertà tale assegno coprirebbe circa il 53% del fabbisogno necessario a mantenere inalterato il tenore di vita di una coppia a seguito della nascita di un figlio

Il reddito minimo di inserimento sufficiente per riportare al di sopra della soglia della povertà assoluta tutte le famiglie con reddito monetario disponibile attualmente al di sotto di questa soglia. Riteniamo che questo sia un diritto da affermare come livello essenziale in tempi il più possibile ravvicinati e certi. A differenza che per la riforma compiuta esso non viene perseguito con priorità sugli altri interventi, ma contestualmente ad essi. L'ISEE quindi e il reddito non vengono calcolati al netto, ma al lordo delle altre erogazioni assistenziali, che permangono con una eccezione che chiariamo fra poco. Da qui la riduzione del costo, che si attesta sui 9,3 miliardi di euro.

Considerando tale intervento contestualmente alla riforma dell'assegno per i minori, in

coerenza con il nostro approccio sistemico, si otterrebbe un risparmio di 1,3 miliardi ed il costo complessivo si abbasserebbe a 7,96 miliardi. Riceverebbero la misura 1,78 milioni di famiglie, per il 90% concentrati nei primi due decili della distribuzione ISEE, a cui spetterebbe un trasferimento medio annuo di 4.462 euro. Ipotizzando, come verosimile, un *take-up* non del 100% ma del 75%, il numero di famiglie beneficiarie scenderebbe a 1.330.000 e il costo a quasi 6 miliardi.

Per il finanziamento della misura occorrono quindi risorse aggiuntive che per la gran parte saranno a carico del bilancio nazionale. Riteniamo che la richiesta, anche da altri con forza avanzata, di ulteriori stanziamenti, per integrare il budget per la misura di contrasto alla povertà a cominciare da quello previsto per il 2017 ma in misura sempre crescente negli anni successivi, vada sostenuta.

Ma a differenza di altri riteniamo che per conseguire in tempi ragionevoli il risultato di assicurare a tutte le famiglie un reddito per una vita dignitosa, e quindi non inferiore al livello della povertà assoluta, e per avviare un processo di riforma delle misure esistenti, occorra anche **assumere** un approccio redistributivo. Procediamo allora, come appena detto, per prima cosa recuperando le risorse che una contestuale introduzione del nuovo assegno per i minori, maggiormente selettivo rispetto agli istituti vigenti, rende disponibili. Effettuiamo poi un parziale recupero delle risorse attualmente assorbite dai percettori di misure di contrasto alla povertà che, come già abbiamo evidenziato, popolano i quattro decili più alti della distribuzione dei redditi, assorbendo 4,6 miliardi, il 19% delle erogazioni monetarie nazionali destinate proprio ad integrare redditi insufficienti. Per graduare l'impatto di tale intervento abbiamo prospettato di portare a regime la riforma in quattro anni, procedendo contemporaneamente sia a integrare i redditi delle famiglie povere che a realizzare il prelievo di 2 miliardi dai beneficiari delle attuali misure dei decili ISEE più elevati, meno del 50% di quello che nel loro insieme ricevono. Le nuove risorse di fonte pubblica ammontano allora a 4 miliardi, un miliardo da aggiungere alle attuali risorse ognuno dei 4 anni di realizzazione del RMI.

Come si è detto, il tema è oggi oggetto specifico di una DDL delega del Governo e anche alcune Regioni si sono già attivate sul tema. È quindi di stretta attualità discutere sull'impostazione e le caratteristiche imprescindibili della misura.

Gli interventi per le persone con disabilità e non autosufficienza esposti trattando della riforma compiuta (paragrafo 4) sono per la gran parte assunti come tali anche nelle proposte di riforma a più breve termine qui illustrate. Così è per la **Dote di cura**, nuova misura per le persone con disabilità e non autosufficienza di tutte le età coerente con le loro condizioni specifiche, per la quale rinviando quindi a quanto esposto nel precedente paragrafo. Aggiungiamo però che la spesa prevista per introdurre la Dote di cura ammonta secondo le nostre stime a 16,2 miliardi di euro, ossia 2 miliardi di euro in più di quanto è stato speso nel 2014 per l'indennità di accom-

pagnamento. Si tratta di una spesa aggiuntiva di circa 500 milioni per ognuno dei quattro anni da noi previsti per la generalizzazione della misura.

Relativamente alla "Pensione unificata per l'invalidità", conseguente alla revisione delle attuali pensioni di invalidità, modulata per fasce di ISEE familiare e non più per reddito personale, non occorrono risorse aggiuntive dato che la spesa totale è di 3,7 miliardi analoga a quella che attualmente sostenuta per le pensioni di invalidità, ai ciechi e sordomuti. In questa fase i beneficiari ai 65 anni perdono tale misura e beneficiano dell'assegno sociale, come già oggi accade.

Anche per il **budget di inclusione** vale il rinvio a quanto già esposto, sottolineando solo che la sua attivazione è urgente e richiede la preparazione e attivazione dei servizi per la sua introduzione generalizzata.

L'esigenza dello sviluppo delle reti territoriali dei servizi condiziona ovviamente anche la realizzabilità delle riforme di possibile prossima attuazione proposte in questo paragrafo 5. I contenuti e gli indirizzi in merito emersi nella ricerca li abbiamo esposti come componente essenziale della riforma compiuta nel paragrafo 4, cui rinviamo. La descrizione del lavoro di rilevazione sui territori e dei contenuti emersi che hanno ispirato e orientato le nostre proposte sono invece esposte nel successivo paragrafo 6.

I benefici sociali portati dai primi passi di riforma sono evidenti, ma i costi sarebbero sostenibili? Illustrando le diverse proposte abbiamo evidenziato i benefici per i diversi portatori di bisogno destinatari degli interventi previsti per l'integrazione dei redditi sotto la soglia di povertà, il sostegno alle famiglie con figli in condizioni economiche modeste, il sostegno (cash e care) rapportato all'intensità del bisogno assistenziale di invalidi e non autosufficienti, il sostegno economico alle famiglie degli invalidi in condizioni economiche medie e basse, l'impegno sull'inserimento sociale dei disabili. Una verifica sul miglioramento effettuata adottando criteri di efficacia e equità degli interventi darebbe esito indubbiamente positivo, se la normativa di riforma e la gestione dei conseguenti processi attuativi risultasse coerente alle proposte avanzate.

In merito al finanziamento delle prime tappe delle riforme, il costo complessivo delle riforme proposte è di 79 miliardi. In particolare per lo sviluppo dei servizi sul territorio si potrà attingere, oltre agli incrementi previsti per il 2017, ad un aggregato di risorse residuale di oltre 5 miliardi, di esistenza certa ma non facilmente analizzabile nelle sue caratteristiche. Nel loro insieme, compensando costi aggiuntivi e risparmi, si tratta di circa 4 miliardi in più rispetto alle risorse impegnate per il 2017 da coprire con investimenti di spesa pubblica nazionale. Dal 2017 al 2020 1 miliardo in più all'anno per le politiche sociali ci pare una attesa sensata e concretamente agibile, anche perché incorpora salvaguardie per ridurre e dilazionare nel tempo impatti sociali problematici. Si aggiunga che questo sforzo finanziario non si riproporrà necessariamente negli anni successivi, dato che la previsione di costo della nostra riforma compiuta si attesta

sugli 80 miliardi. L'impegno del successivo quadriennio sarebbe tutto sull'innovazione e lo sviluppo, gestendo i necessari complessi processi che il primo quadriennio deve avere comunque impostato e avviato.

SECONDA PARTE: Gli apprendimenti dai contesti territoriali partecipanti alla ricerca

1. TAPPE E CRITERI DEL LAVORO SVOLTO CON I COMUNI E GLI AMBITI TERRITORIALI PARTECIPANTI

La seconda parte del rapporto di ricerca approfondisce le condizioni e le linee di sviluppo per l'attuabilità sui territori delle proposte di riforma presentate nella prima parte del lavoro, in relazione alle diverse aree di *policy* indagate. Abbiamo rilevato il posizionamento dei servizi coinvolti rispetto ai nostri **criteri guida di equità, efficacia ed efficienza**, al fine di raccogliere ulteriori elementi sulle condizioni indispensabili per la perseguibilità delle proposte di riforma e sugli spazi di potenziamento attivabili, fornendo ai territori stessi dei *benchmark* con cui misurarsi e su cui investire.

L'equità distributiva è stata indagata rispetto alle modalità regolative dei servizi assunte a livello locale e rispetto all'adozione della compartecipazione al costo da parte dell'utenza; l'efficacia è stata declinata in termini di copertura del bisogno, di integrazione tra *cash and care*, di personalizzazione degli interventi e di presa in carico integrata; infine l'efficienza ha riguardato la sfera più professionale ed organizzativa, con riferimento alla dotazione di organico, alla collaborazione con altri servizi e attori territoriali, alla presenza di sistemi informativi integrati.

Per ciascuna delle suddette dimensioni abbiamo analizzato lo stato attuale dei territori, nonché le direzioni di sviluppo auspicabili, evidenziando pratiche ed esperienze significative già vicine alle logiche della nostra riforma, seppur necessariamente differenti da territorio a territorio anche in considerazione dei diversi sistemi di *welfare* regionale coinvolti.

I **contesti territoriali coinvolti sono complessivamente 7**, distribuiti tra 4 Regioni (Lombardia, Liguria, Piemonte ed Emilia-Romagna) e con conformazioni differenti: *4 sono ambiti sovra comunali (Crema, Garbagnate, Merate e Cuneo) e 3 sono territori monocomunali (Torino, Parma e La Spezia)*. Alcuni di essi hanno connotazioni cittadine altri sono territori compositi che vedono al proprio interno realtà quasi-montane, altri ancora frammentati in Comuni dimensionalmente molto contenuti. Per i contesti lombardi sono state approfondite 3 *policy* (povertà, disabilità, non autosufficienza), per il Comune di Parma e l'Ambito del Cuneese l'affondo ha riguardato il sistema dei servizi relativi a disabilità e non autosufficienza, mentre per La Spezia e Torino si è approfondita l'area del contrasto alla povertà. La scelta dei suddetti territori è stata direttamente condivisa con le Fondazioni che hanno sostenuto con contributi finanziari

questa ricerca tra i contesti potenzialmente più attivi o attivabili nelle direzioni delle proposte nazionali di riforma.

La ricerca si è sviluppata attraverso una **prima fase** di stampo più quantitativo, con l'analisi di dati di fonte normativa (documenti programmatici, regolamenti sulle differenti prestazioni, protocolli), amministrativa (con dati appositamente raccolti su beneficiari, spesa e criteri di accesso dei singoli servizi) e su stime *ad hoc* da noi effettuate sui microdati dell'indagine IT-SILC dell'ISTAT. La **seconda fase** è invece consistita in momenti di approfondimento qualitativo attraverso interviste con gli operatori del territorio coinvolti nelle diverse aree di *policy* al fine di raccogliere informazioni sui percorsi di presa in carico, valutazione sui casi, dotazione professionale e organizzativa, e integrazione con i soggetti territoriali a vario titolo coinvolti nell'erogazione dei servizi. Sono stati inoltre realizzati laboratori congiunti, con il coinvolgimento di tutti i territori, per la condivisione dell'impostazione del lavoro di analisi, il confronto sui risultati via via prodotti e lo scambio di pratiche.

I capitoli 6, 7 e 8 della ricerca offrono una lettura trasversale, per singola area di *policy*, delle principali risultanze emerse dagli approfondimenti territoriali in relazione ai criteri guida dell'equità, efficacia ed efficienza, illustrando per ciascuno l'attuale livello, gli spazi di miglioramento esistenti ed auspicabili e, in chiusura, alcune riflessioni in ordine alla sostenibilità della specifica proposta di riforma (Reddito minimo, Dote di cura, Budget di inclusione).²

Presentiamo qui alcune riflessioni generali che emergono dalle analisi specifiche, per offrire un quadro di sintesi circa la praticabilità della riforma nel suo complesso.

Il dato di fatto è che il welfare territoriale, entro questo sistema nazionale, è relegato in una posizione e funzione marginale e presenta quindi una condizione di sofferenza generalizzata.

2. SITUAZIONE E PROSPETTIVE IN TEMA DI EQUITÀ DISTRIBUTIVA

In relazione all'**equità distributiva** l'approfondimento mette in evidenza come il grado di penetrazione delle prestazioni e dei servizi istituzionali (ovvero la quota di utenza servita sulla popolazione residente) sia ovunque molto limitato, talvolta addirittura in calo a causa della contrazione della spesa, e comunque tendenzialmente inadeguato a rispondere ad una domanda crescente (si pensi solo all'invecchiamento e impoverimento della popolazione). In tutti i contesti è evidenziata la presenza di un parte, anche consistente, di domanda inesa. Raramente si tratta di una domanda intercettata ma non soddisfatta, le liste d'attesa risultano infatti molto limitate. Più spesso riguarda parte di popolazione che non si esprime – anziani non autosufficienti “rassegnati” – o che non si avvicina alle istituzioni – nuove povertà – o ancora che “si perde” in alcuni delicati momenti di passaggio tra diversi “sistemi”, quali ad esempio certi passaggi di età per le persone con disabilità.

Il livello di variabilità nelle regole di acces-

so e nella fruizione delle prestazioni è ovunque piuttosto elevato, sia tra le diverse misure offerte che tra territori, anche limitrofi (Ambiti dei piani di zona). Variabilità che riguarda sia i criteri di accesso alle prestazioni (requisiti qualitativi e soglie ISEE, dove presenti) che l'eventuale compartecipazione economica a carico del beneficiario.

Il livello di equità che i territori riescono a garantire è dunque piuttosto contenuto e presenta diversi elementi di criticità. Tuttavia la consapevolezza è ampia, la pressione della domanda e dei mutamenti sociali infatti interrogano da tempo i contesti territoriali su questi temi e sollecita operatori, responsabili ed amministratori a ripensare azioni che riescano a sviluppare maggior giustizia sociale. I territori risultano particolarmente attivi nella ricerca di dispositivi utili ad intercettare quella parte di domanda potenziale sino ad ora poco raggiunta (impiego di servizi "a bassa soglia", sviluppo di nuove connessioni tra servizi sociali e terzo e quarto settore, riorganizzazione dei punti di accesso, ecc.), ma la loro capacità di ampliare la domanda servita per migliorare il livello complessivo di equità del sistema è ancora piuttosto limitata. Le risorse territoriali incidono sulla spesa complessiva in misura limitata (mediamente dal 2,5% per la povertà al quasi il 30% per la disabilità) e, come detto, talvolta si tratta anche di risorse in progressivo calo. Il decentramento di parte delle risorse sarebbe dunque fondamentale per raggiungere risultati significativi in questa direzione.

La grande scommessa in campo, in tema di equità, è ovunque la revisione dell'ISEE, indicata dal livello nazionale con il DPCM del 2013. La maggioranza dei contesti, nelle diverse aree di *policy*, ha colto questa occasione per regolamentare le prestazioni e i servizi in modo omogeneo e sulla base di requisiti anche economici, anche le prestazioni sino ad ora rimaste escluse da una regolazione definita a livello d'ambito (erogazioni economiche e integrazione delle rette per i servizi residenziali). Oggi purtroppo la questione si complica e i tempi si allungano a causa della recentissima sentenza del Consiglio di Stato, ma se i regolamenti verranno applicati, potrebbe realizzarsi un vero "salto in avanti" in termini di equità per il welfare locale.

Questo dato, più in generale, mette in evidenza come indicazioni nazionali, anche vincolanti, possano rappresentare uno snodo fondamentale per sostenere i territori a compiere evoluzioni su cui la consapevolezza ormai è alta, ma dove fatica invece la spinta attuativa.

3. SITUAZIONE E PROSPETTIVE IN TEMA DI EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

In riferimento al **livello di efficacia** raggiunto, i tassi di copertura della popolazione *target* dei sette contesti si presentano tendenzialmente in linea con quanto rilevato a livello nazionale, sia per le misure di contrasto alla povertà che per la non autosufficienza.

Sul sistema d'offerta territoriale si rileva una situazione piuttosto articolata, in cui è previsto

ovunque un *mix* di prestazioni che integrano le contribuzioni economiche con le erogazioni di servizio, anche se i livelli di varietà dell'offerta e di connessione tra le diverse prestazioni sono piuttosto variabili (più articolate a Parma, più strutturate e rigide nei contesti lombardi, in posizione intermedia i contesti piemontesi e liguri). È un'articolazione che presenta tuttavia un certo rischio di frammentazione, soprattutto dove il modello regionale di riferimento non valorizza particolarmente il presidio del percorso di presa in carico delle persone con dispositivi di accesso integrati, funzioni di *case management* definite e integrazione tra le risorse (per esempio, Lombardia).

La capacità inclusiva delle misure risulta ancora piuttosto limitata: debole la portata di attivazione per le misure a contrasto della povertà, anche a causa della sopravvenuta crisi economica che limita notevolmente gli spazi di reinserimento; ancora fragile l'intervento a sostegno della vita indipendente per le persone con disabilità che implica uno notevole spostamento nell'approccio, con il progetto al centro e la rete dei servizi intorno; analogamente per la non autosufficienza, dove è ancora alta la tendenza all'auto-risposta e anche la concorrenzialità dell'offerta privata. Questa la situazione generale sebbene qualche territorio sia più avanti di altri.

Anche sul fronte dell'efficacia dunque si evidenziano con chiarezza più le aree di sviluppo che i risultati raggiunti, ma il movimento che si osserva sembra andare nella direzione della nostra proposta di riforma. Ad esempio, sul fronte della presa in carico, nei territori analizzati diverse sono le sperimentazioni in atto che potenziano la funzione di progettazione e *management* del caso (progetti sui passaggi di vita, *tutoring* e affiancamenti educativi nel sostegno alle vulnerabilità, unità integrate di valutazione e progettazione). Si punta sulla formazione degli operatori, per rendere i servizi istituzionali più capaci di integrarsi con il territorio e più in grado di progettare percorsi di presa in carico a partire dai bisogni delle persone, e non dalle risposte strutturate disponibili. Innovazioni in corso sono presenti anche sul fronte dell'attivazione e responsabilizzazione dell'utenza, giocando sullo snodo centrale dei legami comunitari e dell'inclusione nei contesti di vita quali chiavi di riattivazione ed emancipazione.

Vi è dunque molta vivacità a livello micro-locale, che vede spesso il prezioso concorso dei tanti e diversi attori che operano a vario titolo sul territorio: Fondazioni, Cooperazione sociale, Associazionismo, Enti caritativi ed anche realtà informali. Una vivacità che tuttavia ancora stenta a diventare sistema, rimanendo più spesso nell'alveo della sperimentaltà, ancorata ad esperienze molto puntuali e a specifiche progettualità. Una riforma dal livello nazionale potrebbe certamente aiutare nella messa a sistema di queste sperimentazioni e trasformare in pratiche diffuse del nuovo welfare locale.

Note

- 2 Sono state redatte e verificate con i referenti del territorio specifiche relazioni di ricerca per ogni ambito partecipante, disponibili *online* su www.welfaredeidritti.co.nf/cwd3

4. SITUAZIONE E PROSPETTIVE IN TEMI DI EFFICIENZA DEI SERVIZI

Infine, sul fronte dell'**efficienza** si registrano ovunque recenti investimenti sullo sviluppo dei sistemi di integrazione. Sul fronte della conoscenza è ampiamente diffuso l'utilizzo di cartelle sociali informatizzate, sviluppate nell'ultimo decennio quali strumenti di lavoro dell'operatore utili a gestire la ricomposizione degli interventi sul singolo e sul nucleo, anche se ancora parzialmente come dispositivi di monitoraggio e valutazione delle politiche in atto.

La necessità di condividere elementi di raccordo sugli interventi territoriali sta spingendo alla ricerca di nuovi spazi di condivisione tra i diversi attori che operano localmente sullo stesso tema (tavoli locali, gruppi di co-progettazione...). Risulta una certa dinamicità nella declinazione di dispositivi di integrazione, sia a livello istituzionale (protocolli) che operativi (équipe, unità di valutazione), soprattutto a presidio di alcuni passaggi cruciali come *l'assessment* di situazioni ad elevata complessità, la progettazione dei percorsi di vita indipendente, l'accompagnamento nei passaggi di vita. Il grado di strutturazione e stabilità di tali organismi è piuttosto variabile e, come detto, pesano in particolar modo le diverse storie territoriali nonché le differenti impostazioni regionali in tema di integrazione tra settori.

Il rapporto con i principali soggetti territoriali coinvolti nelle *policy* analizzate, si è detto, è in significativa evoluzione. Molte delle progettualità più innovative registrate localmente (interventi di microcredito, *housing* sociale, pro-

getti di inclusione lavorativa) sono nate proprio all'interno di relazioni vitali tra i diversi attori e con il coinvolgimento fattivo delle Fondazioni e dei soggetti del terzo e quarto settore. Spazi di sviluppo ancora significativi sono invece da costruirsi con il mondo *profit*, ritenuto generalmente ancora troppo distante sebbene strategico per il futuro.

Anche in questo caso i contesti territoriali presentano un'elevata coscienza circa i limiti nell'efficienza dei propri sistemi locali e diversi sono gli interventi messi in campo in anni recenti per sperimentare aree di miglioramento: dalla condivisione informazioni e banche dati, allo sviluppo di dispositivi di integrazione nei percorsi di presa in carico, sino alla costruzione di connessioni con "attori non convenzionali" del welfare. Anche in questo caso tuttavia, si tratta di esperimenti puntuali, nella direzione della riforma, che necessitano di "fare il salto" verso una maggior estensione e messa a sistema.

Certamente il miglioramento dell'efficienza è strettamente correlato alla dotazione organizzativa, che ovunque oggi viene giudicata sottodimensionata rispetto alle esigenze. È chiaro che l'investimento nella cura dell'integrazione, a più livelli, ancor più nella prospettiva della nostra proposta di riforma che decentra parte delle risorse e mira all'ampliamento della platea dei beneficiari, renderà necessario intervenire con un potenziamento significativo delle risorse umane impegnate localmente e – lo suggeriscono i territori – con un ampliamento del *mix* di profili professionali, includendo oltre alle competenze sociali anche profili di tipo educativo, in relazione alle azioni di *tutoring* e affiancamento. L⁷

RINGRAZIAMENTI

L'Associazione per la ricerca sociale, ARS, ha svolto questa ricerca con il sostegno e il contributo economico di Fondazione Cariplo, Compagnia di San Paolo, Fondazione Cariparma, Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo, Fondazione Cassa di Risparmio della Spezia, e con la collaborazione dell'Istituto per la ricerca sociale, IRS. Esprimiamo la nostra gratitudine, per la fiducia così espressa, ai Presidenti delle Fondazioni e, per la loro cortese collaborazione, ai nostri referenti Davide Invernizzi e Monica Villa; Marco Demarie, Luigi Morello e Andrea Fabris; Donatella Aimi; Elena Bottasso; Giulia Micheloni.

Un doveroso ringraziamento va ai 7 territori coinvolti negli approfondimenti: i Comuni di Torino, Parma e La Spezia, e gli Ambiti sovracomunali di Crema, Garbagnate, Merate e Cuneo, che hanno partecipato al percorso, fornendo dati e preziosi spunti di riflessione. In particolare il nostro grazie va agli amministratori, dirigenti e operatori, che con noi hanno direttamente collaborato: Uberto Moreggia e Simona Sirugo del Comune di Torino; l'assessore Laura Rossi e Lucia Bonetti, Giovanna Marelli, Benedetta Squarcia, William Sgarbi del Comune di Parma; Stefania Branchini e Carlo Melani del Comune di La Spezia; Elena Meroni, Maria Vittoria Della Canonica, David Chinello dell'Ambito di Garbagnate; Flavio Donina e Simona Milani dell'Ambito di Merate; Maria Grazia Brignone, Barbara Re e Aurelio Galfre dell'Ambito di Cuneo; Angelo Stanghellini e Davide Vighi dell'Ambito di Crema. Il grazie va anche a quanti altri possiamo involontariamente non avere nominato.

Naturalmente la paternità e responsabilità di quanto esposto nella ricerca è dell'ARS, dei coordinatori e dell'équipe della ricerca, per i rispettivi ruoli e compiti.

Le condizioni economiche delle famiglie e la distribuzione sociale delle prestazioni nazionali

1.

1. I TEMI TRATTATI

Questa prima parte della ricerca fornisce una descrizione della distribuzione della condizione economica delle famiglie italiane per classi di ISEE e reddito disponibile e un'analisi dei trasferimenti monetari destinati alle politiche di assistenza sociale in Italia e del loro impatto distributivo. Il dataset su cui sono state eseguite le elaborazioni è l'indagine IT-SILC sui redditi e sulle condizioni di vita delle famiglie, relativa all'anno 2013. Si tratta di un campione di quasi 19.000 famiglie, che contiene informazioni dettagliate sulle caratteristiche di ciascun individuo appartenente ai nuclei intervistati e sui suoi redditi.¹

L'unità di analisi delle elaborazioni presentate è sempre la famiglia, non l'individuo: le varie statistiche sono cioè sempre relative alla distribu-

ne delle famiglie. I valori monetari sono espressi a prezzi 2015. La prima sezione presenta un'analisi della distribuzione della condizione economica delle famiglie, ricostruita sia secondo l'ISEE, come da recente riforma (DPCM 159/2013), che secondo il reddito monetario e disponibile; la seconda sezione propone una ricostruzione dei trasferimenti monetari tra le famiglie per categorie di spesa assistenziale (contrasto alla povertà, sostegno alla famiglia e ai figli, sostegno ai disabili e ai non autosufficienti); nella terza sezione vengono presentate alcune statistiche descrittive relative alle principali caratteristiche socio-demografiche della popolazione appartenente al primo e agli ultimi 4 decili ISEE, in relazione al numero e all'entità dei trasferimenti ricevuti. Approfondimenti più specifici verranno effettuati nei capitoli successivi, a premessa e giustificazione delle proposte di riforma che verranno formulate.

L'analisi della distribuzione dell'ISEE e del reddito disponibile tra le famiglie italiane evidenzia un peso consistente della componente patrimoniale. Anche tra le famiglie più povere di reddito sono molte quelle che possiedono l'abitazione di proprietà: per le famiglie del primo decile il patrimonio ha un'incidenza del 20% sull'ISEE.

La distribuzione del patrimonio è peraltro più sperequata a vantaggio delle regioni settentrionali: se sia il reddito disponibile che l'ISEE sono decisamente superiori al Centro-nord rispetto al Sud, la componente patrimoniale dell'ISEE delle regioni del nord Italia è quasi doppia rispetto a quelle meridionali (58.000 euro vs. 27.000 euro).

Le famiglie di adulti tra i 18 e 59 anni con figli minori sono quelle che si collocano nei decili più bassi della distribuzione ISEE: il 48% è concentrato nei primi 3 decili, contro un 20% dei nuclei composti da soli anziani, più polarizzati tra il 7° e il 10° decile.

Il 65,4% delle famiglie italiane (quasi 17 milioni di nuclei) risulta beneficiario di prestazioni sociali e, in particolare, 12,3 milioni (47,8% del totale) hanno accesso ad almeno una prestazione in materia di sostegno alle responsabilità familiari, 5,9 milioni di famiglie (23% del totale) ricevono almeno un beneficio contro la povertà e 2,4 milioni (9,3%) almeno un trasferimento associato all'invalidità.

Nel complesso si tratta di 53 miliardi di risorse trasferite, di cui 19 miliardi per le

politiche di sostegno alle famiglie, 18 miliardi per la lotta alla povertà e 16 miliardi per l'invalidità e la non autosufficienza.

Oltre il 96% delle risorse destinate al contrasto della povertà sono assorbite dalla popolazione anziana, trattandosi essenzialmente di integrazioni al minimo e pensioni sociali, a cui si assommano quattordicesima e maggiorazioni sociali.

In media ogni famiglia riceve un trasferimento annuo di 2.062 euro, che sale a 2.892 euro per le famiglie dell'Italia meridionale che in proporzione assorbono più risorse destinate all'invalidità e alla non autosufficienza.

L'analisi evidenzia situazioni distributive altamente critiche:

1. il 31% delle famiglie che popolano il primo decile, per lo più adulti soli e per il 49% in povertà assoluta, non riceve alcun trasferimento;
2. oltre 13 miliardi (il 25% del totale) sono percepiti da nuclei familiari che vanno ai quattro decili più alti della distribuzione, per lo più residenti al Nord, con capofamiglia intorno ai 55 anni di età, con figli minori e con un reddito monetario disponibile *pro capite* di circa 18.000 euro (vs. 12.000 del totale delle famiglie);
3. le famiglie dal 7° al 10° decile ricevono in particolare 4,6 miliardi di prestazioni contro la povertà che dovrebbero invece essere destinate alle famiglie più depresse.

2. LA DISTRIBUZIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE DELLE FAMIGLIE ITALIANE: REDDITO DISPONIBILE E ISEE

L'analisi della distribuzione dell'ISEE² e del reddito disponibile tra le famiglie italiane è un'indispensabile premessa alla successiva descrizione della distribuzione dei benefici monetari e della loro efficacia. Sul campione IT-SILC di riferimento abbiamo ricostruito l'ISEE, l'indicatore della situazione economica equivalente. L'ISEE è stato simulato per ciascuna famiglia sulla base della sua recente riforma, che si è posta l'obiettivo di incrementare il ruolo del patrimonio nella definizione dell'indicatore e di dare maggior peso alla presenza di figli. Le altre due grandez-

ze economiche a cui faremo riferimento sono il reddito monetario, dato dalla somma di tutte le forme di entrata ricevute dalla famiglia, al netto di imposte dirette e contributi sociali, e il reddito disponibile, che aggiunge al reddito monetario

Note

- 1 Il campione IT-SILC non considera le persone istituzionalizzate. Questo limite interessa in particolare le politiche per i non autosufficienti, le cui analisi sia di ricostruzione che di distribuzione sociale dei trasferimenti monetari ad esse relativi non considerano quindi questa importante componente. Non potendo procedere ad integrazioni, che sarebbero del tutto arbitrarie, terremo debito conto di tale limite nel commentare le analisi, nel ricostruire la spesa effettiva, nel formulare le proposte in merito a questa area di problemi e alle relative politiche.
- 2 Si veda a fine capitolo il box dedicato all'ISEE e alla recente sentenza del Consiglio di Stato in merito ad esso.

TAVOLA 1. Valori medi di ISEE (indicatore totale e scomposto) e di reddito per decili ISEE (€)

Decili	ISEE medio	ISEE minimo	ISEE massimo	ISE non equivalente	ISE reddito non equivalente - valore medio	ISE patrimonio non equivalente - valore medio	Peso % del patrimonio sull'ISEE	Reddito monetario equivalente - valore medio	Reddito disponibile equivalente - valore medio
1	2.730	0	5.394	5.209	4.152	5.287	20	5.477	7.014
2	7.272	5.395	8.992	14.144	12.074	10.350	15	9.338	11.280
3	10.731	8.995	12.358	20.087	16.828	16.295	16	11.555	14.093
4	14.034	12.360	15.691	25.787	20.894	24.465	19	13.298	16.517
5	17.410	15.692	19.068	31.024	24.803	31.103	20	15.081	18.823
6	20.811	19.072	22.661	35.137	27.685	37.261	21	17.034	21.196
7	24.881	22.663	27.329	41.969	32.415	47.769	23	19.221	23.621
8	30.345	27.330	33.854	48.960	37.522	57.191	23	22.051	26.934
9	39.044	33.860	46.319	62.468	46.921	77.731	25	26.493	31.736
10	72.765	46.320	767.795	109.668	75.642	170.127	31	42.266	48.389
Totale	24.000	0	767.795	39.442	29.891	47.754	24	18.180	21.956

TAVOLA 2. Distribuzione % delle famiglie italiane per decili di reddito disponibile equivalente e di ISEE

		Decili di ISEE									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Decili reddito disponibile equivalente	1	72,9	21,7	3,4	0,8	0,4	0,4	0,2	0,2	0,0	0,0
	2	19,1	46,0	25,6	6,1	1,7	0,4	0,6	0,4	0,2	0,0
	3	4,1	20,6	36,6	26,5	8,4	2,1	0,9	0,4	0,4	0,1
	4	2,1	7,7	19,6	29,5	25,8	9,4	3,1	1,2	1,3	0,4
	5	1,6	2,2	7,4	20,5	26,2	25,7	9,6	4,3	2,2	0,2
	6	0,1	1,3	3,7	10,0	19,8	23,7	25,6	9,7	4,9	1,3
	7	0,0	0,6	2,8	4,4	11,6	21,7	25,9	20,5	9,0	3,5
	8	0,1	0,0	0,8	2,0	4,4	13,9	23,9	31,6	18,0	5,3
	9	0,0	0,0	0,0	0,3	1,6	2,4	8,7	26,7	41,2	19,1
	10	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	1,6	5,0	22,8	70,2

TAVOLA 3. Reddito medio non equivalente del 10° e del 90° percentile per ogni decile di ISEE (€)

		Reddito monetario		Reddito disponibile*	
Decili di ISEE	10° percentile	90° percentile	10° percentile	90° percentile	
1	0	19.402	3.752	21.669	
2	6.318	29.978	10.213	32.578	
3	8.516	34.602	13.071	38.964	
4	9.346	42.203	14.962	47.552	
5	10.980	45.232	17.012	51.814	
6	12.274	49.105	18.580	56.501	
7	14.592	54.274	21.245	61.777	
8	16.620	60.994	24.168	68.849	
9	19.511	75.491	26.910	84.242	
10	25.140	114.002	33.777	122.898	
Totale	9.121	56.910	13.292	64.471	

Nota: * Include gli affitti imputati.

TAVOLA 4. Valori medi del reddito e dell'ISEE e delle sue componenti per area geografica (€)

	ISEE	ISE non equivalente	Parte reddituale dell'ISE non equivalente	Parte patrimoniale dell'ISE non equivalente	Scala di equivalenza	Reddito disponibile equivalente	Reddito monetario equivalente
Nord	28.322	45.538	34.007	57.655	1.69	24.726	20.542
Centro	25.887	42.027	30.901	55.631	1.69	23.435	18.824
Sud	16.161	28.436	22.943	27.464	1.84	16.764	14.150
Italia	24.000	39.442	29.891	47.754	1.74	21.959	18.180
Rapporti con la media nazionale							
Nord	1.18	1.15	1.14	1.21	0.97	1.13	1.13
Centro	1.08	1.07	1.03	1.16	0.97	1.07	1.04
Sud	0.67	0.72	0.77	0.58	1.06	0.76	0.78
Italia	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Nota: per il calcolo dell'ISE non equivalente, la parte patrimoniale va valutata al 20%.

l'affitto imputato sugli immobili posseduti e non concessi in locazione (in primo luogo l'abitazione principale). Di entrambe queste grandezze abbiamo calcolato la versione equivalente attraverso la loro divisione per la scala di equivalenza dell'ISEE. La principale differenza tra ISEE e reddito disponibile consiste nel fatto che il primo è una combinazione lineare di reddito e patrimonio, e dà quindi maggior peso, rispetto al reddito, alla presenza di attività reali e finanzia-

rie. Visto che il patrimonio è distribuito in modo più disuguale rispetto al reddito, qualunque indice di disuguaglianza è superiore nel caso dell'ISEE: l'indice di Gini³ dell'ISEE delle famiglie del campione è infatti uguale a 0.421, quello del reddito monetario equivalente a 0.339, e quello del reddito disponibile equivalente a 0.306. Quest'ultimo comprende anche gli affitti imputati, che rappresentano una quota significativa del reddito di molte famiglie non benestanti, a causa della forte diffusione della proprietà immobiliare, contribuendo quindi ad abbassare decisamente la disuguaglianza rispetto alla distribuzione del reddito monetario equivalente.

In media l'ISEE delle famiglie italiane vale 24.000 euro (tavola 1), mentre il reddito monetario equivalente ha una media di 18.180 euro e quello disponibile di quasi 22.000 euro. Il peso del patrimonio sull'ISEE (dato dal 20% degli importi della settima colonna) è circa un quarto (24%). Questo peso raddoppia al crescere dei decili di ISEE, passando da 15% per il secondo decile a 31% per il decimo. La quota del 20% per la componente patrimoniale nel primo decile si spiega con il fatto che anche tra le famiglie più povere sono molte quelle che possiedono l'abitazione di residenza, mentre il loro reddito è molto basso.

I tre indicatori del tenore di vita economico delle famiglie sono strettamente collegati: il coefficiente di correlazione tra ISEE e reddito disponibile equivalente è infatti pari a 0.83, quello tra ISEE e reddito monetario equivalente a 0.80, e quello tra reddito monetario e reddito disponibile equivalente a 0.99. La sovrapposizione tra ISEE e reddito non è comunque perfetta: se classifichiamo le famiglie per decili sia di ISEE che di reddito disponibile equivalente, otteniamo la distribuzione di frequenza a doppia entrata della tavola 2, che riporta le percentuali di riga: il 72,9% delle famiglie che appartiene al primo decile della distribuzione di reddito disponibile equivalente, ad esempio, si trova nel primo decile di ISEE, ed il 21,7% nel secondo. Ogni riga e ogni colonna sommano quindi a 100. Molte famiglie fanno "salti" di bassa ampiezza nel passaggio da reddito a ISEE, di solito muovendosi in alto o in basso per non più di un decile, anche se sono però presenti casi di spostamenti più significativi: circa l'1% delle famiglie del secondo decile di reddito, ad esempio, finisce nei decili ISEE tra il

settimo e il nono. La probabilità di fare un salto in avanti è crescente con l'età della persona di riferimento, dal momento che il patrimonio in media aumenta nel ciclo di vita.

La variabilità dei valori reddituali all'interno di ogni fascia di ISEE cresce se consideriamo i valori non equivalenti: escludendo gli estremi e concentrando ad esempio sul decimo e sul novantesimo percentile di ogni decile di ISEE, si può notare che anche nei decili bassi di ISEE si trovano famiglie con reddito monetario significativo, e viceversa.

Sia il reddito che l'ISEE sono in media decisamente superiori nel Centro-nord del Paese (tavola 4): il Nord ha ad esempio un ISEE medio del 75% superiore rispetto a quello del Sud. La differenza nel reddito disponibile equivalente è molto inferiore: 47%. L'aumento del divario regionale passando dal reddito all'ISEE è dovuto alla distribuzione del patrimonio, che è molto più sperequata a vantaggio delle regioni settentrionali: la componente patrimoniale vale in media quasi 58.000 euro per le famiglie del Nord, contro 27.000 per quelle del Sud, cioè meno della metà. Al forte divario negli ISEE familiari tra nord e sud contribuisce anche la scala di equivalenza, che al Sud supera mediamente quella del Centro-nord, a causa della maggiore dimensione media delle famiglie.

La tavola 5 mostra la distribuzione di frequenza delle famiglie per area e per valore di ISEE. Al Centro e al Nord la distribuzione è piuttosto vicina, anche se nelle regioni settentrionali la curva è un po' spostata verso destra, mentre quella del Sud è decisamente diversa e mostra la prevalenza di valori molto inferiori.

Classifichiamo inoltre le famiglie in base alla loro composizione, distinguendo tra:

- famiglie con solo membri adulti nella fascia di età 18-59;
- famiglie con almeno un adulto 18-59 e almeno un minore;
- famiglie con almeno un adulto 18-59, minori e anziani con almeno 60 anni;
- famiglie con almeno un adulto 18-59 e un anziano;
- famiglie con almeno un anziano e nessun membro con età inferiore a 60 anni.

Tra queste, la tipologia più diffusa in Italia è rappresentata dai nuclei composti solo da membri anziani (tavola 6 seguita dai nuclei con tutti componenti adulti tra 18 e 59 anni e da quelli con almeno un minore. Il reddito monetario equivalente è superiore alla media per le famiglie con solo adulti e quelle con solo adulti o anziani, mentre è decisamente inferiore alla media nei nuclei con almeno un minore, i quali vedono ampliare il divario rispetto alla media nazionale passando dal reddito all'ISEE. D'altra parte, le famiglie composte solo da anziani hanno redditi molto simili al totale nazionale, ma ISEE decisamente superiore, grazie alla maggiore disponibilità di patrimonio.

La distribuzione di frequenza dell'ISEE dei nuclei distinti per tipologia familiare conferma che la presenza di almeno un minore abbassa decisamente l'ISEE, mentre non c'è sostanziale differenza tra nuclei di adulti con o senza mem-

TAVOLA 5. Distribuzione delle famiglie per valore di ISEE (migliaia di €) e area geografica

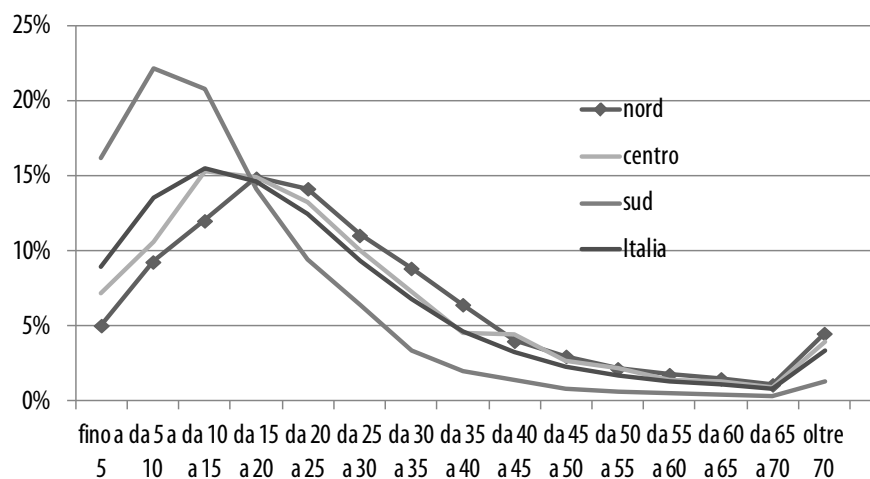
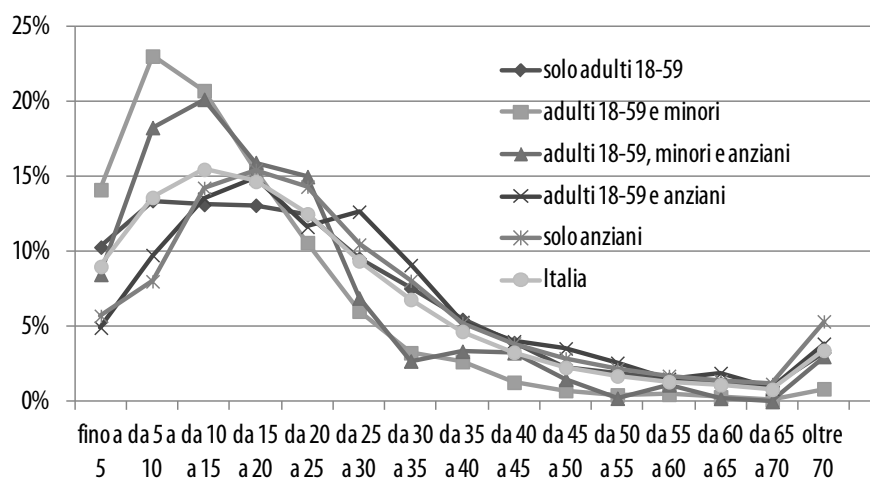


TAVOLA 6. ISEE e reddito medio per tipologia familiare (€)

	% su totale famiglie	ISEE		Reddito disponibile equivalente		Reddito monetario equivalente	
		Media	Rapporto con media nazionale	Media	Rapporto con media nazionale	Media	Rapporto con media nazionale
Solo adulti 18-59	29,2	24.334	1.01	24.403	1.11	20.569	1.13
Adulti 18-59 e minori	24,0	15.938	0.66	16.710	0.76	14.375	0.79
Adulti 18-59, minori e anziani	1,7	19.755	0.82	18.732	0.85	16.553	0.91
Adulti 18-59 e anziani	14,0	27.383	1.14	24.410	1.11	21.114	1.16
Solo anziani	31,1	28.623	1.19	22.789	1.04	17.643	0.97
Totale	100,0	24.000	1.00	21.959	1.00	18.180	1.00

TAVOLA 7. Distribuzione delle famiglie per valore di ISEE (migliaia di €) e tipo di nucleo



bri anziani (tavola 7).

In modo complementare, la tavola 8 ci dice che ben il 15,8% dei nuclei con adulti e minori si trova nel primo decile di distribuzione dell'ISEE, contro solo il 6,2% per i nuclei composti da anziani. Simmetricamente, solo il 2,7% del primo di questi due tipi di famiglie è collocato nel decile più ricco, contro il 13,8% delle famiglie con anziani.

Il 54,3% delle famiglie che appartengono al

Note

- 3 L'indice di Gini è una misura del grado di concentrazione dei redditi che varia da 0 (massima eguaglianza) a 1 (massima diseguaglianza).

TAVOLA 8. Distribuzione delle famiglie per tipo e decile di ISEE (%)					
	Solo adulti 18-59	Adulti 18-59 e minori	Adulti 18-59, anziani e minori	Adulti 18-59 e anziani	Solo anziani
1	11,3	15,8	9,8	5,9	6,2
2	9,5	17,4	14,8	6,5	6,2
3	9,6	14,8	11,3	7,9	7,6
4	8,0	12,5	13,4	9,9	9,9
5	8,6	10,8	10,0	10,2	10,6
6	10,1	8,2	13,8	9,3	11,4
7	10,1	7,7	7,8	10,9	11,5
8	10,7	5,4	6,0	13,7	11,4
9	11,6	4,8	7,1	12,4	11,6
10	10,6	2,7	6,0	13,2	13,8

TAVOLA 9. Percentuale di nuclei in povertà in ciascun decile di ISEE			
	In povertà assoluta	In povertà relativa di reddito disponibile equivalente	In povertà relativa di reddito monetario equivalente
1	54,3	89,0	83,4
2	10,4	50,1	48,8
3	3,7	19,0	29,0
4	1,5	4,2	19,4
5	0,9	1,6	10,9
6	0,8	0,6	5,2
7	0,3	0,6	1,4
8	0,3	0,4	1,0
9	0,1	0,1	0,6
10	0,0	0,0	0,3
Tot.	7,2	16,6	20,0

primo decile di ISEE si trovano in povertà assoluta, mentre più dell'80% è in povertà relativa di reddito.⁴ Le famiglie che nel primo decile sono povere in senso relativo ma non assoluto hanno reddito inferiore alla soglia relativa, ma superiore a quella assoluta, in genere più bassa.

3. I TRASFERIMENTI MONETARI: SPESA E IMPATTO DISTRIBUTIVO

Quanto esposto qui di seguito non costituisce la ricostruzione completa della spesa assistenziale che va effettuata su dati amministrativi e che proponiamo all'inizio del capitolo 2, ma la ricostruzione della spesa effettuabile sulla base del campione indagato da IT-SILC. Tale ricostruzione ci permette un'analisi della distribuzione sociale dei benefici altrimenti impossibile, e comunque largamente rappresentativa. Analisi questa che è di grandissima rilevanza per una valutazione critica dell'esistente e una successiva proposta che si ispiri effettivamente a criteri di equità e di efficacia nel sostegno a quanti sono in situazioni sociali problematiche, per cercare

di dare insomma a ciascuno secondo la sua situazione di bisogno, dando di più quindi anche a chi soffre di bisogni più intensi.

Nel dataset IT-SILC 2013 abbiamo isolato 12 diverse forme di trasferimento monetario alle famiglie, raggruppate nelle seguenti tre categorie.

1. Sostegno alle responsabilità familiari:
 - Assegno al nucleo familiare (simulato);
 - Detrazioni per familiari a carico (simulato);
 - Assegno di maternità (indagine).
2. Contrasto della povertà:
 - Pensione sociale (indagine);
 - Integrazione al minimo (simulato);
 - Quattordicesima mensilità (simulato);
 - Maggiorazione sociale (simulato);
 - Carta acquisti (indagine).
 - Assegno per famiglie con almeno tre figli (indagine).
3. Invalidità:
 - Pensione di invalidità civile (indagine)
 - Indennità di accompagnamento (indagine)
 - Pensione di guerra (indagine)

In questo schema viene anche precisato se il singolo trasferimento è già presente nei dati originali ("indagine") o è stato da noi ricostruito ("simulato"). La tavola 10 contiene alcune informazioni sugli aggregati di spesa per ciascun beneficio, in particolare la spesa totale riportata all'universo delle famiglie italiane a partire dalla

TAVOLA 10. Spesa e beneficiari dei trasferimenti monetari su dati IT-SILC

		Spesa totale (milioni)	% famiglie beneficiarie su tot. fam. residenti	Numero famiglie beneficiarie (milioni)
Famiglia	Assegno nucleo familiare	6.431	23,0	5,90
	Assegno maternità	202	0,6	0,15
	Detrazione fiscale per familiari	12.310	43,8	11,27
	Totale famiglia	18.943	47,8	12,27
Povertà	Pensione sociale	4.303	3,2	0,82
	Integrazione al minimo	10.860	16,2	4,15
	Quattordicesima	1.144	8,5	2,18
	Maggiorazione Sociale	1.039	3,4	0,86
	Carta acquisti	211	1,7	0,45
	Assegno 3 figli	498	0,5	0,13
Invalidità	Totale povertà	18.055	22,8	5,87
	Pensioni invalidità civile	3.976	3,9	1,00
	Indennità accompagnamento	11.323	7,1	1,83
	Pensioni di guerra	692	0,3	0,08
	Totale invalidità	15.991	9,3	2,40
Totale		52.989	65,44	16,82

TAVOLA 11. Numero (migliaia) e % di famiglie che ricevono ciascuna prestazione per la famiglia, per decili di ISEE

	Assegno nucleo familiare		Assegno di maternità		Detrazioni per familiari a carico		Totale famiglia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	692	26,9	42	1,6	1.115	43,4	1272	49,5
2	974	37,9	28	1,1	1.591	61,9	1688	65,7
3	975	38,0	40	1,5	1.550	60,3	1687	65,7
4	932	36,3	25	1,0	1.423	55,4	1599	62,2
5	886	34,5	7	0,3	1.354	52,7	1527	59,4
6	661	25,7	5	0,2	1.109	43,2	1235	48,0
7	444	17,3	3	0,1	1.024	39,9	1091	42,5
8	229	8,9	3	0,1	826	32,1	875	34,0
9	105	4,1	2	0,1	770	30,0	792	30,8
10	5	0,2	0	0,0	504	19,6	507	19,7
Totale	5.905	23,0	155	0,6	1.1266	43,8	12.273	47,8

TAVOLA 12. Numero (migliaia) e % di famiglie che ricevono ciascuna prestazione contro la povertà, per decili di ISEE

	Pensione sociale		Integrazione al minimo		Quattordicesima		Maggiorazione		Carta acquisti		Assegno tre figli		Totale povertà	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	131	5,1	426	16,6	201	7,8	127	4,9	225	8,8	67	2,6	752	29,3
2	128	5,0	389	15,2	164	6,4	152	5,9	96	3,7	32	1,3	581	22,6
3	141	5,5	430	16,7	230	9,0	143	5,6	54	2,1	15	0,6	625	24,3
4	124	4,8	498	19,4	352	13,7	144	5,6	44	1,7	4	0,2	723	28,1
5	105	4,1	459	17,8	283	11,0	92	3,6	18	0,7	5	0,2	652	25,4
6	88	3,4	521	20,3	245	9,5	50	1,9	4	0,2	1	0,1	681	26,5
7	54	2,1	464	18,1	227	8,8	33	1,3	0	0,0	0	0,0	582	22,6
8	14	0,5	371	14,4	185	7,2	36	1,4	3	0,1	1	0,1	481	18,7
9	19	0,7	302	11,7	135	5,2	27	1,1	1	0,0	0	0,0	380	14,8
10	11	0,4	294	11,5	164	6,4	56	2,2	0	0,0	0	0,0	411	16,0
Tot.	816	3,2	4.154	16,2	2.185	8,5	861	3,4	446	1,7	127	0,5	5.868	22,8

spesa media per famiglia rilevata nel campione, la quota di famiglie che ricevono ciascun trasferimento e il loro numero in milioni. Va sottolineato che questi valori di spesa sono ottenuti a partire da un campione, quindi sono soggetti a una certa variabilità statistica.⁵ Nel complesso, i trasferimenti monetari ricostruiti per ciascuna famiglia del campione valgono, riportati all'universo, circa 53 miliardi di euro annui di spesa: quasi 19 miliardi quelli a sostegno delle responsabilità familiari, circa 18 miliardi quelli contro la povertà, 16 miliardi quelli a sostegno delle invalidità.⁶

Il 65,4% delle famiglie italiane (quasi 17 milioni di nuclei) risulta beneficiario di prestazioni sociali e, in particolare, 12,3 milioni (47,8% del totale) hanno accesso ad almeno una prestazione in materia di sostegno alle responsabilità familiari, 5,9 milioni di famiglie (23% del totale) ricevono almeno un beneficio contro la povertà e 2,4 milioni (9,3%) almeno un trasferimento associato all'invalidità. Per quanto riguarda la spesa per prestazioni a sostegno alle responsabilità familiari, la quota più significativa di spesa viene assorbita dalle detrazioni per familiari a carico (12.310 milioni di euro), con quasi il 44% di famiglie beneficiarie. Il 23% delle famiglie italiane poi percepisce assegni per il nucleo familiare, per un importo totale annuo pari a 6.431 milioni di euro; residuale la quota di percettori di assegni di maternità. Le risorse destinate alle politiche di contrasto della povertà ammontano a 18 miliardi di euro, e sono rivolte a una quota significativamente inferiore di beneficiari rispetto alla spesa per sostegno alla famiglia. Gran parte delle risorse vengono assorbite dai trasferimenti a favore della popolazione più anziana, con un 19% di famiglie che percepisce un'integrazione al minimo o una pensione sociale e relative maggiorazioni. Le risorse destinate invece all'erogazione di carta acquisti e assegno per i tre figli sono dirette a una quota di famiglie pari al 2,2% e ammontano a poco più di 700 milioni di euro. Tra le misure a sostegno dell'invalidità e non autosufficienza, la quota più ampia di risorse viene erogata sotto forma di indennità di accompagnamento (11.323 milioni di euro) e riguarda oltre il 7% delle famiglie italiane. Poco

più di un milione di famiglie invece percepisce una pensione di invalidità civile o una pensione di guerra.

Passiamo ora a considerare come i vari benefici si ripartiscono tra le famiglie appartenenti ai vari decili di ISEE, suddivisi per categoria di trasferimento, a partire dalla distribuzione delle prestazioni per il sostegno alle responsabilità familiari (tavola 11). Il numero e la percentuale delle famiglie beneficiarie relative ai sottoinsiemi delle prestazioni si riferiscono alle famiglie che ricevono almeno un trasferimento della categoria.⁷ Ad esempio, per il gruppo povertà (tavola 12), il 22,8% delle famiglie italiane riceve almeno uno dei sei trasferimenti della categoria, per un totale di circa 5,9 milioni di famiglie. In totale, il 65,4% delle famiglie riceve almeno un trasferimento, cioè circa 16,8 milioni su 25,7.

Si può osservare che alcuni trasferimenti sono molto più concentrati a favore delle famiglie con basso ISEE rispetto ad altri. Tra i trasferimenti per le famiglie, ad esempio, l'assegno al nucleo familiare è sicuramente più correlato inversamente all'ISEE rispetto alle detrazioni IRPEF per familiari a carico, così come tra i sussidi

TAVOLA 13. Numero (migliaia) e % di famiglie che ricevono ciascuna prestazione per invalidità, per decili di ISEE

	Pensioni di invalidità civile		Indennità di accompagnamento		Pensioni di guerra		Totale invalidità	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	170	6,6	202	7,9	1	0,0	331	12,9
2	150	5,8	166	6,5	0	0,0	267	10,4
3	113	4,4	172	6,7	2	0,1	236	9,2
4	143	5,6	214	8,3	2	0,1	281	10,9
5	106	4,1	202	7,9	8	0,3	255	9,9
6	86	3,4	237	9,2	15	0,6	276	10,7
7	70	2,7	208	8,1	12	0,5	243	9,4
8	70	2,7	180	7,0	18	0,7	210	8,2
9	53	2,1	139	5,4	12	0,5	168	6,5
10	35	1,4	113	4,4	14	0,5	135	5,2
Tot.	998	3,9	1.834	7,1	84	0,3	2.401	9,3

TAVOLA 14. Numero (migliaia) e percentuale di famiglie che ricevono i vari gruppi di prestazioni, per decili di ISEE

	Totale famiglia		Totale povertà		Totale invalidità		Totale trasferimenti	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	1.272	49,5	752	29,3	331	12,9	1.778	69,2
2	1.688	65,7	581	22,6	267	10,4	2.009	78,2
3	1.687	65,7	625	24,3	236	9,2	2.079	80,9
4	1.599	62,2	723	28,1	281	10,9	2.060	80,2
5	1.527	59,4	652	25,4	255	9,9	1.970	76,7
6	1.235	48,0	681	26,5	276	10,7	1.782	69,3
7	1.091	42,5	582	22,6	243	9,4	1.603	62,4
8	875	34,0	481	18,7	210	8,2	1.361	52,9
9	792	30,8	380	14,8	168	6,5	1.210	47,1
10	507	19,7	411	16,0	135	5,2	966	37,6
Tot.	12.273	47,8	5.868	22,8	2.401	9,3	16.817	65,4

Note

- La povertà assoluta è definita dall'ISTAT come l'indisponibilità di un reddito che consente di accedere all'insieme di beni e servizi che nel contesto italiano vengono considerati essenziali per una determinata famiglia per conseguire uno standard di vita minimamente accettabile. Nel 2014 il 5,7% delle famiglie e il 6,8% delle persone residenti erano in povertà assoluta. In povertà relativa si trovano i nuclei con reddito equivalente inferiore al 60% del reddito equivalente mediano. Nel 2014 la povertà relativa ha coinvolto il 10,3% delle famiglie e il 12,9% delle persone residenti.
- I limiti superiore e inferiore degli intervalli di confidenza al 95% sia per la stima della spesa totale che per quella relativa al numero delle famiglie beneficiarie sono presentati in Appendice 1.
- Per le ragioni esposte in nota 1, in particolare la spesa assistenziale per anziani non autosufficienti e disabili, qui ricostruita sui dati IT-SILC, risulta sottodimensionata rispetto alla spesa che ricostruiamo sui dati amministrativi ufficiali nel capitolo 2.
- Ogni decile corrisponde a circa 2,57 milioni di famiglie.

TAVOLA 15. Distribuzione percentuale delle famiglie all'interno di ciascun decile ISEE per numero di prestazioni ricevute

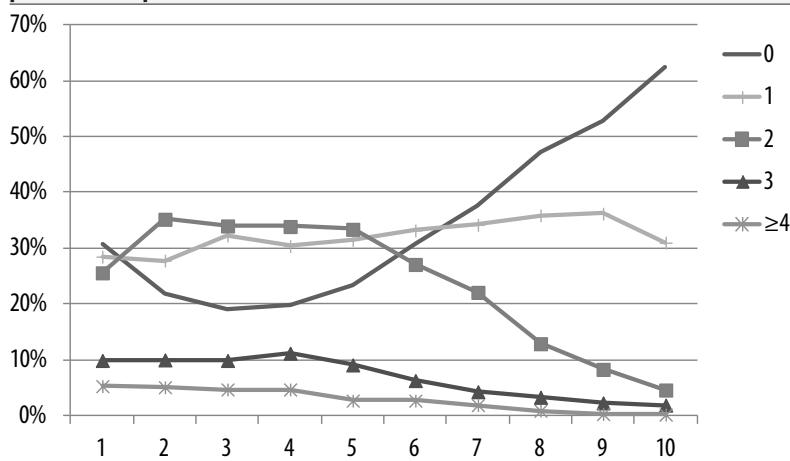
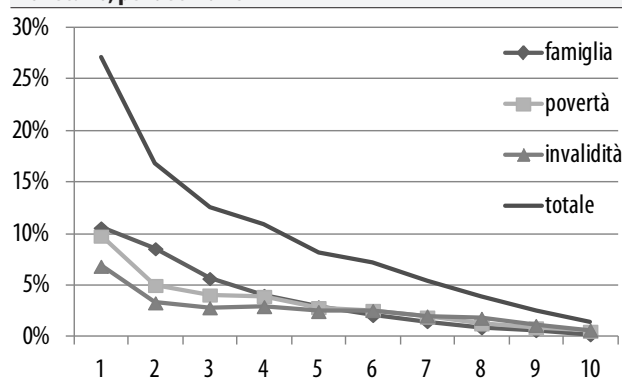


TAVOLA 17. Quota (%) di famiglie che non ricevono alcuna forma di trasferimento monetario (dei 12 qui studiati), per tipo e condizione

	Tra tutte le famiglie	Nel primo decile di ISEE	Tra le famiglie povere di reddito disponibile equivalente	Tra le famiglie povere assolute
Solo adulti	66	62	58	78
Adulti e minori	4	15	12	26
Adulti, minori e anziani	2	12	5	6
Adulti e anziani	29	11	11	29
Solo anziani	33	19	18	35
Totale	35	31	28	49

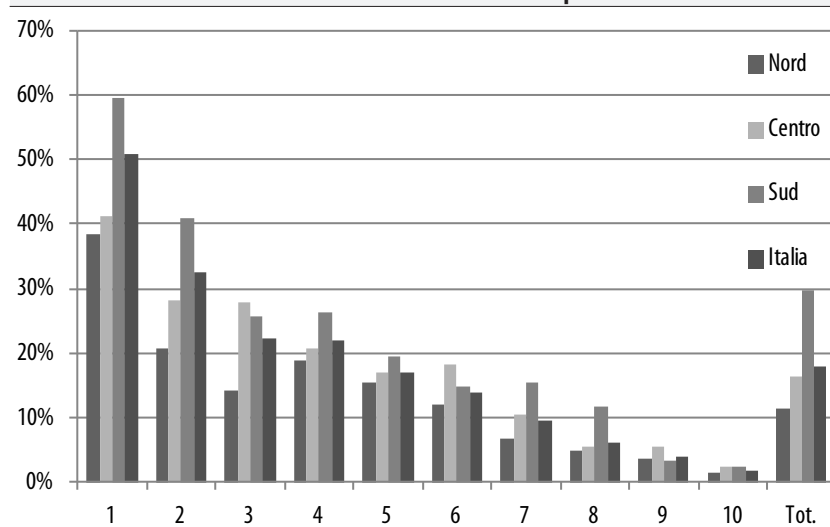
Nota: l'ultima riga si riferisce alla % di nuclei che non ottengono trasferimenti, all'interno del gruppo definito dal titolo di colonna. Queste percentuali corrispondono quindi a quelle presentate nella Tavola 16.

TAVOLA 18. Incidenza dei trasferimenti sul reddito disponibile monetario, per decili di ISEE



Nota: Il reddito monetario include i trasferimenti stessi, quindi la figura mostra la quota dei trasferimenti sul reddito, non la percentuale di aumento del reddito stesso a causa dei trasferimenti.

TAVOLA 19. Quota di famiglie, per decili ISEE e per area di residenza, per le quali i trasferimenti costituiscono almeno il 20% del reddito monetario disponibile



contro la povertà lo sono la pensione o assegno sociale, la carta acquisti o l'assegno ai tre figli rispetto all'integrazione al minimo delle pensioni. Infine, tra i trasferimenti contro il rischio di invalidità è evidente il diverso impatto redistributivo della

TAVOLA 16. Quota (%) di famiglie che non ricevono alcuna forma di trasferimento monetario nazionale (dei 12 qui studiati)

Famiglie in povertà assoluta	49
Famiglie in povertà relativa di reddito disponibile equivalente	28
Famiglie in povertà relativa di reddito monetario disponibile equivalente	27
Famiglie del primo decile di ISEE	31
Totale famiglie	35

pensione di invalidità civile rispetto all'indennità di accompagnamento, *means tested* la prima e non correlata a condizioni economiche di accesso la seconda (tavola 14).

La tavola 15 ci aiuta a evidenziare che in ordine a criteri equitativi, e anche di efficacia, emergono alcune situazioni distributive fra le famiglie beneficiarie dei trasferimenti che risultano altamente critiche. Nel primo decile di ISEE il 69% delle famiglie riceve almeno un trasferimento, il che significa che il 31% del 10% più povero in termini di ISEE non ne ottiene alcuno. Lo scarso *targeting* degli schemi attuali di trasferimento in denaro viene confermato anche se si osservano quante sono le famiglie in povertà che

non ricevono alcun sussidio (tavola 16): ben il 49% dei nuclei in povertà assoluta di reddito (una condizione che abbiamo calcolato in base a un reddito disponibile inferiore alle soglie che l'ISTAT elabora per la povertà assoluta) non ottiene alcun trasferimento, una percentuale che per le famiglie in povertà relativa di reddito scende al 27-28% a seconda che si consideri il reddito monetario o quello disponibile.

Nel complesso, il 35% delle famiglie italiane non riceve alcun trasferimento (tavola 16 e, per tipologie di famiglie, tavola 17). Si noti che non tutte le famiglie povere assolute ricadono nel primo decile di ISEE. Tra le famiglie povere assolute, quelle con adulti e minori nel 26% dei casi non ottengono trasferimenti, una percentuale che sale al 78% per quelle composte solo da maggiorenni e al 35% per gli anziani. Queste percentuali così elevate non dovrebbero stupire, perché sono la conseguenza della mancanza di un sussidio universale pensato per contrastare le forme più gravi di povertà.

Sul totale delle famiglie italiane, i 12 trasferimenti qui studiati rappresentano il 7% circa del reddito disponibile monetario. Il complesso dei trasferimenti vale circa il 27% del reddito monetario per il decile più povero di ISEE, una percentuale che scende al 17% per il secondo decile, al 13% per il terzo. Per il più povero 10% delle famiglie il peso dei trasferimenti contro la povertà è simile a quello delle prestazioni per la famiglia, ma per i "quasi poveri" del secondo e terzo decile l'incidenza è maggiore per i secondi (tavola 18).

Vediamo ora brevemente quante sono le famiglie italiane per le quali i trasferimenti monetari rappresentano una quota considerevole del reddito: la tavola 19 mostra la quota di nuclei, per decile di ISEE e per area di residenza, per le quali i 12 trasferimenti costituiscono almeno il 20% del reddito monetario disponibile. Nell'intera Italia si tratta del 18% dei nuclei, cioè 4,6 milioni; la percentuale scende da 50% circa nel primo decile di ISEE a 2% per il decimo. La quota è quasi sempre superiore tra le famiglie residenti nel Sud, anche a parità di decile di ISEE. Vale la pena di notare che nei quattro decili più alti vi sono circa 600.000 nuclei con peso dei trasferimenti sul reddito monetario superiore al 20%.

La tavola 20 mostra che le famiglie che hanno un solo minore (dove per minore qui si intende ogni membro con età fino a 17 anni) ricevono in media 1.496 euro a titolo di trasferimenti per la famiglia (circa 4 euro al giorno in assegno al nucleo familiare e detrazioni IRPEF), e 117 come sussidi contro la povertà. Quelle che hanno 2 minori ricevono, per ciascuno dei due minori, 1.263 euro di sussidi nella classe del sostegno alle responsabilità familiari, e pochissimo come trasferimento contro la povertà. I sussidi contro il rischio di povertà tornano a crescere per le famiglie con almeno 3 figli, mantenendosi comunque a livelli molto bassi. Il costo dei figli sembra quindi coperto dai sussidi in modo insoddisfacente.

3. ANALISI DELLA DISTRIBUZIONE DELLA SPESA TOTALE DI OGNI TRASFERIMENTO TRA LE FAMIGLIE BENEFICIARIE, PER DECILI DI ISEE

La disponibilità di informazioni sull'importo medio ricevuto e sulla collocazione nella distribuzione dell'ISEE permette di calcolare come si ripartisce la spesa totale per ogni trasferimento tra i decili di ISEE (tavola 21). Così, ad esempio, è possibile sapere che il 10% di famiglie con ISEE più basso riceve circa 1,44 miliardi della spesa totale di 6,4 miliardi per l'assegno al nucleo familiare, 55 milioni di assegno di maternità su 202 in totale e 1,1 miliardi in detrazioni per familiari a carico su 12,3 (tavole 21, 22, 23).

Una parte non trascurabile della spesa totale va a famiglie certo non in condizioni di difficoltà economica: 13 miliardi di euro (il 25% del totale di 53 miliardi) sono infatti percepiti da nuclei che si trovano nei decili dal settimo al decimo della distribuzione dell'ISEE. I quattro decili più benestanti ricevono circa 3 miliardi di spesa per il sostegno delle responsabilità familiari (il 16% del totale di questa categoria), 4,6 miliardi di spesa contro la povertà (23% del totale) e 5,7 miliardi di spesa per l'invalidità (36% del totale). I benefici meno concentrati sui redditi bassi sono quindi quelli per l'invalidità, mentre i sostegni alle responsabilità familiari sono addirittura più concentrati di quelli contro la povertà. Un modo complementare per leggere gli stessi numeri consiste nel costruire le curve di concentrazione (tavola 25), sempre per decili di ISEE, dei tre gruppi di trasferimenti, e del loro totale complessivo. Esse ci mostrano la quota cumulata della spesa che va a ciascuna percentuale cumulata delle famiglie, partendo da quelle più povere in termini di ISEE. Quanto più alta è la curva di concentrazione, tanto maggiore è la quota della spesa che va a famiglie con ISEE ridotto. Una curva di concentrazione

Tavola 20. Importo medio ricevuto dalle famiglie con almeno un minore (€)

N° minori	Famiglia	Povertà	Invalidità	Totale
0	275	882	727	1.883
1	1.496	117	290	1.903
2	2.527	88	321	2.935
≥3	4.185	1.186	540	5.911
Tot.	737	703	622	2.062

TAVOLA 21. Ripartizione della spesa totale (milioni di €) di ciascun beneficio per la famiglia, per decili di ISEE

	Ass. nucleo fam.		Assegno maternità		Detrazioni		Totale famiglia	
	Spesa	Ripartizione per decile	Spesa	Ripartizione per decile	Spesa	Ripartizione per decile	Spesa	Ripartizione per decile
1	1.441	22%	55	27%	1.136	9%	2.631	14%
2	1.740	27%	30	15%	2.206	18%	3.976	21%
3	1.140	18%	46	23%	1.947	16%	3.132	17%
4	832	13%	38	19%	1.698	14%	2.568	14%
5	557	9%	5	3%	1.492	12%	2.055	11%
6	372	6%	12	6%	1.167	9%	1.550	8%
7	226	4%	6	3%	1.010	8%	1.242	7%
8	84	1%	3	1%	723	6%	810	4%
9	38	1%	7	4%	617	5%	662	3%
10	2	0%	0	0%	313	3%	315	2%
Tot.	6.431	100%	202	100%	12.310	100%	18.943	100%

TAVOLA 22. Ripartizione della spesa totale (milioni di €) di ciascun beneficio contro la povertà, per decili di ISEE

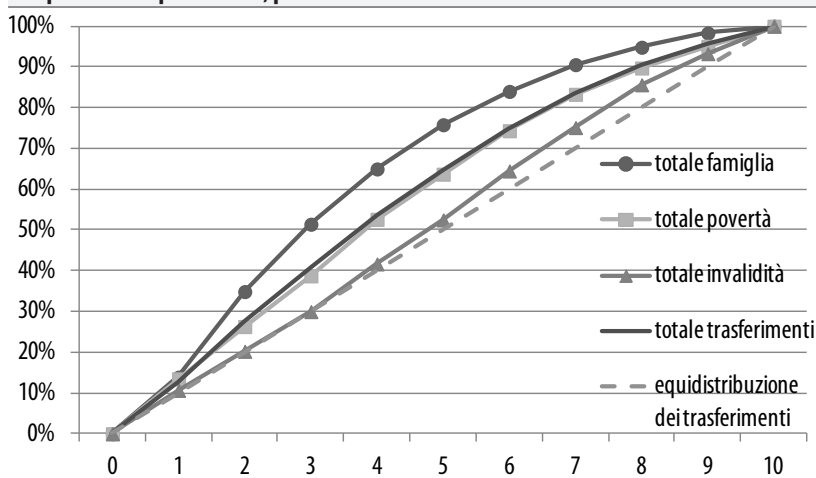
	Pensione sociale		Integrazione al minimo		Quattordicesima		Maggiorazione sociale		Carta acquisti		Assegno 3 figli		Totale povertà	
	Spesa	Ripartiz. per decile	Spesa	Ripartiz. per decile	Spesa	Ripartiz. per decile	Spesa	Ripartiz. per decile	Spesa	Ripartiz. per decile	Spesa	Ripartiz. per decile	Spesa	Ripartiz. per decile
1	681	16%	1.161	11%	107	9%	159	15%	107	51%	218	44%	2.432	13%
2	791	18%	1.038	10%	93	8%	186	18%	46	22%	162	33%	2.316	13%
3	734	17%	1.131	10%	124	11%	164	16%	26	12%	66	13%	2.245	12%
4	662	15%	1.420	13%	200	17%	183	18%	20	9%	20	4%	2.504	14%
5	501	12%	1.212	11%	147	13%	104	10%	9	4%	27	6%	2.001	11%
6	434	10%	1.309	12%	122	11%	56	5%	2	1%	2	0%	1.926	11%
7	260	6%	1.205	11%	110	10%	37	4%	0	0%	0	0%	1.612	9%
8	80	2%	940	9%	94	8%	48	5%	1	1%	2	0%	1.165	6%
9	106	2%	755	7%	68	6%	32	3%	0	0%	0	0%	961	5%
10	54	1%	689	6%	79	7%	69	7%	0	0%	0	0%	891	3%
Tot.	4.303	100%	10.860	100%	1.144	100%	1.039	100%	211	100%	498	100%	18.055	100%

TAVOLA 23. Ripartizione della spesa totale (milioni di €) di ciascun beneficio per l'invalidità, per decili di ISEE

	Pensioni di invalidità civile		Indennità di accompagnamento		Pensioni di guerra		Totale invalidità	
	Spesa	Ripartiz. per decile	Spesa	Ripartiz. per decile	Spesa	Ripartiz. per decile	Spesa	Ripartiz. per decile
1	560	14%	1.140	10%	3	0%	1.703	11%
2	541	14%	990	9%	0	0%	1.531	10%
3	443	11%	1.090	10%	25	4%	1.558	10%
4	513	13%	1.351	12%	5	1%	1.869	12%
5	459	12%	1.206	11%	65	9%	1.729	11%
6	338	9%	1.503	13%	78	11%	1.918	12%
7	291	7%	1.330	12%	84	12%	1.704	11%
8	374	9%	1.122	10%	181	26%	1.678	10%
9	239	6%	889	8%	94	14%	1.222	8%
10	218	5%	703	6%	157	23%	1.077	7%
Tot.	3.976	100%	11.323	100%	692	100%	15.991	100%

TAVOLA 24. Ripartizione della spesa totale (milioni di euro) di ciascun gruppo di benefici, per decili di ISEE

	Totale famiglia		Totale povertà		Totale invalidità		Totale	
1	2.631	13.9%	2.432	13.5%	1.703	10.7%	6.766	12.8%
2	3.976	21.0%	2.316	12.8%	1.531	9.6%	7.823	14.8%
3	3.132	16.5%	2.245	12.4%	1.558	9.7%	6.935	13.1%
4	2.568	13.6%	2.504	13.9%	1.869	11.7%	6.942	13.1%
5	2.055	10.8%	2.001	11.1%	1.729	10.8%	5.784	10.9%
6	1.550	8.2%	1.926	10.7%	1.918	12.0%	5.394	10.2%
7	1.242	6.6%	1.612	8.9%	1.704	10.7%	4.558	8.6%
8	810	4.3%	1.165	6.5%	1.678	10.5%	3.653	6.9%
9	662	3.5%	961	5.3%	1.222	7.6%	2.845	5.4%
10	315	1.7%	891	4.9%	1.077	6.7%	22.84	4.3%
Tot.	18.943	100%	18.055	100%	15.991	100%	52.989	100%

TAVOLA 25. Curve di concentrazione per le tre categorie di trasferimenti e per il complesso delle prestazioni, per decili di ISEE**TAVOLA 26. Spesa media annua per famiglia (€) e ripartizione della spesa totale, per area geografica**

	Trasferimento medio per famiglia (comprese quelle che non ricevono alcun beneficio)				% famiglie residenti	Ripartizione % dei 53 miliardi di spesa totale			
	Famiglia	Povertà	Invalid.	Totale		Famiglia	Povertà	Invalid.	Totale
Nord	620	556	399	1.576	48	40	38	31	37
Centro	648	664	614	1.927	21	18	20	20	20
Sud	974	951	968	2.892	31	42	42	49	43
Italia	737	703	622	2.062	100	100	100	100	100

TAVOLA 27. Spesa media annua per famiglia (euro) e ripartizione della spesa totale, per tipologia familiare

	Trasferimento medio per famiglia (comprese quelle che non ricevono alcun beneficio)				% famiglie residenti	Ripartizione % dei 53 miliardi di spesa totale			
	Famiglia	Povertà	Invalid.	Totale		Famiglia	Povertà	Invalid.	Totale
Solo adulti 18-59	286	66	254	606	29	11	3	12	9
Adulti 18-59 e minori	2.089	113	277	2.479	24	68	4	11	29
Adulti 18-59, minori e anziani	1.865	1.207	939	4.012	2	4	3	3	4
Adulti 18-59 e anziani	529	735	1.247	2.512	14	10	15	28	17
Solo anziani	150	1.714	937	2.800	31	6	76	47	42
Totale	737	702	622	2.062	100	100	100	100	100

bassa, viceversa, segnala che il trasferimento va in modo non trascurabile anche a famiglie con ISEE alto. La linea tratteggiata segnala il caso teorico di perfetta equidistribuzione del beneficio, che si avrebbe se al più povero 10% delle famiglie andasse il 10% del trasferimento totale, al 20% più povero il 20% del totale, ecc. I trasferimenti più concentrati a favore delle famiglie a basso reddito non sono quelli contro il rischio di povertà, che invece hanno un profilo distributivo simile a quello dei trasferimenti complessivi, ma quelli a sostegno delle responsabilità familiari. Più prevedibile è il fatto che i sussidi contro la disabilità siano distribuiti in modo quasi uniforme tra i decili, perché domina quantitativamente l'indennità di accompagnamento, che non è sottoposta a una prova dei mezzi economici.

Ogni famiglia riceve in media 2.062 euro per il complesso dei 12 trasferimenti qui considerati. Questa media nasconde importanti differenze. I nuclei residenti nell'Italia settentrionale, ad esempio, ricevono mediamente 1.576 euro all'anno (tavola 26), contro 1.927 euro per i residenti nell'Italia centrale e 2.892 euro per le famiglie dell'Italia meridionale. Queste ultime ottengono un trasferimento medio superiore per tutte le tre classi complessive (famiglia, povertà, invalidità). La parte destra della tabella ci dice che le famiglie del Nord, che sono il 48% del totale di quelle residenti, ricevono il 37% della spesa totale per tutti i trasferimenti qui studiati. Le famiglie del Sud, che formano il 31% delle residenti, ottengono invece il 43% dei 53 miliardi di spesa complessiva. Si noti che i trasferimenti più favorevoli alle famiglie meridionali non sono quelli contro la povertà ma quelli per l'invalidità. Viceversa, i nuclei del Nord ottengono una quota molto alta, rispetto agli altri, dei trasferimenti associati ai carichi familiari (il 40% del totale). La tavola 27 ci mostra la distribuzione dei trasferimenti per tipologia di famiglia.

Un limite dell'uso dell'ISEE come indicatore della selettività dei trasferimenti (e come variabile sulla base della quale ordinare le famiglie in decili) sta nel fatto che l'ISEE nuova versione comprende tutti i trasferimenti monetari, quindi può darsi che una famiglia si trovi nei decili più alti della distribuzione in base all'ISEE proprio perché ha ricevuto molti trasferimenti. In queste elaborazioni abbiamo finora utilizzato l'ISEE che comprende i trasferimenti, in coerenza con la sua recente riforma. La tavola 28 confronta due classificazioni in decili delle famiglie, quella sulla base dell'ISEE senza i trasferimenti qui considerati e quella costruita in base all'ISEE effettivo, che li include. Ci dice, in particolare, come l'inclusione dei trasferimenti sposta alcune famiglie in alto o in basso nella distribuzione. Ad esempio, l'81.7% delle famiglie che appartengono al primo decile in base all'ISEE senza trasferimenti rimane nello stesso decile anche dopo l'aggiunta dei trasferimenti, il 12.4% si sposta nel secondo decile di ISEE e il 4.9% nel terzo. Le famiglie che fanno un salto significativo sono poche: tra quelle dei primi due decili di ISEE senza trasferimenti, infatti, solo lo 0.4% riesce ad arrivare al settimo decile di ISEE con trasferimenti, nessuno nel 30% più ricco.

4. PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEI BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI APPARTENENTI AL PRIMO DECILE ISEE, QUELLO PIÙ BASSO, E AGLI ULTIMI 4 DECILI, QUELLI PIÙ ELEVATI

Si è detto che circa un quarto della spesa totale per i trasferimenti monetari qui considerati va a favore delle famiglie che appartengono ai quattro decili di ISEE più elevati. In questa sezione analizziamo con maggiore dettaglio le caratteristiche dei nuclei appartenenti a questo 40% delle famiglie italiane con ISEE alto che ricevono almeno un trasferimento, confrontandoli con coloro che popolano il primo decile. Iniziamo con le principali differenze circa la composizione dei decili sulla base di alcune caratteristiche delle famiglie (tavola 29). Nel primo decile in termini di ISEE si trovano soprattutto famiglie molto giovani e numerose, con minori. Non sono comunque infrequenti in esso anche nuclei composti da una sola persona in età adulta ma non ancora anziana. Più della metà di esse risiede nell'Italia meridionale. Viceversa, le famiglie più benestanti sono concentrate nell'Italia del Nord, sono di dimensione inferiore alla media e hanno pochi bambini e molti anziani.

Riprendiamo ora i dati relativi alla spesa totale per ciascun trasferimento che va ai 4 decili più alti, e per confronto la spesa destinata al decile più povero, con le rispettive percentuali sulla spesa totale (tavola 30). I trasferimenti più sbilanciati a favore dei quattro decili superiori sono le detrazioni per familiari a carico, l'integrazione al minimo delle pensioni, la quattordicesima mensilità delle pensioni e tutti quelli contro il rischio di povertà, soprattutto, per il suo importo assoluto, l'indennità di accompagnamento.

Nel primo decile prevalgono i nuclei composti da adulti e minori (38%), in quelle dei 4 decili superiori quelle composte da soli anziani (38%) (tavole 32 e 33). Da segnalare che non riceve alcun trasferimento il 66% dei nuclei composti da un

TAVOLA 28. Ripartizione % delle famiglie per decili di ISEE calcolato senza e con i trasferimenti

		Decili di ISEE dopo i trasferimenti									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Decili di ISEE prima dei trasferimenti	1	81,7	12,4	4,9	0,5	0,5	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
	2	18,3	66,0	9,0	4,8	1,2	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0
	3	0,0	21,7	62,9	11,1	2,9	1,1	0,0	0,2	0,0	0,0
	4	0,0	0,0	23,0	62,3	10,4	3,6	0,6	0,1	0,0	0,0
	5	0,0	0,0	0,0	21,4	64,7	10,6	2,9	0,4	0,0	0,0
	6	0,0	0,0	0,0	0,0	20,4	70,4	8,1	1,0	0,2	0,0
	7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,7	78,3	7,4	0,7	0,0
	8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	85,4	4,5	0,1
	9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,4	92,2	2,4
	10	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	97,6

TAVOLA 29. Composizione del decile più basso, dei decili più alti e dell'intera popolazione (%)

		Decile 1	Decili 7-10	Tutta la popolazione
Tipo famiglia	Solo adulti	32,9	31,4	29,2
	Adulti e minori	38,0	12,3	24,0
	Adulti, minori e anziani	1,7	1,1	1,7
	Adulti e anziani	8,2	17,6	14,0
	Solo anziani	19,2	37,6	31,1
Numero componenti	1	33,1	36,8	32,3
	2	20,5	30,7	26,4
	3	18,5	18,8	19,7
	4	17,8	11,5	16,5
	≥5	10,1	2,3	5,1
Età capofamiglia	≤30	11,4	3,2	5,4
	31-40	24,4	12,7	16,9
	41-50	23,5	17,2	21,0
	51-60	15,4	20,5	17,4
	61-70	9,6	20,1	15,0
	≥71	15,7	26,4	24,3
Area	Nord	27,6	60,5	48,0
	Centro	16,1	23,0	20,6
	Sud	56,3	16,4	31,4

Nota: età minori: 0-17; adulti: 18-59; anziani: ≥60

TAVOLA 30. Spesa per i vari trasferimenti che va a famiglie situate nel 1° decile e nei decili dal 7° al 10°

	Primo decile		Decili 7-10	
	Milioni di €	% della spesa totale	Milioni di €	% della spesa totale
Assegno nucleo familiare	1.441	22	349	5
Assegno maternità	55	27	16	8
Detrazioni fiscali	1.136	9	2.663	22
Totale famiglia	2.631	14	3.028	16
Pensione sociale	681	16	500	12
Integrazione al minimo	1.161	11	3.588	33
Quattordicesima	107	9	351	31
Maggiorazione sociale	159	15	186	18
Carta acquisti	107	51	2	1
Assegno tre figli	218	44	2	0,4
Totale povertà	2.432	13	4.629	26
Invalità civile	560	14	1.122	28
Indennità di accompagn.	1.140	10	4.044	36
Pensioni di guerra	3	0,5	516	75
Totale invalidità	1.703	11	5.682	35
Totale	6.766	13	13.339	25

TAVOLA 31. Percentuale della spesa per i vari trasferimenti che va a famiglie situate nel 1° decile e nei decili dal 7° al 10°

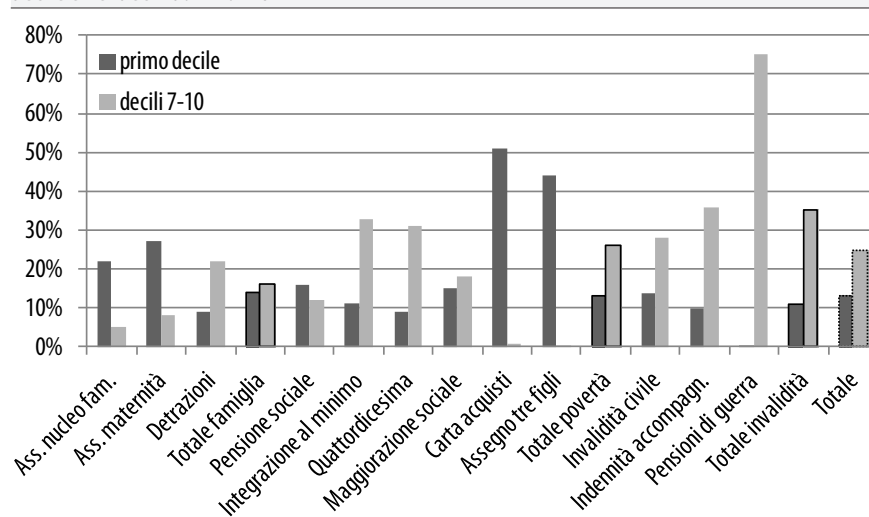


TAVOLA 32. Ripartizione % famiglie del 1° decile tra chi riceve almeno un trasferimento e chi non ne riceve alcuno

		Non riceve alcun trasfe- rimento	Riceve alme- no un trasfe- rimento	Totale
Tipo di famiglia	Solo adulti	66	18	33
	Adulti e minori	19	47	38
	Adulti, minori e anziani	1	2	2
	Adulti e anziani	3	11	8
	Solo anziani	12	23	19
Numero componenti	1	66	18	33
	2	11	25	20
	3	11	22	18
	4	9	22	18
	≥5	3	13	10
Età capofamiglia	≤30	18	8	11
	31-40	28	23	24
	41-50	23	24	23
	51-60	19	14	15
	61-70	8	10	10
	≥71	3	21	16
Area	Nord	34	25	28
	Centro	18	15	16
	Sud	48	60	56

Nota: età minori: 0-17; adulti: 18-59; anziani: ≥60

TAVOLA 33. Ripartizione % famiglie ultimi 4 decili tra chi riceve almeno un trasferimento e chi non ne riceve alcuno

		Non riceve alcun trasfe- rimento	Riceve alme- no un trasfe- rimento	Totale
Tipo di famiglia	Solo adulti	44	16	31
	Adulti e minori	6	49	12
	Adulti, minori e anziani	0	5	1
	Adulti e anziani	24	17	18
	Solo anziani	26	13	38
Numero componenti	1	26	3	37
	2	43	16	31
	3	20	28	19
	4	9	37	12
	≥5	2	16	2
Età capofamiglia	≤30	4	2	3
	31-40	15	10	13
	41-50	14	21	17
	51-60	19	22	20
	61-70	21	19	20
	≥71	27	26	26
Area	Nord	60	44	61
	Centro	22	20	23
	Sud	18	36	16

Nota: età minori: 0-17; adulti: 18-59; anziani: ≥60

solo componente appartenenti al primo decile ISEE.

Resta vero che anche nei decili più alti le famiglie con minori hanno maggiori probabilità di ottenere almeno un trasferimento.

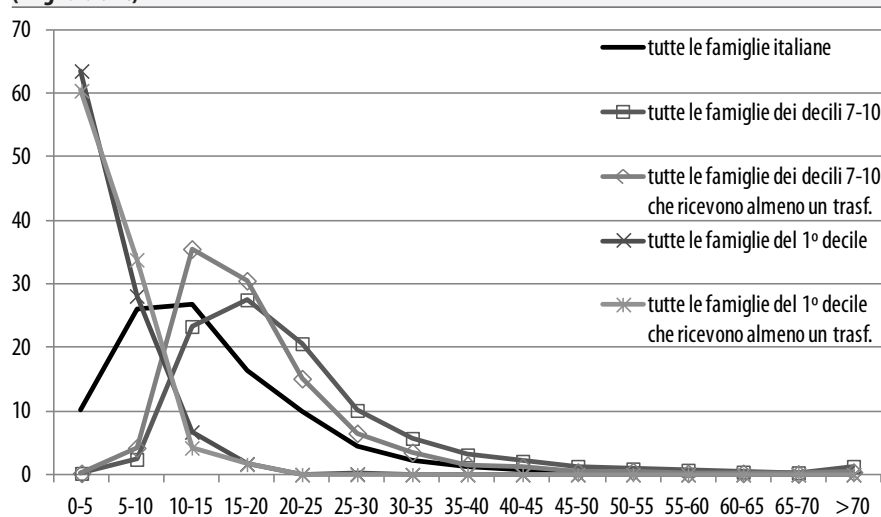
La distribuzione delle famiglie per classe di reddito monetario disponibile *pro capite* (tavole 34 e 35) vuole mostrare in modo semplice quante risorse ha a disposizione ciascun componente. Si nota in particolare che le famiglie dei quattro decili più alti che ricevono almeno un trasferimento hanno reddito monetario *pro capite* inferiore rispetto a tutti i nuclei del 40% più ricco in base all'ISEE.

Evidentemente queste famiglie ricadono nel 40% più benestante perché sono proprietarie di immobili. L'87% di esse vive infatti in proprietà, contro l'84% complessivo degli ultimi 4 decili, e il 69% dell'intera popolazione. Anche tra le famiglie benestanti con almeno un trasferimento, comunque, la maggioranza ha reddito monetario non trascurabile: circa il 60% delle famiglie degli ultimi 4 decili con almeno un trasferimento ha reddito *pro capite* (cioè per ciascun membro) di almeno 15.000 euro annui. L7

TAVOLA 34. Distribuzione % delle famiglie per classe di reddito monetario disponibile pro capite (migliaia di €)

Reddito monetario disponibile	Tutte le famiglie italiane	Tutte le famiglie dei decili 7-10	Tutte le famiglie decili 7-10 che ricevono almeno un trasferimento	Tutte le famiglie del 1° decile	Tutte le famiglie del 1° decile che ricevono almeno un trasferimento
0-5	10,1	0,2	0,2	63,5	60,4
5-10	26,1	2,4	4,2	28,1	33,8
10-15	26,8	23,3	35,5	6,7	4,2
15-20	16,3	27,5	30,5	1,7	1,6
20-25	9,9	20,6	15,1	0,0	0,0
25-30	4,4	10,1	6,5	0,1	0,0
30-35	2,3	5,7	3,5	0,0	0,0
35-40	1,3	3,1	1,5	0,0	0,0
40-45	0,8	2,1	1,2	0,0	0,0
45-50	0,5	1,3	0,4	0,0	0,0
50-55	0,4	0,9	0,5	0,0	0,0
55-60	0,3	0,7	0,2	0,0	0,0
60-65	0,2	0,4	0,2	0,0	0,0
65-70	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0
>70	0,5	1,3	0,4	0,0	0,0

TAVOLA 35. Distribuzione delle famiglie per classe di reddito monetario disponibile pro capite (migliaia di €)



IL NUOVO ISEE

L'Indicatore della Situazione Economica Equivalente è stato introdotto in Italia sul finire degli anni '90 (D.Lgs. 109/1998, D.Lgs. 130/2000, e successive modifiche) con lo scopo di unificare la misurazione della situazione economica delle famiglie richiedenti prestazioni socio-assistenziali sottoposte al test dei mezzi (asili nido, mense scolastiche, servizi per la non autosufficienza, contributi economici, ecc.). In verità prima dell'ISEE esistevano già alcune prestazioni erogate sulla base di criteri di selettività, a livello sia nazionale (assegno sociale, integrazione al minimo, pensione di invalidità), sia locale (minimo vitale, contributi affitto, ecc.), ma la diffusa eterogeneità nell'accesso alle prestazioni sociali e nell'utilizzo dei metodi di calcolo aveva reso indispensabile una razionalizzazione della materia, a garanzia di una maggiore equità distributiva. L'ambizione, tuttavia, che diventasse l'unico strumento di accesso alle prestazioni sociali (e di calcolo della compartecipazione) è stata di fatto disattesa ed il suo ambito di applicazione alquanto limitato per una serie di motivazioni. Peraltro alcune criticità nell'algoritmo di calcolo quali ad esempio la sottovalutazione dei patrimoni o la non considerazione dei redditi fiscalmente esenti hanno fatto sì che si procedesse con una riforma dell'indicatore, prevista dall'art. 5 della Legge n. 214 del 2011, di conversione del cosiddetto "Decreto Salva Italia".

Il resto è storia recente.

A distanza di poco più di un anno dal DPCM n. 159/2013, di revisione delle modalità di calcolo della condizione economica delle famiglie che richiedono prestazioni sociali agevolate, il nuovo ISEE è diventato a tutti gli effetti operativo dal 1° gennaio 2015, contestualmente con l'abrogazione del 'vecchio' indicatore.

È stato introdotto come livello essenziale delle prestazioni, da intendersi come metro unificato della situazione economica e patrimoniale sull'intero territorio nazionale. Ciò significa che l'indicatore, ancor più prescrittivamente di prima, diventa uno standard di base, che gli enti erogatori hanno l'obbligo di utilizzare dal gennaio scorso, cioè entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore, per l'accesso e/o il calcolo della compartecipazione delle prestazioni sociali agevolate. È ovvio che gli enti possono continuare ad attivare e finanziare prestazioni sociali non sottoposte a test dei mezzi, ma ove un test è presente deve ormai essere l'ISEE.

Ma vediamo alcuni primi effetti applicativi della riforma utili anche ai fini del presente lavoro.

I dati elaborati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Direzione generale per l'Inclusione e le Politiche sociali, rispetto ai primi 6 mesi di applicazione,* seppur effettuati su un campione molto contenuto, pari a circa il 2% della popolazione ISEE complessiva (49.000 DSU analizzate su 2.200.000 DSU presentate) consentono di fornire evidenze generali circa l'applicazione del nuovo strumento.

Il nuovo indicatore si dimostra più selettivo del vecchio, vale a dire discrimina meglio i "ricchi" dai "poveri". Ciò è dimostrato da un aumento del valore medio dei nuovi ISEE contestualmente ad una diminuzione della mediana, a significare un innalzamento soprattutto degli ISEE più alti; un'altra evidenza in questa direzione è rappresentata dall'aumento della quota di popolazione con ISEE oltre i 30.000, che passano dal 4,3% al 5,4% con l'ISEE post riforma. Una delle principali ragioni del miglioramento della capacità dell'indicatore di discriminare la ricchezza delle famiglie è sicuramente data dalla maggior valorizzazione del patrimonio:

- la quota patrimoniale (mobiliare e immobiliare) nei nuovi ISEE pesa ora in media meno di un quinto del valore dell'indicatore mentre nell'ISEE pre-riforma pesava un ottavo;
- le DSU con patrimonio mobiliare nullo si abbattano notevolmente con la riforma, passando dal 74% al 19%.

Infine, gli effetti della riforma appaiono soprattutto significativi per i nuclei con componenti disabili o non autosufficienti: per una quota considerevole di queste famiglie le nuove regole di calcolo consentono una diminuzione del valore dell'ISEE rispetto a prima e l'incidenza degli ISEE nulli passa dall'8,8% al 20,3%.

Pur tuttavia, è dello scorso 29 febbraio 2016 la deliberazione del Consiglio di Stato che in parte conferma le precedenti sentenze del TAR del Lazio, le quali, su ricorso di alcune associazioni di tutela dei disabili, avevano dichiarato illecito considerare nel computo dei redditi le indennità di accompagnamento e in generale le misure risarcitorie per inabilità, perché ritenute appunto di natura 'compensativa' di una condizione di fragilità e non misure di sostegno al reddito. Dal momento però che, come noto, il nuovo ISEE è un complesso equilibrio di pesi e contrappesi sarà necessario rimettere mano all'intero strumento anche intervenendo su franchigie e detrazioni per continuare ad assicurarne l'equità in termini di ordinamento della condizione economica dei richiedenti prestazioni sociali agevolate.

In attesa della nuova regolamentazione e dal momento che è impossibile oggi

prevedere come verrà modificato l'indicatore, le analisi di seguito effettuate sono state realizzate con riferimento all'ISEE ex DPCM 159/2013 in vigore al momento della realizzazione della presente ricerca.

L'ISEE dopo le sentenze del Consiglio di Stato

Con sentenze depositate lo scorso 29 febbraio 2016, il Consiglio di Stato ha stabilito che vi sono dei trasferimenti assistenziali che hanno carattere indennitario, che non possono essere collocati entro una configurazione pur ampia di reddito e che non devono essere quindi inseriti nel conteggio dell'ISEE. La condizione di disabilità non può essere considerata come una fonte di reddito, e quindi i trasferimenti ad essa associati sono da intendersi come la compensazione di una situazione di svantaggio: chi riceve una indennità a fronte di una disabilità, in altre parole, non "sta meglio" di chi non la riceve perché non disabile, a parità di altre fonti di entrata, ma è rimesso da essa in condizioni di parità rispetto a chi non ne soffre. La riforma dell'ISEE prevedeva l'esistenza di una serie di franchigie e di spese deducibili che avrebbero dovuto compensare l'introduzione dei trasferimenti per le disabilità nell'ISEE, ma esse non sono state considerate sufficienti.

In merito a quali trasferimenti associati alla disabilità siano da escludersi dal conteggio dell'ISEE la sentenza cita "l'indennità di accompagnamento, o misure risarcitorie per inabilità non collegate al reddito". Tale dizione porterebbe a escludere prestazioni correlate, oltre che alla condizione di invalidità, anche al reddito, come ad esempio molte pensioni per invalidi civili, o categorie di questi, che sono appunto soggette a un *means testing*, anche se diverso dall'ISEE.

Né è chiaro cosa ne sarà delle franchigie attuali, come pure delle spese da portare in detrazione, che molto probabilmente con la modifica dei criteri di calcolo dell'ISEE verranno anch'esse cambiate.

La sentenza suscita ampie perplessità, ancora maggiori considerando che il testo normativo aveva già ottenuto nell'iter di approvazione il parere positivo del Consiglio di Stato. Al di là della valutazione di merito la sentenza, peraltro non immediatamente esecutiva, ci pone dei problemi in merito al lavoro da noi effettuato sulla base dell'ISEE attuale. Anche perché è impossibile stabilire oggi come verrà modificato. Per questi motivi di incertezza nella nostra ricerca continuiamo a calcolare l'ISEE secondo le regole stabilite dalla riforma introdotta dal Governo Letta, perché altrimenti dovremmo azzardare la costruzione di un "nuovo" ISEE con troppi elementi di arbitrarietà. Riteniamo comunque utile verificare quali sarebbero gli effetti di una sua parziale modifica nei termini indicati dal Consiglio di Stato e dalle precedenti sentenze del Tar. Calcoliamo quindi un nuovo ISEE che presenta una sola differenza rispetto all'ISEE riformato: esclude dal suo computo l'indennità di accompagnamento, anche se qualche altro valore potrebbe venire modificato.

Il nuovo ISEE avrebbe un valore medio per le famiglie di 23.710 euro, contro 24.000 dell'ISEE attuale. La correlazione tra le due misure sarebbe del 99,9%. L'indice di Gini dell'ISEE aumenta da 0,421 a 0,427, perché l'indennità di accompagnamento pesa di più sui redditi bassi e la sua presenza riduce quindi la disuguaglianza. La quota di famiglie che ricevono almeno una prestazione per ciascun gruppo non subirebbe variazioni significative (tavola b1), con la sola eccezione di quella che nel primo decile ottiene almeno un trasferimento associato alla disabilità: sottraendo l'inden-

TAVOLA b1. Incidenza di famiglie che ricevono i vari gruppi di prestazioni, per decili di ISEE

Decili	Totale famiglia ISEE senza		Totale povertà ISEE senza		Totale invalidità ISEE senza		Tot. trasferimenti ISEE senza	
	ISEE attuale	inden. di accomp.	ISEE attuale	inden. di accomp.	ISEE attuale	inden. di accomp.	ISEE attuale	inden. di accomp.
1	49,5	47,6	29,3	32,0	12,9	19,1	69,2	70,1
2	65,7	66,5	22,6	23,5	10,4	12,1	78,2	78,9
3	65,7	64,4	24,3	24,0	9,2	9,8	80,9	80,9
4	62,2	60,8	28,1	28,8	10,9	12,5	80,2	80,9
5	59,4	60,1	25,4	25,1	9,9	9,5	76,7	77,3
6	48,0	49,1	26,5	25,2	10,7	8,0	69,3	68,4
7	42,5	43,2	22,6	21,2	9,4	6,9	62,4	62,1
8	34,0	35,0	18,7	17,8	8,2	6,1	52,9	52,1
9	30,8	30,8	14,8	14,8	6,5	5,3	47,1	46,6
10	19,7	20,0	16,0	15,9	5,2	4,2	37,6	37,0
Tot.	47,8	47,8	22,8	22,8	9,3	9,3	65,4	65,4

TAVOLA b2. Ripartizione percentuale della spesa totale di ciascun gruppo di benefici, per decili di ISEE

Decili	Totale famiglia ISEE senza		Totale povertà ISEE senza		Totale invalidità ISEE senza		Tot. trasferimenti ISEE senza	
	ISEE attuale	inden. di accomp.	ISEE attuale	inden. di accomp.	ISEE attuale	inden. di accomp.	ISEE attuale	inden. di accomp.
1	13,9	12,8	13,5	15,5	10,7	18,0	12,8	15,3
2	21,0	21,8	12,8	12,5	9,6	13,2	14,8	16,0
3	16,5	16,2	12,4	12,9	9,7	10,3	13,1	13,3
4	13,6	13,2	13,9	14,3	11,7	12,5	13,1	13,4
5	10,8	11,3	11,1	10,5	10,8	10,4	10,9	10,8
6	8,2	8,3	10,7	9,9	12,0	8,3	10,2	8,9
7	6,6	6,7	8,9	8,0	10,7	7,5	8,6	7,4
8	4,3	4,5	6,5	6,3	10,5	8,0	6,9	6,1
9	3,5	3,5	5,3	5,2	7,6	6,2	5,4	4,9
10	1,7	1,7	3,9	4,9	6,7	5,5	4,3	3,9

nità di accompagnamento dalla misura, chi la percepisce tende a scendere nella distribuzione delle famiglie, e quindi in base al nuovo indicatore aumenta la quota di famiglie "povere" che ricevono proprio l'indennità di accompagnamento.

Anche la ripartizione della spesa totale tra i vari decili di ISEE esce sostanzialmente confermata (tavola b2), pur se si notano alcune differenze soprattutto, come era da attendersi, per la distribuzione della spesa per la povertà, dove aumenta la concentrazione delle famiglie sui primi decili, e per l'invalidità, dove ancor più aumenta la quota appropriata dai decili più bassi della distribuzione. Per il complesso dei trasferimenti, la quota che va al primo decile passa da 12,8% a 15,3%, e quella che viene attribuita al 40% più benestante delle famiglie passa da 25,2% (corrispondente a 13,4 miliardi) a 22,3% (11,8 miliardi). Le due figure che seguono riportano le stesse percentuali per i due casi. L'unica curva che subisce una modificazione percepibile è quella relativa ai trasferimenti per disabilità; le curve associate al complesso dei trasferimenti sono molto simili.

Note

* Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Direzione generale per l'Inclusione e le Politiche sociali, "Il nuovo ISEE. Monitoraggio del primo semestre", *Quaderni della ricerca sociale flash*, 35, 28 ottobre 2015.

Sono ancora disponibili, in formato sia cartaceo sia elettronico, i fascicoli monografici 20-22/2011 e 8-10/2013 di **Prospettive Sociali e Sanitarie**, dedicati alle precedenti proposte di riforma. Per l'acquisto, rivolgersi all'Ufficio abbonati.
pss.abbo@irsonline.it www.prosp.it/abbonarsi



La riforma compiuta

2.

1. COSTRUIAMO IL WELFARE DEI DIRITTI SOCIALI. COGLIAMO ANCHE LE OPPORTUNITÀ OFFERTE DALLA LEGGE DI STABILITÀ 2016 E DAL DDL DELEGA PER ANDARE OLTRE

Il nostro Paese presenta gravi problemi sociali che le attuali politiche non affrontano con efficacia ed equità, come hanno evidenziato le analisi del primo capitolo sulla condizione economica delle famiglie e sulla distribuzione sociale dei benefici delle erogazioni economiche nazionali, che rappresentano più del 80% della spesa assistenziale. Gli attuali contenuti delle politiche sociali sono infatti frutto di retaggi storici e della capacità di pressione dei diversi interessi organizzati e sono dai più ritenute non eque né efficaci, parcellizzate e incoerenti.

Per riformarle occorre assumere un approccio sistemico, elaborare cioè una visione complessiva dei problemi che con esse si vogliono trattare, disegnare un nuovo insieme di politiche e misure più eque, efficaci, efficienti, stimare le risorse già disponibili e riutilizzabili e quelle aggiuntive che occorrono, delineare una strategia a più tappe per confermare, o riconfigurare gli interventi in atto, o sostituirli con nuovi. È quanto facciamo: in questo capitolo presentiamo il nostro disegno di riforma, nei capitoli seguenti indichiamo prime tappe di avvicinamento

ad essa. Cogliamo così anche l'opportunità del DDL delega sul contrasto alla povertà e il riordino delle prestazioni "del sistema delle politiche sociali per renderlo più adeguato rispetto ai bisogni emergenti e più equo e omogeneo sull'accesso alle prestazioni, secondo i principi dell'universalismo selettivo" (art. 1, c. 1).

Certo una riforma compiuta di questo calibro non è di facile realizzazione, per il cambiamento che comporta nei servizi e nelle professionalità coinvolte, che richiedono adeguati investimenti e sviluppi e tempi congrui; per i timori di attuali beneficiari che sentissero minacciate le loro situazioni, anche se sono previste una serie di salvaguardie; per le resistenze di interessi costituiti e organizzati e infine per timori di perdite di consenso, non solo elettorale. Problemi e resistenze che andranno affrontati e gestiti con modalità e tempi congrui, senza però rinunciare a revisioni del sistema e a redistribuzioni equitative, per regredire ancora una volta sull'affrontare il singolo problema con una specifica nuova misura che si sommerebbe a quelle vigenti, anche se obsolete. Non si deve rinunciare per l'ennesima volta all'opportunità di cominciare ad affrontare le incoerenze e gli sprechi del sistema nel suo insieme, per introdurre politiche e interventi nuovi, equi, efficaci, economici.

Per agire un approccio sistemico occorre innanzitutto procedere con una riaggregazione della spesa socio-assistenziale in Italia. Sono 72 i miliardi di euro di spesa assistenziale pubblica nel 2014, pari a oltre il 4,5% del PIL; per il 2017, anno di avvio della riforma, con gli impegni della legge di stabilità e i fondi europei, si possono stimare ad oggi circa 75 miliardi complessivi.

Primo passo di una riconfigurazione delle attuali politiche e misure assistenziali effettuata su criteri di equità ed efficacia, è il contrasto alla povertà, con un Reddito minimo di inserimento (RMI) che assicuri a tutte le famiglie con reddito sotto la soglia della povertà assoluta un'integrazione monetaria fino a tale soglia, accompagnata da misure di integrazione e promozione sociale. Il RMI simulato al netto di tutti i trasferimenti monetari attualmente percepiti dalle famiglie costerà 15 miliardi annui e ne usufruiranno circa 3.300.000 famiglie, corrispondenti all'11,8% dei nuclei residenti, con un'integrazione monetaria media a famiglia di circa 4.500 euro, nettamente superiore ai 3.076 euro degli istituti vigenti.

Una volta integrato il reddito di tutte le famiglie in povertà al di sopra di una soglia di sussistenza occorre occuparsi di sostenere i bisogni delle famiglie con figli e delle persone disabili e non autosufficienti.

Per il sostegno delle responsabilità familiari prevediamo un assegno, sostitutivo di parte delle attuali erogazioni ed esenzioni fiscali, in modo tale da renderlo più selettivo e specificatamente mirato alle famiglie con figli. L'assegno per i nuovi per-

ceptor si attesterà sui 2.528 euro medi annui, contro un valore medio dei sostegni alle famiglie fruiti dagli attuali percettori di assegni familiari o detrazioni per figli a carico pari a 1.442 euro annui.

Per non autosufficienti e disabili si prevede:

- una riforma dell'indennità di accompagnamento in una nuova misura, detta Dote di cura, sempre non sottoposta al test dei mezzi, ma rapportata al fabbisogno di assistenza di ciascuno; tale misura riguarderà 2,1 milioni di disabili e non autosufficienti e costerà 15,5 miliardi di euro a cui potranno essere aggiunti 700 milioni per l'utilizzo della misura come *voucher* per l'acquisto di servizi;
- una Pensione unica di invalidità, con prova dei mezzi, per le famiglie dei primi 7 decili ISEE, che possono contare su redditi medio bassi; ne beneficeranno 1.030.000 invalidi, con un costo totale di 4,6 miliardi di euro, superiore all'attuale spesa per invalidità civile;
- un Budget di Inclusione per disabili fino ai 65 anni, come nuovo modello di presa in carico che metta a sistema trasferimenti monetari e servizi attraverso un percorso di accompagnamento e di maggior autonomia.

La realizzazione della riforma compiuta costerà 80 miliardi di euro, e comporterà un aumento del 10% sulla spesa assistenziale del 2014, o del 6% su quella già impegnata per il 2017, da effettuare progressivamente nell'arco di più anni. Un impegno finanziario sostenibile, soprattutto se rapportato ai vantaggi sociali previsti.

2. LE RAGIONI DELLA NOSTRA PROPOSTA

L'analisi della condizione economica delle famiglie effettuata utilizzando l'ISEE ed il reddito disponibile svolta nel capitolo precedente ha

evidenziato situazioni di criticità e deprivazione. I nuclei del decile più svantaggiato possono contare mediamente su un reddito disponibile equivalente annuo (somma di tutti i redditi monetari netti + affitto imputato dell'abitazione

se posseduta) di 7.014 euro, poco più di 500 euro al mese, quelle del decile appena superiore su 11.280, meno di 600 euro al mese. Sono valori medi, che nascondono anche situazioni molto peggiori, per le forti differenze fra le singole famiglie, e in particolare fra quelle con solo adulti e anziani e quelle con minori, e quelle fra le famiglie che stanno al Nord, al Centro e soprattutto al Sud. Accanto alle povertà materiali si propongono altre situazioni di fragilità, come quelle delle 2.666.000 persone non autosufficienti e degli oltre 700.000 disabili con meno di 65 anni (stime ISTAT).

Per fronteggiare sofferenze sociali come quelle brevemente richiamate, e molte altre analoghe, l'Italia, come noto, impegna risorse complessivamente quasi in linea con quelle medie europee, ma non distribuite in modo equo e con interventi poco efficaci sui problemi trattati.

Parlando di equità ovviamente non intendiamo caricare sulle sole politiche sociali il perseguimento di questo obiettivo, che deve impegnare più politiche: economiche, fiscali, del lavoro, della formazione, della cultura, e altre ancora. Riteniamo però che *anche le politiche sociali possano e debbano svolgere un'importante funzione*

equitativa. Esse erogano risorse pubbliche prelevate fiscalmente, un criterio di equità deve quindi specificamente caratterizzarle nella loro impostazione e nei loro interventi. Anche perché l'equità spesso è condizione per interventi efficaci sull'universo dei soggetti vulnerabili.

Riprendiamo alcuni dati emblematici in termini di *disequità* dal precedente capitolo. Il 49% delle famiglie in povertà assoluta in termini di reddito disponibile equivalente e il 28% di quelle in povertà relativa non ricevono alcuna forma di trasferimento monetario nazionale. Lo stesso accade al 31% delle famiglie del primo decile ISEE. Contestualmente oltre 13.3 miliardi di euro, il 25% dei trasferimenti monetari nazionali 2014 monitorati dal dataset IT-SILC 2013, che elabora quasi 53 miliardi di euro a fronte dei 60 da noi ricostruiti sui dati di spesa pubblica (tavola 1), *va alle famiglie dei quattro decili di ISEE più elevati*, con un reddito disponibile equivalente medio che va dai 23.621

euro del settimo decile ai 48.389 euro del decimo decile, nuclei quindi mediamente abbienti o addirittura ricchi. Alla stessa percentuale si perviene considerando solo le erogazioni monetarie nazionali finalizzate a integrare redditi insufficienti che vanno alle famiglie dei 4 decili più elevati.

Analogamente possiamo dire che quanti sono in situazione di non autosufficienza o disabilità ricevono tutti come indennità di accompagnamento una cifra identica, senza quindi alcun rapporto con l'intensità del loro bisogno assistenziale o delle loro opportunità di vita attiva.

Sono quindi evidenti i gravi limiti del nostro sistema assistenziale, non solo in termini di equità, ma anche di efficacia, nel senso *che lascia senza alcun sostegno molti in gravi situazioni di bisogno, o danno un sostegno non rapportato all'intensità del bisogno*.

Le erogazioni monetarie nazionali assorbono quasi l'84% della spesa assistenziale totale, quelle dei Comuni il 2,5%: i servizi dei Comuni assorbono il 7,2% della spesa assistenziale e aggiungendo quelli sociosanitari per la non autosufficienza non si arriva al 14%. Tale sproporzione evidenzia anche limiti di *appropriatezza*, e di conseguenza ancora di efficacia, degli interventi. Solo i servizi generano infatti *interventi personalizzati, direttamente rapportati quindi alle condizioni specifiche degli individui e delle famiglie in difficoltà, appropriati* perché frutto di valutazioni e conseguenti progettazioni di interventi, monetari o di servizi, fra loro coordinati, effettuabili solo sul territorio. Per questo che più dei quattro quinti delle risorse siano oggi assorbite da erogazioni economiche gestite a livello nazionale su criteri amministrativi standardizzati contraddice l'esigenza di personalizzazione e burocratizza l'intero sistema.

Per ragioni di merito, quindi, *il fulcro dell'intervento assistenziale va allora collocato sul territorio*, che deve quindi poter contare su *sistemi di servizi sociali complessi*, articolati ma integrati, pubblici e privati, dotati delle necessarie competenze e professionalità, *governati dai Comuni a livello di ambito*, operanti nel quadro di una disciplina e programmazione regionale e di un indirizzo e coordinamento nazionale. È infatti al livello nazionale, normativo ed esecutivo, che compete l'onere (e l'onore!) della definizione, del finanziamento, della promozione e del controllo dei *livelli essenziali di assistenza*, previsti dalla Costituzione e dalla legge. Solo con tali livelli, dichiarati e attuati, i bisogni e i problemi sociali vengono riconosciuti e affrontati e *il welfare anche in campo sociale afferma e tutela veri e propri diritti soggettivi*.

Va colta allora *l'attuale opportunità offerta dal Governo con il comma 388 della legge di stabilità e il successivo DDL delega* che prevedono che nel 2016 vengano approvati uno o più provvedimenti legislativi di riordino della normativa in materia di trattamenti, indennità, integrazioni di reddito e assegni di natura assistenziale o comunque sottoposti alla prova dei mezzi, nonché in materia di accesso alle prestazioni sociali, finalizzati:

a. all'introduzione di un'unica misura nazionale di contrasto alla povertà individuata come

TAVOLA 1. La spesa per assistenza sociale allargata nel 2014 (milioni di €)

La spesa per Assistenza sociale	72.149
Sostegno delle responsabilità familiari	21.714
Assegni familiari	6.409
Detrazioni fiscali per familiari	12.310
Assegno di maternità (means tested erogato dai Comuni)	202
Trasferimenti monetari dei Comuni alle famiglie	688
Servizi dei Comuni alle famiglie	2.105
Contrasto povertà	19.333
Pensioni sociali	4.462
Integrazioni pensioni al minimo	13.036
Social card	211
Assegno per famiglie con tre figli (erogato dai Comuni)	498
Trasferimenti monetari dei Comuni contro la povertà	300
Servizi dei Comuni contro la povertà	826
Non autosufficienza e handicap (incluse pensioni di guerra)	25.713
Indennità di accompagnamento	13.538
Pensioni ai ciechi e sordomuti	1.329
Altre pensioni agli invalidi civili	2.335
Spesa sanitaria per la n.a. - servizi	4.782
Trasferimenti monetari dei Comuni per la n.a.	783
Servizi dei Comuni per la n.a.	2.280
Pensioni di guerra	666
Altre spese assistenza sociale *	5.389
Per erogatore	
Trasferimenti monetari nazionali	60.385
Trasferimenti monetari dei Comuni	1.711
Servizi dei Comuni	5.211
Servizi sociosanitari	4.782
PIL monetario	1.613.859

Note: * calcolata per differenza, è quindi residuale, come meglio spiegato nell'Appendice, e potrebbe aggregare prestazioni e spese di varia natura.

Fonte: Elaborazione IRS su dati di contabilità nazionale.

- livello essenziale di assistenza;
- b. alla razionalizzazione delle prestazioni esistenti sottoposte alla prova dei mezzi
 - c. al riordino della normativa in materia di sistemi di interventi e servizi sociali

Positivamente il tema del contrasto alla povertà viene così collocato entro una prospettiva più ampia di revisione delle prestazioni di natura assistenziale e previdenziale sottoposte alla prova dei mezzi e dei criteri di accesso ai servizi, ispirata a equità e efficacia, che vengono richiamate nel testo governativo. È anche positivo che il testo vincoli eventuali risparmi conseguenti a tale revisione all'incremento del fondo per la lotta alla povertà, sottraendoli quindi a possibili scippi a vantaggio di altre politiche già a ragione paventati all'epoca del libro bianco *La vita buona nella società attiva* e della conseguente legge delega dell'allora Ministro Sacconi.

Al di là di questo vincolo sui risparmi l'attuale DDL delega del Governo non prevede purtroppo l'incremento graduale delle risorse per la generalizzazione della misura di contrasto alla povertà a tutte le famiglie in povertà assoluta e per sviluppare servizi e interventi tali da assicurare sui territori anche i percorsi di inclusione sociale. Limita anche l'applicazione delle nuove normative conseguenti, ad esempio, all'adozione dell'ISEE ai soli nuovi casi, dilazionando su orizzonti temporali indefiniti i possibili cambiamenti. Esclude infine dal suo campo di intervento le prestazioni legate alla disabilità del soggetto beneficiario, che richiedono invece anch'esse una revisione, delicata certo ma da non rinviare alle calende.

Si presenta comunque questa opportunità per procedere a un'analisi e ad un confronto sull'insieme delle principali politiche sociali, che vada anche oltre i limiti della delega per avviare *un'effettiva riforma del nostro sistema assistenziale, fondata su criteri di equità e di efficacia e finalizzata a costituire con i livelli essenziali di assistenza effettivi diritti anche in campo sociale.*

3. LA RICOSTRUZIONE DEL CAMPO DELLE POLITICHE SOCIALI E DELLA SPESA SOCIALE 2014

Qualsiasi discorso di riforma presuppone un'operazione preliminare di riagggregazione in una sola area comune delle politiche sociali e delle risorse economiche pubbliche da ricondurre ad esse, per consentire una visione di insieme e la costruzione di una strategia generale di sviluppo, che superi le attuali dispersioni, frammentazioni, incoerenze.

La nostra analisi prende le mosse da una nozione allargata della spesa per assistenza sociale in Italia e dalla relativa stima con riferimento al 2014, l'anno più recente per cui si possa attingere a dati di contabilità nazionale.

La tavola 1 ricostruisce e aggrega i dati di spesa seguendo una nozione di assistenza più ampia di quella solitamente adottata nei conti nazionali, in particolare nei Conti della protezione sociale (Sespros). La sua composizione viene dettagliatamente spiegata nella *Nota metodologica* in Appendice. Ci limitiamo a osservare che alla spesa per assistenza considerata nei Conti

Sespros, pari a 41.462 milioni di euro nel 2014, qui si aggiungono altre componenti che, ai fini della nostra ricerca, riteniamo opportuno considerare come spesa di natura assistenziale. Esse sono:

- assegni familiari;
- detrazioni per carichi di famiglia dell'IRPEF;
- pensioni integrate al minimo;
- spesa sanitaria per non autosufficienza.

In generale nella nostra ricostruzione della spesa o delle mancate entrate fiscali, ci si è attenuti al criterio di privilegiare fonti statistiche coerenti con i conti nazionali, in particolare i conti delle Amministrazioni pubbliche e i conti Sespros, integrandoli, ove questi non apparivano sufficienti o adeguati ai nostri scopi, con altre fonti. Se la ricostruzione esposta nella tavola 1 presenta elementi di disomogeneità per ragioni che nell'allegato metodologico illustriamo, essa risponde comunque in modo soddisfacente alla esigenza di avere una ricostruzione attendibile della spesa assistenziale effettiva, per potere così svolgere analisi e declinare proposte.

La spesa assistenziale pubblica - erogazioni monetarie, detrazioni fiscali, spese per servizi e interventi dei diversi livelli di governo - è stata nel 2014, secondo la nostra ricostruzione, di oltre 72 miliardi di euro, 4,5 punti del PIL. Una voce consistente che, se correttamente aggregata, andando oltre gli schemi amministrativi, recupera una certa rilevanza anche nei confronti della confinante spesa sanitaria, certamente più consistente, ma non quanto percepito nell'immaginario collettivo. E neppure per quanto vissuto sui territori, dove la spesa assistenziale appare assai limitata sia perché per oltre quattro quinti è gestita centralmente dall'INPS, sia perché per la residua parte è dispersa nei bilanci dei Comuni, mentre quella sanitaria è gestita dalle Regioni tramite le aziende sanitarie, che a loro volta coprono aree geografiche assai più vaste dei Comuni, singoli o aggregati che siano.

Dato che il ragionamento che proponiamo e le proposte che formuleremo riguardano il futuro, la spesa del 2014 la cui ricostruzione ci consente analisi ed elaborazioni, va integrata con le risorse aggiuntive certe che sono già stata stanziata per il 2017 e gli anni seguenti. La più consistente è rappresentata dal Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale prevista dalla legge di stabilità come misura strutturale dal 2017, per 1.304 milioni di euro. Essa assorbe la *Social card*, che nel 2014 abbiamo contabilizzato per 200 milioni. L'incremento da considerare è quindi di 1.100 milioni. Vi è poi il fondo Bebé, che dai 202 milioni del 2015 sale ai 1.112 del 2017, che assumiamo nei nostri conti anche se poi decresce, perché non è ancora una misura strutturale.

Vi sono poi i vari fondi nazionali che rispetto al 2014 vedono accresciute le loro dotazioni o sono del tutto nuovi. Tali fondi andranno prevalentemente ad accrescere le risorse conteggiate nelle spese assistenziali dei Comuni per servizi e erogazioni monetarie. Ai Comuni assegniamo anche i fondi europei quali FESR e FSE, che nel 2017 e anni seguenti totalizzeranno 260 milioni di euro per servizi e assistenza materiale. L'insieme di queste voci porta a un incremento del-

TAVOLA 2. Spesa assistenziale 2014 con impegni di spesa al 2017 (milioni di €)

Spesa assistenziale 2014		Aggiornamento al 2017	
<i>Trasferimenti famiglia</i>	18.921	<i>Bonus bebè</i>	1.212
Assegni familiari	6.409		
Detrazioni IRPEF	12.310		
Assegno maternità means tested	202		
<i>Trasferimenti povertà</i>	18.207	<i>Fondo nazion. lotta povertà</i>	1.304
Pensione sociale	4.462		
Integrazioni al minimo	13.036		
Carta acquisti	211	<i>assorbita in FNL</i>	-211
Assegno per nuclei con almeno 3 minori	498		
<i>Trasferimenti invalidità</i>	17.868		
Indennità di accompagnamento	13.538		
Invalidità civile	3.664		
Pensioni di guerra	666		
Totale prestazioni monetarie	54.996		
<i>Spesa Comuni per serv. e trasf. e spesa sanitaria, altro</i>	17.153		
Spesa sanitaria per non autosufficienza	4.782		
Servizi e trasferimenti monetari comuni	6.982	<i>Fondi nazionali ed europei</i>	450
Altre spese assistenza sociale	5.389		
<i>Totale</i>	<i>72.149</i>		<i>3.177</i>
<i>2014+2017</i>			<i>75.326</i>

Fonte: Elaborazione IRS su dati di contabilità nazionale.

le risorse a disposizione dei Comuni dal 2017 di quasi 500 milioni. Non modifichiamo per semplificazione la spesa sociosanitaria (4.782). Tutto questo ci conduce a incrementare la stima delle risorse complessive già oggi impegnate per l'assistenza per il 2017 dagli oltre 72 miliardi del 2014 agli oltre 75 miliardi di euro del 2017 (tavola 2).¹

Osserviamo ancora che i Comuni dovrebbero poter contare su almeno una parte delle Altre spese delle cui caratteristiche si è detto nelle osservazioni e nella nota alla tavola 1, anche se l'utilizzo da parte di essi di tali risorse potrebbe subire delle modifiche, a seguito di un ulteriore approfondimento impraticabile nell'attuale situazione informativa.

4. OBIETTIVI E PRIORITÀ DELLA RIFORMA

Nel complesso, i trasferimenti monetari nazionali del 2014 esaminati valgono oltre 60 miliardi (tavola 1), cioè circa 2.260 euro per famiglia. Quelli ricostruiti sui microdati e utilizzabili per le analisi proposte sono circa 53 miliardi. Si è osservato che situazioni familiari con gravi problemi reddituali o di altra natura non ricevono alcun aiuto, o non ricevono aiuti adeguati al loro bisogno, mentre una parte non trascurabile delle risorse identificate va a favore di famiglie che rientrano nei *target* dei destinatari delle erogazioni vigenti, ma sono benestanti o addirittura ricche, se la loro condizione economica viene misurata con l'ISEE.²

Il sistema non si conforma al criterio di assicurare un sostegno a tutti coloro che sono in situazione di effettivo bisogno, in misura adeguata al loro bisogno e con modalità appropriate. Data la situazione descritta riteniamo possibile ottenere esiti migliori in termini di riduzione della povertà e di sostegno alle famiglie numerose o con presenza di persone in difficoltà, con una redistri-

buzione delle risorse erogate effettuata assumendo come criteri guida l'equità e l'efficacia. Siamo ben consapevoli che una tale rimodulazione profonda degli interventi e della spesa incontrerebbe fortissime opposizioni e nodi distributivi difficili da sciogliere, e che quindi innovazioni tanto profonde dello *status quo* sono possibili solo nel medio/lungo periodo, intaccando con molta gradualità e prudenza la struttura attuale dei benefici e dei meccanismi redistributivi. Siamo comunque convinti che, per avere un'indicazione di indirizzo e un criterio di valutazione fondato su analisi e proiezioni verificate, non dipendenti dalla considerazione di resistenze sociali o politiche contingenti o durature, è importante e utile esplorare quali sarebbero gli effetti di una diversa imputazione e allocazione delle politiche e della spesa attuale, ispirata a chiare scelte valoriali e impegnata a perseguire essenzialmente quattro obiettivi e relative tappe:

- innanzitutto il contrasto della povertà assoluta con integrazione dei redditi fino alla soglia della povertà assoluta accompagnata da interventi promozionali per offrire opportunità di vita dignitosa a tutte le famiglie;*
- a seguire un sostegno maggiore e più equitativo alle famiglie con figli*
- e una distribuzione del sostegno a non autosufficienti e disabili rapportato alla entità e caratteristica del loro bisogno e delle loro prospettive di vita, con uno specifico supporto monetario alle famiglie con tali presenze e scarse disponibilità economiche;*
- infine lo sviluppo alimentato da adeguate risorse aggiuntive di reti di servizi che consentano, unite alle risorse regionali e comunali e con il coinvolgimento delle comunità locali, la gestione appropriata ed efficace delle nuove misure, ove opportuno su progetti personalizzati per poveri, disabili, soggetti comunque in situazioni di fragilità.*

Le proposte da noi formulate in un tragitto pluriennale e presentate nel loro insieme nel convegno *Costruiamo il welfare di domani* del settembre 2003 e sul fascicolo 8-10 del 2013 di *Prospettive Sociali e Sanitarie*, oltre che in numerosi altre sedi e pubblicazioni, si ispiravano ai criteri di equità ed efficacia, e venivano sostanziate da metodologie e simulazioni puntuali. Esse ci offrono la base da cui muovere per rivederle e aggiornarle alla luce della evoluzione della situazione e delle verifiche di agibilità sociale e politica effettuate, tenendo fermi quei criteri e riutilizzando quelle metodologie di ricerca. Adottiamo però ora un *approccio nuovo* che già il prossimo paragrafo rende evidente.

5. L'INNOVAZIONE DELLE POLITICHE E DEGLI INTERVENTI

Esponiamo qui di seguito quale potrebbe e, a nostro parere, dovrebbe essere *l'assetto ottimale del nostro sistema assistenziale, o, per dirla meglio, delle nostre principali politiche sociali*. Tale assetto non è visionario, è razionale funzionale e anche realistico, ma realizzabile solo al termine di un lungo e delicato percorso culturale e politico che il proporsi dei problemi e la gestione delle tensio-

ni conseguenti dovrebbe aiutare a maturare, se si riusciranno gradualmente a superare resistenze individualistiche e categoriali, che perpetuano il privilegio dei garantiti e organizzati nei confronti dei non garantiti e dispersi. Traguardi certo non facili e tutt'altro che scontati, ma che vorremmo concorrere a conseguire evidenziando i meriti e i vantaggi della soluzione che assumiamo come meta finale di un percorso. Prospettare l'assetto a regime può aiutare a comprendere il senso del percorso e anche delle prime tappe che nei prossimi capitoli indicheremo, con i loro costi e i loro limiti, ma pure già i loro consistenti vantaggi sociali. Al termine delle prime tappe proposte, si sarà realizzato un primo segmento del processo di riforma, e si dovrà allora progettare l'ulteriore percorso, fino alla completa sostituzione delle attuali obsolete misure con le nuove politiche qui presentate

La visione della riforma a regime che presentiamo è strettamente coerente con gli obiettivi già indicati, nell'ordine contrasto della povertà assoluta, sostegno alle famiglie con figli e sostegno alle disabilità e non autosufficienze, sviluppo dei servizi. Passiamo quindi ad illustrare le politiche, le misure, gli interventi che sostanzieranno il sistema di politiche sociali che proponiamo, una volta portato "a regime".

Scegliamo di dare priorità al contrasto della povertà assoluta e introduciamo quindi in primo luogo un **Reddito minimo di inserimento**, RMI, contro la povertà. Fissiamo innanzitutto una soglia di accesso secondo l'ISEE: non possono accedere al Reddito minimo le famiglie che presentano un ISEE superiore a 12.000 euro. Questa soglia, che ci consente di 'catturare' quasi la totalità delle famiglie povere assolute (il 94%, dato che il 6% delle famiglie povere assolute in termini di reddito ha ISEE superiore a 12.000 euro), risponde anche alla finalità di non attribuire il beneficio a nuclei che, pur presentando bassi livelli di reddito, sono dotati di significativi stock patrimoniali. La seconda soglia è invece rappresentata dal reddito disponibile familiare calcolato al netto di tutti i trasferimenti ricevuti. Il reddito monetario disponibile così calcolato viene confrontato con le soglie di povertà assoluta elaborate dall'ISTAT. L'entità dell'erogazione monetaria di "reddito minimo" (RMI) per ciascuna famiglia è quindi dato dalla differenza tra la soglia di povertà assoluta per essa rilevante e il suo reddito monetario disponibile, maggiorato cioè, se la famiglia possiede l'abitazione di residenza, di una componente figurativa per l'abitazione, definita dall'ISTAT nel 2009, corrispondente al canone di affitto di un'abitazione non di lusso. Tale componente è invece uguale a zero per chi vive in affitto. In questo modo garantiamo che il reddito minimo, a parità di reddito monetario disponibile, sia maggiore per i nuclei che vivono in affitto.

La nuova misura non viene qui vista come aggiuntiva ed integrativa rispetto alle misure esistenti, ma come sostitutiva, proporzionale e progressiva sulla base della condizione economica, al fine di assicurare a tutte le famiglie italiane una vita almeno dignitosa portando tutti i redditi, come passo prioritario, alla soglia della povertà

assoluta. Il nuovo reddito minimo costerà 15 miliardi annui e ne usufruiranno circa 3.300.000 famiglie, 11,8% dei nuclei familiari, la metà dei beneficiari degli istituti vigenti che nel primo capitolo abbiamo considerato sull'area del contrasto alla povertà, con un'integrazione monetaria media di circa 4.500 euro a nucleo, contro i 3.076 euro degli istituti vigenti.

Il Reddito minimo è di inserimento (RMI) perché abbina al trasferimento monetario interventi di inclusione attiva, di recupero ed *empowerment* dei beneficiari, ovviamente commisurati e proporzionali alle loro caratteristiche e potenzialità, il che richiede che il sistema di offerta dei servizi in cui i percorsi saranno progettati e realizzati offra adeguate opportunità. Per questo se ne prevede il potenziamento e lo sviluppo, soprattutto dove esso è oggi più debole. Per ulteriori approfondimenti sui contrasti e le modalità attuative del RMI rinviamo a quanto esposto nel successivo capitolo 3.

Per il sostegno alle famiglie con figli si prevede successivamente l'introduzione di un nuovo **Assegno ai minori** che:

- sostituisce le detrazioni fiscali per figli a carico e gli assegni al nucleo familiare, mentre rimangono inalterate le detrazioni per coniuge a carico, per altri familiari a carico diverse da quelle per figli e l'assegno di maternità *means tested*. Esso concentra l'attenzione su un target costituito da minori (minorenni e figli conviventi con età fino a 25 anni impegnati in attività di studio);
- assume l'ISEE come misura della condizione economica per realizzare la selettività;
- adotta un diverso e più razionale modo di determinare l'ammontare delle prestazioni al variare della composizione dei nuclei familiari.

Per una data tipologia familiare (ad esempio, un nucleo con due coniugi e un minore), l'assegno, assume un valore predeterminato (2.067 euro annui) che resta costante fino ad un valore di ISEE pari a 15.000 euro. A partire da tale valore l'assegno comincia a decrescere linearmente e si azzerà in corrispondenza ad una soglia massima di ISEE pari a 25.000 euro. Per i nuclei con ISEE inferiore alla soglia minima l'assegno integra circa il 57% del costo del minore.

Per nuclei familiari di composizione e dimensione diversa, il valore dell'assegno per nuclei con ISEE inferiori alla soglia minima vengono variati in misura corrispondente, tenendo conto delle economie di scala. Ad esempio per una coppia con due minori, il valore massimo dell'assegno è di 3.916 euro, una misura inferiore al doppio della tipologia familiare precedente per la presenza di economie di scala.

Note

- 1 Tutto questo è spiegato dettagliatamente nella *Nota metodologica sulla ricostruzione della spesa per l'assistenza nel 2014 e il suo aggiornamento al 2017* in Appendice, disponibile online su www.welfareidiritti.co.nf/cwd3
- 2 Si noti che l'ISEE è stato da noi ricostruito sullo stesso campione IT-SILC usato per la stima della distribuzione dei trasferimenti monetari. Non si tratta quindi dell'ISEE dichiarato, ma di una misura che abbiamo stimato sulla base delle informazioni presenti nel dataset, e associato a ogni nucleo familiare del campione, anche a quelli che non hanno nella realtà presentato la dichiarazione ISEE.

L'assegno medio per i nuovi percettori (6,1 milioni di famiglie) è di 2.528 euro annui, contro un valore medio dei sostegni alle famiglie fruiti dagli attuali percettori di assegni familiari o detrazioni per figli a carico (10,5 milioni di nuclei familiari) pari a 1.442 euro annui.

Per l'area della disabilità e della non autosufficienza si prevede l'introduzione delle seguenti nuove misure:

L'indennità di accompagnamento viene sostituita da una nuova misura, la **Dote di cura** per disabili e/o non autosufficienti di tutte le età, sottratta a logiche *means tested* ma parametrata su tre livelli di bisogno assistenziale, con contributi rispettivamente di 300, 600, 800 euro al mese. Una misura che finalmente si lega alla intensità del bisogno e al sistema dei servizi, compreso l'ampio mercato privato della cura. La platea dei percettori di indennità di accompagnamento riguarda 2,2 milioni di disabili e non autosufficienti. Ai 15,5 miliardi di costo della Dote di cura, erogata sotto forma di trasferimento monetario per chi vive a casa e per i ricoverati, si aggiunge una maggiorazione di circa 700 milioni di euro per l'utilizzo della misura come *voucher* per l'acquisto di servizi. Tale dotazione iniziale nel tempo dovrebbe crescere con l'auspicabile aumento delle opzioni per il *voucher* per servizi.

La **nuova Pensione per invalidi civili**: riasorbe le attuali pensioni per invalidità, ciechi e sordomuti (le pensioni di guerra non sono ricomprese in questa operazione). Questa riforma è coerente con il carattere *means tested* di buona parte delle attuali misure, dove però il *means testing* dovrà essere ora effettuato sulla base di un indicatore completo delle condizioni economiche del nucleo. L'ISEE familiare, e non più il reddito del singolo, diviene infatti lo strumento per realizzare la selettività a favore degli invalidi in condizioni di fragilità socio-economica, appartenenti fino al settimo decile di ISEE. Ne beneficeranno 1.030.000 invalidi, prevalentemente fino ai 65 anni. Il costo totale sarà di 4,6 miliardi di euro, superiore all'attuale spesa per invalidità civile (4 miliardi di euro) perché gli invalidi civili che superano il 65° anno conserveranno il beneficio, dato che non potranno più beneficiare, come oggi accade, dell'assegno sociale che nella riforma viene ricompreso nel trasferimento unico contro la povertà, il RMI. Oltre 700.000 invalidi riceveranno un importo maggiore di quanto prendono attualmente. Del valore più alto, pari a 5.000 euro annui, beneficeranno oltre 400.000 invalidi.

Per la disabilità in età giovane e adulta proponiamo il **Budget per l'inclusione**. È il nuovo modello di presa in carico per le persone disabili fino a 64 anni. Esso è complementare per tale utenza alle due misure precedenti grazie all'elaborazione, in accordo e condivisione con il sistema dei servizi, di un *progetto personalizzato*, sostenuto dalla funzione di *case-management*, necessario per assicurare appropriatezza di intervento e utilizzo efficiente delle risorse, comprese quelle disponibili territorialmente. Tale dispositivo richiede un forte lavoro dei servizi sul ter-

ritorio, con conseguente impegno finanziario considerato nella voce che segue. Per ulteriori informazioni su queste misure rinviamo al successivo capitolo 4

Un'ultima quota delle risorse, in ipotesi fino a una somma di circa 6 miliardi di euro, che si aggiungono alle risorse già destinate dai Comuni ai servizi, andrà alla **riorganizzazione e allo sviluppo dei servizi territoriali** data la scelta di forte decentramento ai sistemi territoriali delle funzioni gestite oggi centralmente. Tali sistemi dovranno quindi essere in grado di sostenere i progetti personalizzati di promozione e attivazione per individui e famiglie previsti da ciascuna delle politiche considerate, da quelle per l'inclusione sociale e lavorativa del RMI a quelle di inclusione sociale e vita attiva per i disabili, promuovendo sul territorio lo sviluppo di quelle reti partecipate e integrate dell'insieme delle risorse, pubbliche e private, presenti e disponibili, che rappresentano la condizione e la sostanza del welfare comunitario.

6. GLI EFFETTI DISTRIBUTIVI DELLA RIFORMA

Esaminiamo ora gli effetti sociali della riforma per poi quantificare le risorse necessarie e la loro copertura

La quota di famiglie in *povertà assoluta* passa, in conseguenza del disegno dei nuovi trasferimenti, da 7,2% a zero. È ovviamente un risultato solo teorico, perché anche introducendo il sussidio qui previsto per ogni famiglia pari alla differenza tra la linea di povertà assoluta e il proprio reddito, rimarrà comunque una quota di povertà perché il take-up della misura non raggiungerà certo il 100%. L'indice di Gini del reddito monetario equivalente disponibile subisce solo una piccola riduzione, da 0,339 a 0,330, perché si tratta di una misura della disuguaglianza molto sensibile a ciò che accade alla parte centrale della distribuzione e poco ai cambiamenti di reddito che interessano i più poveri e anche i più ricchi. La diffusione della *povertà relativa* non cambia in modo significativo, a causa del rimescolamento delle famiglie nei pressi della soglia della povertà nel passaggio dal vecchio al nuovo sistema dei trasferimenti. Se misurata sul reddito disponibile equivalente monetario, diminuisce in modo significativo per le famiglie con figli (da 26% a 23%), aumenta per le altre (da 18% a 21%). Si riduce anche per le famiglie che ricevono uno dei nuovi sussidi contro la non autosufficienza (da 11,4% a 9,8%).

Quanto agli effetti distributivi del complesso delle trasformazioni ora proposte la percentuale delle famiglie che riceve almeno un trasferimento (tavola 3) scenderebbe, dopo la riforma, dal 65,4% di oggi al 49,2%, cioè da 16,8 a 12,6 milioni; aumenterebbe però nel primo decile di ISEE fino a coprire il 90% delle famiglie, rimarrebbe sostanzialmente costante nel secondo, diminuirebbe dal terzo in poi in modo progressivamente crescente. Si evidenzia quindi che uno degli obiettivi equitativi, quello di far convergere un maggior numero di prestazioni assistenziali indirizzate all'integrazione dei redditi carenti verso le famiglie con decili ISEE più bassi viene conseguito.

TAVOLA 3. Percentuale e numero (milioni) di famiglie che ricevono almeno un trasferimento per decili di ISEE corrente

Decili di ISEE attuale	Trasferimenti attuali		Nuovi trasferimenti	
	%	milioni	%	milioni
1	69,20	1,8	90,30	2,3
2	78,20	2,0	76,90	2,0
3	80,90	2,1	69,90	1,8
4	80,20	2,1	63,30	1,6
5	76,70	2,0	58,50	1,5
6	69,30	1,8	49,30	1,3
7	62,40	1,6	36,50	0,9
8	52,90	1,4	21,10	0,5
9	47,10	1,2	15,70	0,4
10	37,60	1,0	11,40	0,3
Totale	65,40	16,8	49,30	12,7

Fonte: modello di microsimulazioni MAPP - CAPP

TAVOLA 4. Medie del reddito monetario e dei trasferimenti coinvolti, prima e dopo la riforma, per decili di ISEE corrente (€)

	Prima della riforma			Dopo la riforma				Variazioni % reddito monetario
	Reddito monetario corrente	Trasferimenti correnti	Nuovo reddito monetario	Reddito minimo contro la povertà assoluta	Sostegno alle responsabilità familiari	Sostegno per disabili e non autosufficienti	Totale nuovi trasferimenti	
1	9.688	2.633	14.071	4.432	1.663	921	7.016	45
2	18.108	3.044	18.578	789	1.920	805	3.514	3
3	21.572	2.698	21.543	291	1.557	822	2.669	0
4	24.882	2.701	24.278	173	1.096	828	2.097	-2
5	27.488	2.251	26.829	86	739	767	1.591	-2
6	29.315	2.099	28.455	40	414	785	1.239	-3
7	32.891	1.774	31.995	16	167	695	878	-3
8	36.439	1.421	35.719	22	92	587	701	-2
9	43.463	1.107	42.845	5	63	420	489	-1
10	65.466	889	64.967	1	32	357	390	-1
Tot.	30.929	2.062	30.926	586	774	699	2.059	0

Fonte: modello di microsimulazioni MAPP - CAPP

Le tavole che seguono hanno come insieme di riferimento tutte le famiglie, anche quelle che non ricevono alcun beneficio. La tavola 4 presenta i valori medi del reddito monetario e dei vari trasferimenti, prima e dopo questa riforma. L'effetto principale, come già si è detto, è una maggiore concentrazione dei benefici verso la coda bassa della distribuzione dell'ISEE, mostrato dal forte incremento del reddito monetario disponibile del primo decile di ISEE.

Il coefficiente di correlazione³ tra la somma degli attuali trasferimenti e dei nuovi sussidi è piuttosto alto, 0,65, ma la variabilità dei casi possibili è molto elevata, nel senso che in ogni decile una grande quantità di famiglie risulta guadagnare da questa ipotetica riforma, mentre molte altre perdono. La grande maggioranza del-

TAVOLA 5. Ripartizione % della spesa totale prevista dopo la riforma per decili di ISEE corrente

	Trasferimenti correnti	Reddito minimo contro la povertà assoluta	Sostegno alle responsabilità familiari	Sostegno per disabili e non autosufficienti	Totale nuovi trasferimenti
1	13	76	21	13	34
2	15	13	25	12	17
3	13	5	20	12	13
4	13	3	14	12	10
5	11	1	10	11	8
6	10	1	5	11	6
7	9	0	2	10	4
8	7	0	1	8	4
9	5	0	1	6	2
10	4	0	0	5	2

Fonte: modello di microsimulazioni MAPP - CAPP

TAVOLA 6. Medie del reddito monetario e dei trasferimenti coinvolti, prima e dopo la riforma, per area geografica (€)

	Prima della riforma			Dopo la riforma				Variazioni % reddito monetario
	Reddito monetario corrente	Trasferimenti correnti	Nuovo reddito monetario	Reddito minimo contro la povertà assoluta	Sostegno alle responsabilità familiari	Sostegno per disabili e non autosufficienti	Totale nuovi trasferimenti	
Nord	34.339	386	34.201	609	443	1.437	2.489	-0,4
Centro	31.439	505	31.394	667	711	1.882	3.260	-0,1
Sud	25.388	944	25.619	1.098	1.081	3.123	5.302	0,9
Italia	30.929	586	30.926	774	699	2.059	3.532	0,0

Fonte: modello di microsimulazioni MAPP - CAPP

le famiglie dei primi due decili di ISEE guadagna dalla riforma, mentre negli altri decili la maggioranza subisce una perdita. I valori dell'ultima colonna evidenziano comunque che mediamente si tratta di perdite contenute, che incidono dall'1 al 3% su redditi monetari non bassi, ma medi e elevati, con una variazione graduale, che si distribuirà attraverso più anni.

Analoghe le osservazioni sulla distribuzione dei benefici (tavola 5). L'insieme dei nuovi sussidi si concentra sul primo e secondo decile, in particolare al primo decile andrebbe il 34% della spesa totale rispetto al 13% della situazione attuale. Bocce ferme al terzo decile. Dal quarto decile i valori nuovi sono inferiori a quelli attuali di 2/4 punti per decile. Soprattutto il Reddito minimo di inserimento è decisamente schiacciato sui primi decili di ISEE, il che è logico dato

che ci si pone l'obiettivo primario di contrastare la povertà assoluta. Anche il nuovo assegno per i minori è più concentrato verso la parte bassa della distribuzione, ma la differenza rispetto alla attuale distribuzione dei trasferimenti per le famiglie è meno accentuata rispetto a quella che riguarda i vecchi e nuovi trasferimenti contro la povertà. Infine, la nuova configurazione dell'assegno per invalidità civile rende leggermente più selettivi i trasferimenti riformati per disabili e non autosufficienti.

Una verifica per area geografica sulle variazioni del reddito monetario corrente medio vede avvantaggiato il Sud, come atteso vista la mag-

Note

- 3 È la relazione statistica tra due variabili. Può assumere valori tra -1 (variabili inversamente correlate) e +1 (variabili direttamente correlate).

TAVOLA 7. Medie del reddito monetario e dei trasferimenti coinvolti, prima e dopo la riforma, per numero di minori in famiglia (€)

N° figli	Prima della riforma			Dopo la riforma				Variazioni % reddito monetario
	Reddito monetario corrente	Trasferimenti correnti	Nuovo reddito monetario	Reddito minimo contro la povertà assoluta	Sostegno alle responsabilità familiari	Sostegno per disabili e non autosufficienti	Totale nuovi trasferimenti	
0	27.967	1.909	27.454	448	102	846	1.396	-2
1	37.596	1.703	38.178	565	1.392	329	2.285	2
2	38.041	2.718	39.377	834	2.855	364	4.053	4
3	35.428	4.925	39.085	3.215	4.743	623	8.581	10
≥4	33.637	7.854	38.059	4.066	7.536	674	12.276	13
Totale	30.929	2.062	30.926	586	774	716	2.089	0

Fonte: modello di microsimulazioni MAPP - CAPP

TAVOLA 8. Medie del reddito monetario (non equivalente) e dei trasferimenti coinvolti, prima e dopo la riforma, per tipologie di famiglia (€)

Tipo	Prima della riforma			Dopo la riforma				Variazioni % reddito monetario
	Reddito monetario corrente	Trasferimenti correnti	Nuovo reddito monetario	Reddito minimo contro la povertà assoluta	Sostegno alle responsabilità familiari	Sostegno per disabili e non autosufficienti	Totale nuovi trasferimenti	
Solo adulti	30.333	606	30.775	485	244	262	990	1,3
Adulti e minori	35.547	2.479	36.899	1.011	2.501	319	3.831	3,8
Adulti minori e anziani	44.906	4.012	45.323	1.083	2.388	959	4.429	0,9
Adulti e anziani	41.973	2.512	41.341	327	246	1.307	1.880	-1,5
Solo anziani	22.207	2.800	21.053	440	90	1.115	1.646	-5,2
Totale	30.929	2.062	30.926	586	774	716	2.059	0,0

Nota: età minori: 0-17; adulti: 18-59; anziani: ≥60

Fonte: modello di microsimulazioni MAPP - CAPP

gior presenza di famiglie povere e di famiglie con più figli (tavola 6).

Sempre in ordine alla distribuzione sociale dei benefici conseguente alla riforma prospettata una verifica in merito alle famiglie con presenza di minori (tavola 8) evidenzia che il reddito monetario medio cresce, da prima della riforma a dopo, di più in rapporto alla numerosità dei figli. Anche questo è un obiettivo che sulla base dei rilievi critici sull'attuale situazione avevamo assunto, e che trova qui positiva conferma.

In conclusione, le tavole fin qui presentate confermano considerazioni positive che già abbiamo proposto, quale il carattere correttamente redistributivo della riforma, con il privilegio per il contrasto alla povertà, e la conseguente riduzione dei trasferimenti assistenziali per le famiglie dei decili più elevati, corrispondente ai criteri equitativi dichiarati. Confermano anche il sostegno alle famiglie con minori, che risultano beneficiarie dalla riforma se collocate nei primi quattro decili. Evidenziano però anche una penalizzazione delle famiglie con anziani e soprattutto di soli anziani, già dal terzo e quarto decile e poi in quelli superiori, famiglie queste che peraltro godono sistematicamente di un livello di patrimonializzazione privilegiato rispetto alle altre categorie di famiglie appartenenti agli stessi decili ISEE. Da notare inoltre che la penalizzazione degli anziani è qui sovrastimata. La simulazione non è in grado infatti di registrare, perché esclusi dal campione, i 200.000 anziani non autosufficienti ricoverati in residenza, che beneficeranno della dote di cura, e, se in condizioni economiche disagiate, anche della pensione unica di invalidità, per un ammontare complessivo di risorse di circa due miliardi.

È tuttavia opportuno un ulteriore approfondimento sui soli nuclei che subiscono perdite per

effetto della riforma complessiva, in particolare su quelli che appartengono ai decili inferiori. A questo scopo appaiono utili i tre riquadri della tavola 9 che illustra alcuni indicatori con riferimento esclusivo ai nuclei che hanno ricevuto un trasferimento prima o dopo la riforma (restano quindi esclusi i nuclei che dalla riforma non sono toccati in alcun modo) e che hanno subito perdite.

Il primo quadro è riferito all'insieme completo, i due successivi, di identica struttura, ai nuclei che appartengono al primo e al secondo quintile.

Risulta evidente (seppure, come detto, più contenuta di quanto mostrano questi dati) una certa penalizzazione delle famiglie con anziani e, ancor più, di soli anziani, consistente già nel primo e secondo decile, e più specificamente già a partire dal terzo decile, dato che i trasferimenti coprono solo il primo decile e metà del secondo. Le perdite indicate sono dovute soprattutto al venir meno degli assegni sociali, delle integrazioni al minimo e degli assegni familiari per pensionati. Queste debolezze reddituali sono per lo più fronteggiate, come già si è notato, dalla patrimonializzazione di queste famiglie che già a questi livelli risulta consistente (notiamo incidentalmente che i patrimoni dei perdenti dei primi 5 decile di ISEE sono inferiori ai non perdenti fino al terzo decile, uguali nel quarto e inferiori nel quinto).

Tendenzialmente quindi fra le famiglie che subiscono perdite queste di o con anziani sono relativamente con bassi redditi e consistenti patrimoni, qualunque sia la loro collocazione nei decili ISEE. Per coloro che sono in decili elevati il problema può avere poca rilevanza, rappresentando i trasferimenti assistenziali una quota modesta del loro reddito complessivo. Diversa la situazione di quanti si collocano in decili ISEE

TAVOLA 9. Famiglie che hanno ricevuto un trasferimento, prima o dopo la riforma, e che subiscono perdite (€ e %)

	Tipo	Reddito monetario iniziale	Perdita	% perdita su reddito monetario iniziale	ISEE	ISEE patrimoniale	Reddito monetario/ISEE	ISEE patrimoniale/Reddito monetario equivalente
Tutte le famiglie	Solo adulti	19.604	-916	-4,7	23.490	24.914	0,8	1,30
	Adulti e minori	19.328	-881	-4,6	24.065	25.961	0,8	1,30
	Adulti minori e anziani	20.238	-1.977	-9,8	25.517	27.573	0,8	1,40
	Adulti e anziani	18.614	-1.823	-9,8	23.636	28.017	0,8	1,50
	Solo anziani	14.923	-2.590	-17,4	24.142	43.795	0,6	2,90
	Totale	17.439	-1.782	-10,2	23.963	33.575	0,7	1,90
Primo quintile	Solo adulti	18.723	-911	-4,9	6.110	2.079	1,7	0,21
	Adulti e minori	22.212	-699	-3,1	6.659	2.952	1,3	0,34
	Adulti minori e anziani	27.613	-4.139	-15,0	7.136	1.191	1,4	0,12
	Adulti e anziani	17.916	-2.364	-13,2	6.336	4.135	1,4	0,45
	Solo anziani	11.260	-2.490	-22,1	5.786	6.155	1,6	0,67
	Totale	16.820	-1.761	-10,5	6.186	4.178	1,5	0,45
Secondo quintile	Solo adulti	23.205	-634	-2,7	10.714	7.535	1,1	0,61
	Adulti e minori	26.970	-877	-3,3	10.546	10.688	1,0	1,02
	Adulti minori e anziani	27.417	-2.180	-7,9	11.385	16.363	0,9	1,56
	Adulti e anziani	22.782	-2.140	-9,4	10.670	7.770	1,1	0,68
	Solo anziani	12.669	-2.737	-21,6	10.842	13.011	0,9	1,28
	Totale	18.845	-1.941	-10,3	10.757	10.640	1,0	0,98

Nota: età minori: 0-17; adulti: 18-59; anziani: ≥60**Fonte:** modello di microsimulazioni MAPP - CAPP

bassi. E comunque dato che i valori reddituali medi che stiamo trattando nascondono accentuate divaricazioni reddituali all'interno degli stessi decili ISEE, dobbiamo considerare di intervenire con correttivi e clausole di salvaguardia a favore delle situazioni reddituali basse, anche se comunque tutte sopra la soglia di povertà assoluta, soglia alla quale con il RMI vengono portate tutte le famiglie di qualsiasi composizione.

Per ragioni equitative e per non cadere in approcci categoriali tali clausole di salvaguardia devono a nostro parere consentire di mantenere invariato il reddito monetario a tutte le famiglie, con o senza anziani, che si collochino nei primi decili ISEE. Se famiglie nei decili superiori incorrono in una perdita, questo è accettabile entro una moderata logica redistributiva volta a perseguire gli obiettivi sociali di primaria importanza indicati in apertura di questo capitolo. Adottiamo quindi una salvaguardia e manteniamo invariato il reddito monetario preesistente per le famiglie collocate dalla propria condizione economica nei primi quattro decili di ISEE corrente. Tale salvaguardia impegna 6,86 miliardi di euro, che già abbiamo inserito nei conteggi della tavola 11, e il cui esito in termini di variazione del reddito monetario per tipo di famiglia è mostrato dalla tavola 10, che ne evidenzia gli effetti a tutela delle popolazioni più esposte a riduzioni di risorse difficili da accettare. Migliora anche l'indice di Gini del reddito monetario equivalente, che passa da 0.339 per il reddito corrente, a 0.320 dopo le riforme della proposta, per attestarsi a 0.322 se consideriamo anche la salvaguardia di tutti i nuclei fino al quarto decile.

La salvaguardia naturalmente potrebbe

TAVOLA 10. Variazione del reddito monetario medio (non equivalente) per tipologie di famiglia, introducendo la salvaguardia per i primi 4 decili di ISEE (€)

Tipo	Reddito monetario corrente	Nuovo reddito monetario	Novo reddito monetario con salvaguardia primi 4 decili	Variazione % del reddito monetario senza salvaguardia	Variazione % del reddito monetario con salvaguardia primi 4 decili
Solo adulti	30.333	30.717	30.780	1,3	1,5
Adulti e minori	35.547	36.899	36.972	3,8	4,0
Adulti minori e anziani	44.906	45.323	45.742	0,9	1,9
Adulti e anziani	41.973	41.341	41.768	-1,5	-0,5
Solo anziani	22.207	21.053	21.573	-5,2	-2,9
Totale	30.929	30.926	31.191	0,0	0,8

Nota: età minori: 0-17; adulti: 18-59; anziani: ≥60**Fonte:** modello di microsimulazioni MAPP - CAPP

anche essere estesa alle famiglie – stiamo sempre trattando delle famiglie che hanno ricevuto un trasferimento, prima o dopo la riforma, e che subiscono perdite – che pur appartenendo a decili di ISEE più elevati, possono contare su un reddito disponibile equivalente di modesta entità e potrebbero quindi risentire sensibilmente della interruzione, pur graduale nel tempo, dei trasferimenti di cui godono. Se assumessimo come soglia di reddito disponibile equivalente da salvaguardare 13.800 euro,⁴ il costo conseguente salirebbe da 6,86 a 8,9 miliardi di euro limitando l'intervento alle famiglie appartenenti al 5°, 6° e 7° decile ISEE, e a 9,2 miliardi di euro se lo estendessimo a tutte le famiglie fino al 10° decile ISEE. Naturalmente estendendo in tal senso la salvaguardia e rispettando il vincolo generale assunto sul contenimento delle risorse impegnate, dovremmo penalizzare altre voci di spesa indicate nella tavola 12, e molto probabilmente

Note

- 4 La scelta di una soglia è spesso arbitraria e quindi discutibile. Quella ora proposta ci pare ragionevole in termini empirici, e comunque rappresenta una misura intermedia tra il 25° percentile e la mediana del reddito disponibile equivalente.

TAVOLA 11. Il finanziamento della riforma compiuta

	milioni di €	Spesa nuova, confermata, aggiornata rispetto a 2014
Trasferimenti famiglia	19.904	
Nuovo Assegno per i minori	16.183	nuovo
Detrazione IRPEF coniuge	3.086	confermato
Detrazioni IRPEF per altri familiari a carico	433	confermato
Assegno maternità means tested	202	confermato
Trasferimenti povertà	21.800	
Reddito minimo	15.000	nuovo
Clausola salvaguardia dei redditi delle famiglie dei primi 4 decili ISEE	6.800	nuovo
Trasferimenti invalidità	20.100	
Dote di cura	15.500	nuovo
Pensione invalidità civile, compresi >65 anni	4.600	nuovo
Totale prestazioni monetarie	61.704	
Spesa sanitaria, servizi e trasferimenti monetari Comuni, altro	18.053	
Spesa sanitaria	4.782	confermato
Servizi e trasferimenti monetari dei Comuni	6.982	aggiornato
Sviluppo dei servizi territoriali	6.289	confermato e nuovo
Totale Riforma compiuta	79.857	

Fonte: Elaborazione IRS.

proprio quelle dedicate allo sviluppo dei servizi cui diamo per parte nostra molta importanza, come fattore cruciale per il successo della riforma. Quindi preferiamo per ora mantenere invariate le imputazioni della tavola 11, mettendo comunque in conto che il problema della salvaguardia dei trasferimenti di cui già beneficiano potrebbe porsi anche per le famiglie appartenenti a decili ISEE dal 5° in su. Se si potesse disporre per le politiche sociali di 2,5 miliardi di euro aggiuntivi, negli anni in cui tale scelta si porrà, si potrebbe dare adeguata risposta finanziaria alle due diverse esigenze ora prospettate.

Non entriamo ora nel merito della modalità di attuazione di tale salvaguardia. Si potrà o salvaguardare assegni sociali e integrazioni al minimo o altri benefici di cui già usufruiscono le famiglie che intendiamo tutelare da

perdite, o invece introdurre una nuova misura che assicuri i benefici previsti alle famiglie che si trovano in questa condizione. La soluzione prescelta dovrà comunque combinarsi fin dall'inizio con la decisione di non assegnare a nuovi casi alcun beneficio che in questa nostra proposta dovrebbe essere poi tolto. Questo concorrerà a avvicinare una soluzione a regime.

Il completamento della riforma proposta dovrebbe essere realizzato attraverso un processo pluriennale, successivo al quadriennio previsto per la realizzazione delle prime tappe di avvio della riforma delle diverse politiche presentate nel prosieguo di questo lavoro.

7. LE RISORSE IMPEGNATE

La spesa totale conseguente alle misure previste viene riassunta nella tavola 11 che:

- riprende i valori della tavola 2 (che a sua volta aveva ripreso la spesa assistenziale del 2014 integrandola con le risorse già oggi impegnate per l'anno 2017), 75 miliardi di euro;
- aggiunge ad essi 5 miliardi di euro richiesti per la realizzazione delle riforme intermedie illustrate nei capitoli che seguono, cui facciamo rinvio, totalizzando così quasi 80 miliardi;
- imputa queste risorse di varia fonte alle voci di spesa relative alle nuove misure previste dalla riforma fin qui presentata.

La spesa prevista di 79.831 milioni di euro rappresenta un aumento del 10% della spesa assistenziale del 2014 e del 6% della spesa prevista per il 2017. Comporta un aumento del 10% sulla spesa assistenziale del 2014, o del 6% di quella già

impegnata per il 2017, da effettuare progressivamente nell'arco di più anni. La realizzazione di quanto proposto ci pare quindi agibile anche sul piano finanziario, soprattutto se posta in rapporto con i risultati sociali conseguibili. La tappa finanziariamente più impegnativa sarebbe comunque quella posta dalle riforme intermedie da realizzare nei quattro anni dal 2017 al 2020, che richiederebbe complessivamente risorse per 7.700 milioni di euro aggiuntive a quelle impegnate per la spesa sociale nel 2017. L'ulteriore tappa per il completamento della riforma qui descritta non comporterebbe costi aggiuntivi, sarebbe a costo complessivo invariato.

A riforma compiuta le risorse dei Comuni per servizi territoriali sono quelle già indicate per il 2017: 6.982 milioni di euro (tavola 2). Anche in tavola 11 la manteniamo dello stesso valore e per semplificazione non modifichiamo la spesa sociosanitaria (4.782). In più i Comuni potranno contare su oltre 6 miliardi di euro aggiuntivi della voce *Sviluppo sistemi di servizi territoriali* indicata in tavola 11.⁵

8. LO SVILUPPO DEI SISTEMI DI SERVIZI TERRITORIALI

Abbiamo destinato una quota consistente di risorse finanziarie, in ipotesi oltre 6 miliardi di euro che si aggiungono alle risorse già destinate dai Comuni ai servizi (tavola 12), alla **riorganizzazione e allo sviluppo dei sistemi di servizi territoriali**, come necessaria conseguenza della scelta di forte decentramento anche delle funzioni gestite oggi centralmente. I servizi territoriali dovranno quindi essere in grado di offrire le prestazioni che le politiche prevedono, di prevenzione, di sostegno, di assistenza e di cura, con un'organizzazione e dotazioni adeguate e professionalità in grado di assicurare interventi e servizi appropriati. Abbiamo anche indicato (nota 5) specifiche funzioni, legate alle politiche indicate, che i servizi dovranno svolgere. Ricordiamo fra le altre quelle per l'inclusione sociale e lavorativa del Reddito minimo di inserimento, quelle assistenziali che i destinatari della Dote di cura volessero richiedere al posto dei trasferimenti monetari, quelle per l'inclusione sociale e la vita attiva per i disabili (budget per l'inclusione).

Costituiscono condizioni territoriali per l'agibilità delle proposte di riforma anche alcuni fattori regolativi del sistema dei servizi e delle prestazioni e di governo della presa in carico dell'utenza. In relazione alla perseguibilità di una miglior equità distributiva risulta fondamentale l'assunzione di *regolazioni dell'accesso omogenee a livello d'ambito territoriale* basate su criteri di valutazione sia della gravità del bisogno che della condizione socio-reddituale della persona. Ulteriore condizione è l'assunzione di *logiche progressive di compartecipazione al costo da parte dell'utenza*, dove previste. In riferimento allo sviluppo di una maggior efficacia dell'intervento, fattore determinante risulta la presenza di un *governo della fase di accesso al sistema* di prestazioni e interventi erogati, con chiara declinazione delle diverse funzioni (informazio-

ne, orientamento e *assessment*) e forme di coordinamento e integrazione, anche con punti di accesso multipli, che consentano di intercettare ampia parte della domanda potenziale. Integrano il quadro dei fattori favorevoli l'agibilità delle proposte presentate, percorsi di presa in carico fondati su:

- *valutazioni di tipo multidimensionale* della persona e del nucleo familiare, realizzati mediante il coinvolgimento di differenti professionalità e attenti alla valorizzazione delle risorse presenti;
- *prassi di progettazione dell'intervento di tipo personalizzato*, fondate sul coinvolgimento attivo dell'utenza, ove possibile, e sulla previsione di condizionalità nella logica della responsabilizzazione (patto su diritti e doveri; eventuale sospensione misure; vincoli di destinazioni delle contribuzioni economiche...);
- *governo del caso* basato sulla chiara attribuzione di funzioni di regia della presa in carico, su percorsi di monitoraggio e valutazione del caso legati a specifici obiettivi e indicatori;
- *sviluppo di prassi e modalità di integrazione*, a differenti livelli, delle conoscenze sul caso e delle prestazioni e servizi erogati (sistemi informativi); tanto tra i diversi attori coinvolti nella presa in carico (protocolli, coordinamenti...) quanto tra le risorse mobilitate dai differenti livelli istituzionali (budget unico).

Tali fattori di qualità dei servizi e di innovazione delle modalità relazionali con l'utenza e fra operatori, così come altri fattori organizzativi esigiti dalle riforme proposte, non accadono naturalmente, vanno perseguiti consapevolmente, assicurando le condizioni di fatto che li rendano agibili, vanno promosse, vanno tutelate, sia a favore del cittadino (livelli essenziali) sia dell'operatore. Nella nostra ricognizione sui territori questo si è riproposto con grande evidenza e nei capitoli ad essa dedicati ne tratteremo in termini ben più approfonditi di quanto qui facciamo.

Quanto abbiamo ora richiamato è necessario per promuovere sul territorio lo sviluppo di quelle reti partecipate e integrate dell'insieme delle risorse, pubbliche e private, presenti e disponibili, che rappresentano la condizione e la sostanza del welfare comunitario. ▮

Note

- 5 Questa voce di spesa risulta dalla somma di 5.389 milioni di euro, indicati nelle tavole 1 e 2 come *Altre spese assistenziali*, con 900 milioni residui dei 7.700 milioni di finanziamenti aggiuntivi richiesti per le riforme intermedie (illustrate nei capitoli che seguono), una volta tolti i 6.800 milioni destinati alla clausola di salvaguardia illustrata a conclusione di questo capitolo. Data l'impossibilità di accertare le caratteristiche specifiche delle sue componenti la voce *Altre spese assistenziali*, forse non tutte queste risorse, certamente sussistenti, potrebbero essere facilmente destinabili a servizi. Con la voce *Sviluppo di servizi territoriali* si coprono anche i costi previsti per i servizi di supporto al RMI, 700 milioni, per le scelte a favore di servizi piuttosto che di erogazioni monetarie per la Dote di cura (700 milioni), per il voucher di inserimento per i disabili (220 milioni). Tutte funzioni che richiedono appunto lo sviluppo dei sistemi territoriali di servizi.

WORLD WIDE PSS

www.prospettivesocialiesanitarie.it/scambi

www.facebook.com/ProspettiveSocialieSanitarie

www.twitter.com/ProSoSan

www.prosp.it/linkedinPSS

www.vimeo.com/ProSoSan

www.anobii.com/PSS/books

**Prospettive
Sociali
e Sanitarie**

3. Politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alle famiglie con figli

1. PERCHÉ TENIAMO INSIEME LE DUE RIFORME

La crisi economica dal 2008 a oggi ha prodotto un aumento delle disuguaglianze ed una differenziazione dei bisogni di protezione sociale delle famiglie. La forbice si è allargata e i dati OCSE parlano chiaro: in Italia il 10% più ricco della popolazione guadagnerebbe ben 10 volte di più del 10% più povero. Dal 2008 al 2014 la povertà assoluta è pressoché raddoppiata con oltre 4 milioni di persone (1.470.000 famiglie) che non riescono a consumare un paniere di beni essenziali. Il divario tra il Centro-nord e il Mezzogiorno si è allargato.

L'emergenza riguarda soprattutto le famiglie numerose e con figli minori. Livelli elevati di povertà assoluta si osservano per le famiglie con cinque o più componenti (16,4%), soprattutto se coppie con tre o più figli (16%) e l'incidenza sale al 18,6% se in famiglia ci sono almeno tre figli minori.

Le famiglie con figli, in particolare quelle numerose, sono più spesso famiglie monoreddito, specie se la donna è a bassa qualifica, e lo squilibrio tra ricchezza disponibile e numero di consumatori familiari le fa cadere più facilmente sotto la soglia di povertà. Certo questo dipende da varie ragioni tra le quali la carenza in Italia di politiche di soste-

gno all'occupazione femminile e alla conciliazione lavoro/famiglia, ma soprattutto all'assenza di una misura universale e non categoriale di sostegno ai redditi dei più poveri, specie se non anziani o senza una storia contributiva alle spalle. A questo si aggiunga il fatto che il sostegno monetario alle famiglie è oggi realizzato sostanzialmente da due istituti: gli assegni al nucleo familiare, destinati alle sole famiglie di lavoratori dipendenti, e le detrazioni fiscali per carichi di famiglia, che escludono i cosiddetti "incapienti".

Un nuovo sostegno alle famiglie per il costo dei figli, non categoriale, progressivo in base alla condizione economica del nucleo, a partire da una razionalizzazione delle risorse esistenti, per quanto frammentate e carenti, appare imprescindibile e da molti invocato. Così come condivisa da tutti gli esperti, oltre che suggerita dalle istituzioni comunitarie, e non più rinviabile è una misura di reddito minimo per tutti coloro che non riescono a fuoriuscire dalla povertà. Le due riforme sono fortemente interrelate negli obiettivi e come vedremo la realizzazione di un unico assegno ai minori consentirebbe a molte famiglie di lavoratori poveri di uscire dalla povertà e la messa a regime di un Reddito minimo di inserimento richiederebbe un minor impegno di spesa.

Si propone l'istituzione di un programma di contrasto della povertà assoluta abbinato ad una riforma degli attuali trasferimenti destinati alle famiglie, entrambi sottoposti a ISEE.

La riforma dell'Assegno ai minori o figli conviventi con età inferiore a 25 anni se impegnati in percorsi educativi, sostituisce le detrazioni fiscali per figli a carico e gli assegni al nucleo familiare, mentre rimangono inalterate le altre detrazioni (per coniuge e per altri familiari a carico).

Il nuovo assegno è stato concepito a parità di spesa (14,3 miliardi) rispetto agli istituti vigenti e con lo scopo primario di incrementare le risorse a favore dei nuclei con minori, generando un miglior effetto redistributivo.

Esso garantirebbe una prestazione media, per l'insieme dei beneficiari, pari a 2.270 euro annui, del 51% più elevato della media delle prestazioni sostituite.

Il Reddito minimo di inserimento (RMI), sufficiente per riportare al di sopra della soglia della povertà assoluta tutte le famiglie con reddito monetario disponibile attualmente al di sotto di questa soglia, costerebbe 9,3 miliardi di euro.

Considerando il RMI contestualmente alla riforma dell'assegno per i minori si otterrebbe un risparmio di 1,3 miliardi ed il costo complessivo si abbasserebbe a 7,96 miliardi da destinare a 1,78 milioni di famiglie.

Ipotizzando inoltre, come verosimile, un take-up non del 100% ma del 75%, il numero di famiglie beneficiarie del RMI scenderebbe a 1.330.000 e il costo a 6,22 miliardi di euro, 7,7 considerando anche la spesa per i servizi territoriali e una salvaguardia per le famiglie dei due decili della distribuzione dell'ISEE che a causa delle

consistenti distorsioni connaturate agli istituti vigenti vedrebbero una riduzione del loro reddito dopo le due riforme.

Per finanziare la nuova misura si dovrà far ricorso a risorse aggiuntive ricomprese tra i 5 e i 6 miliardi, oltre a 700 milioni per i servizi. Si stima invece che una quota di risorse ricompresa tra 1 e 2 miliardi di euro siano invece recuperabili attraverso una manovra redistributiva all'interno del comparto assistenziale, in particolare riguardante i 4 decili più alti della distribuzione ISEE dei beneficiari delle attuali misure di contrasto alla povertà in parte attualmente destinate a nuclei familiari in condizione economica benestante.

La nuova misura costituirà un livello essenziale delle prestazioni di tutela di base, si ispirerà ai principi dell'universalismo selettivo, sarà impostata a livello centrale nelle sue caratteristiche imprescindibili e nei suoi "obiettivi minimi", ma verrà opportunamente declinata ai diversi livelli di governo.

Vedrà la regia dei Comuni (in forma associata), che si occuperanno degli accessi, prese in carico ed attivazione dei percorsi di inclusione sociale e lavorativa dei beneficiari, di concerto con gli altri soggetti territoriali, a vario titolo coinvolti, terzo settore *in primis*; l'INPS si occuperà delle erogazioni economiche alle famiglie e dei controlli amministrativi sulla condizione economica dei dichiaranti; infine le Regioni avranno una funzione di raccordo tra il livello centrale e quello locale, regoleranno e promuoveranno lo sviluppo dei sistemi di servizi territoriali, dei sistemi informativi e di monitoraggio degli interventi, eventualmente partecipando al finanziamento della misura, elevando i livelli essenziali previsti dallo Stato.

2. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'evoluzione delle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla famiglia in Italia

Secondo l'ISTAT, nel 2014 4.102.000 persone, il 6,8% della popolazione residente, erano in condizione di povertà assoluta, mentre 7.815.000 persone, il 12,9% della popolazione, erano in condizione di povertà relativa. Il numero dei poveri assoluti dal 2007 al 2014 è raddoppiato.

Le elaborazioni da noi effettuate sul database IT-SILC, ed esposte nel primo capitolo di questa ricerca, ci hanno rivelato che assumendo l'ISEE per valutare la condizione economica delle famiglie, quelle del decile più svantaggiato possono contare mediamente su un reddito disponibile equivalente annuo di 7.014 euro, poco più di 500 euro al mese, quelle del secondo decile di 11.280 euro medi annui, meno di 600 euro al mese. Sono valori medi, che nascondono situazioni molto peggiori, per le forti differenze territoriali e fra le singole famiglie, in particolare fra quelle con solo adulti e anziani e quelle con minori, come noto a maggior rischio di deprivazione.

La povertà infatti è particolarmente accentuata in alcune aree del Paese, caratterizzate anche da minor ricchezza, peggiori infrastrutture e forte disoccupazione: la metà della popolazione che si trova in povertà assoluta vive nel Mezzogiorno, dove risulta materialmente deprivata una persona su cinque, percentuale tripla rispetto al Nord. Inoltre è sempre più preoccupante l'esposizione dei minori e delle famiglie con più figli: il 10% dei minori di 18 anni, il 16% delle coppie con 3 o più figli ed il 18,6% delle coppie con 3 o più figli minori rientrano tra i poveri assoluti e risultano progressivamente in aumento gli abbandoni scolastici e la disoccupazione giovanile.

La crisi economica dal 2008 a oggi ha prodotto un aumento e una differenziazione dei bisogni di protezione sociale delle famiglie. Se la perdita del lavoro, e dunque del salario, costituisce un'indiscussa e pericolosa minaccia di esclusione sociale, l'occupazione di per sé non previene completamente il rischio di cadere in povertà: sempre l'ISTAT stima un aumento considerevole della povertà assoluta tra le famiglie di operai, di lavoratori in proprio e nelle famiglie in cui i redditi da lavoro si associano a redditi da pensione.

La povertà (sia in termini di incidenza che di rischio) è certo più legata ad impegni precari e saltuari (lavoratori atipici e con contratti temporanei), a bassi livelli di istruzione, interessa di più certe categorie di popolazione, ma la recente crisi ha portato ad una estensione e acutizzazione dei fenomeni di fragilità sociale.

Oggi accanto a *homeless*, famiglie monogenitoriali, stranieri con problemi di integrazione si aggiungono le nuove povertà di separati, anziani che vivono di pensione con figli a carico, giovani disoccupati o con occupazioni precarie e discontinue, persone del cosiddetto "ceto medio" che a causa di un evento critico (perdita del lavoro, sfratto, separazione) si trovano a dover bussare alla porta dei servizi.

Eppure, nonostante l'acuirsi ed il differenziarsi dei bisogni, le risposte hanno continuato

per anni ad essere le medesime. L'Italia, insieme alla Grecia, è ormai l'unico Paese dell'Europa a 27 a non disporre di una misura organica di tutela di base per le famiglie in condizione di deprivazione economica. Le misure finanziariamente più consistenti di integrazione dei redditi delle famiglie (integrazione al minimo, pensione e assegno sociale) sono configurate in modo da privilegiare nella distribuzione delle risorse e nella selezione dei beneficiari la compresenza della condizione di deprivazione, (misurata in varie modalità), dell'anzianità anagrafica e di un precedente stato occupazionale, lasciando scoperte ampie quote di popolazione. Altre misure più recenti, come l'assegno al terzo figlio o la *Social card*, hanno una consistenza finanziaria molto esigua.

In questo quadro, in assenza di una cornice unitaria e di indicazioni da parte del governo centrale circa il futuro di una misura nazionale di contrasto alla povertà, negli ultimi anni le Regioni e le Province autonome si sono mosse variamente disciplinando la materia e finanziando specifici progetti e interventi sul territorio; alcune, anche sulla scia della sperimentazione nazionale, hanno investito su politiche di tipo più strutturale e continuativo, altre hanno finanziato interventi a carattere più emergenziale e categoriale.

A livello nazionale, una prudente e lenta svolta nelle politiche di contrasto alla povertà si profila nel 2012, con il decreto "Semplifica Italia" (decreto legge 5/2012) che ridefinisce radicalmente l'uso di 50 milioni di euro ereditati dal defunto governo Berlusconi, destinandoli alla sperimentazione in 12 città di una nuova *Social card*. Le risorse sono misere e i beneficiari pochi, ma l'impostazione è nuova e ambiziosa, tanto da porre come fine della sperimentazione la valutazione di una sua possibile generalizzazione come strumento di contrasto alla povertà assoluta. Tale sperimentazione incontra non pochi ritardi e difficoltà, mentre contestualmente fa il suo difficoltoso cammino la definizione di uno strumento essenziale a qualsiasi politica sociale come il nuovo ISEE che, introdotto con il DPCM 159/2013, diventa a tutti gli effetti operativo con l'inizio del 2015, anche se le recenti vicende ne impongono una ulteriore revisione.

Il seme è gettato ma la pianta incontra molta difficoltà a crescere. La gravità dei problemi stimola comunque una rinnovata attenzione al tema dei redditi delle famiglie povere, delle famiglie con figli, dell'impoverimento, di chi non trova o, anche in età adulta, perde il lavoro.

Con la Strategia EU 2020 anche il Consiglio Europeo rafforza l'attenzione sulla dimensione sociale ed in particolare sulla lotta alla povertà, e il PON inclusione prevede uno specifico stanziamento rivolto alla marginalità e un Asse dedicato; maggior attenzione al tema è sempre più presente anche nel dibattito politico e scientifico. Segnaliamo tra l'altro il costituirsi dell'Alleanza contro la Povertà che, grazie all'iniziativa delle ACLI e della Caritas e a un qualificato lavoro di esperti, riesce a raccogliere e impegnare anche organizzazioni che nel passato non si erano particolarmente espresse sul tema, intorno all'introduzione di una misura universalistica di contrasto (REIS,

Reddito di inclusione sociale). Nel settembre del 2013, l'IRS e il CAPP propongono una riforma delle politiche e degli interventi socio-assistenziali e chiedono una profonda riformulazione delle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alle famiglie (Bosi, Ranci Ortigosa, 2013).

Intanto, a livello istituzionale, il ministro del Lavoro Giovannini e la viceministro Guerra del governo Letta insediano una commissione di esperti che l'autunno del 2013 presenta il Sostegno per l'inclusione attiva, SIA, quale misura nazionale a carattere universale di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale e di attivazione economica e sociale dei beneficiari.

Il governo Renzi alterna in merito a tali politiche aperture e rinvii, mentre il Movimento 5 stelle fa del reddito di cittadinanza uno dei suoi cavalli di battaglia.

Con l'ultima Legge di Stabilità e il successivo DDL delega il Governo dichiara l'intenzione di avviare una fase nuova di contrasto della povertà. E effettivamente le novità ci sono. Le risorse aumentano e divengono strutturali: nel 2016, per il SIA 750 milioni, per l'ASDI¹ 600 milioni, più altre risorse residue, cui si aggiungono, seppur con limiti di utilizzo, i fondi europei: 150 milioni annui del PON Inclusione e 110 milioni del FEAD destinabili ai servizi. Dal 2017, il DDL delega prevede che entri in funzione il SIA, dotato di circa 1,3 miliardi di euro l'anno, quale unica misura nazionale di contrasto alla povertà, correlata alla differenza tra il reddito familiare del beneficiario e la soglia di povertà assoluta, individuata come livello essenziale delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale. A tale fondo si aggiungono ogni anno fra i 170 e i 270 milioni per l'ASDI e i fondi europei sopra indicati.

Dunque, l'impalcatura è realizzata e, rispetto a qualche anno fa, la strada, seppur ancora lunga, è ormai tracciata nella direzione di una misura di reddito minimo a livello nazionale. La limitatezza delle risorse impegnate impone tuttavia ancora degli approcci selettivi e categoriali. D'altronde, la decisione di destinare maggiori risorse alla lotta alla povertà è ovviamente frutto di una scelta politica forte, ancora di più se la copertura dei relativi costi non deriva solo da risorse aggiuntive ma anche da una revisione dell'attuale spesa sociale, basata su criteri più equitativi e redistributivi, sui quali in molti concordano. Noi siamo su questa posizione perché riteniamo che le attuali iniquità distributive vadano corrette nella società in genere, con i debiti strumenti distributivi, ma anche all'interno del comparto assistenziale, applicando la massima: dare sostegno con risorse pubbliche acquisite con prelievo fiscale solo a chi ha bisogni socialmente rilevanti e riconosciuti, e dare di più a chi ha più bisogno. Su questi criteri è possibile e anche doveroso costituire nel sociale diritti soggettivi e corrispondenti obblighi delle amministrazioni pubbliche.

Il dibattito sulla riforma delle prestazioni per il sostegno delle responsabilità familiari

Abbiamo evidenziato condizioni sociali delle famiglie di particolare esposizione anche per

la presenza di figli, anche se ci siamo soffermati prevalentemente sui processi istituzionali e dibattiti relativi al contrasto della povertà. Dobbiamo aggiungere che non sono mancati confronti anche sul tema del sostegno alla famiglia con figli, in tema di fiscalità generale ma recentemente in particolare in occasione della configurazione dell'ISEE e dei criteri di accesso a benefici monetari o a prestazioni di servizi. Il quoziente familiare e il quoziente Parma come sua declinazione hanno riscosso consensi e dissensi, ispirati a posizioni culturali con diversa sensibilità alla equità sociale o al sostegno delle famiglie quasi a prescindere dalla loro situazione reddituale e patrimoniale.

Il sostegno delle responsabilità familiari da parte del bilancio pubblico mediante trasferimenti monetari è oggi realizzato sostanzialmente da due istituti: gli assegni al nucleo familiare, che hanno carattere categoriale, e le detrazioni fiscali per carichi di famiglia nell'ambito dell'IRPEF; vale a dire uno strumento di spesa e uno che assume la forma di *tax expenditure*.

L'unificazione delle attuali provvidenze in un unico strumento è da molti considerata auspicabile. Vi è stata tuttavia una divergenza tra chi ha cercato la soluzione all'interno della disciplina dell'IRPEF e chi ha invece pensato all'istituzione di un unico strumento di spesa.

I principali contributi nella prima linea sono quelli elaborati ad esempio nel Libro bianco promosso dal Ministro Visco (Pollasti, 2008) e, successivamente, nei lavori di Di Nicola e Paladini (2014).

Nella seconda linea di proposte si pongono i contributi della Commissione della povertà già dal 1986, di Baldini, Bosi, Matteuzzi (2004, 2007), e più recentemente Bosi, Colombini, Ranci Ortigosa, Sala (2013).

La soluzione tributaria presenta un vantaggio politico: il riordino degli strumenti esistenti può essere visto come un abbassamento della pressione tributaria, certo illusorio, dato che ad esso si accompagna una riduzione della spesa per trasferimenti monetari; un esito che sembra tuttavia avere un notevole attrattiva nel dibattito politico.

La soluzione tributaria deve però affrontare il problema di adattare un istituto che ha nel nucleo familiare il suo naturale punto di riferimento, ad un sistema di imposta personale sul reddito fondato sulla tassazione individuale.² Essa deve poi superare il problema dell'incapienza, che affligge gran parte delle detrazioni dell'attuale sistema fiscale; in altre parole la riforma è praticabile solo introducendo in modo sostanziale aspetti di imposta negativa. I problemi accennati possono invece, come mostrano le ricerche citate, trovare una soluzione, anche se al costo di complicare il disegno dell'imposta personale.

In questo lavoro ci poniamo nella seconda linea di indagine, a cui peraltro gli autori di questo rapporto hanno già dedicato sforzi di ricerca in passato: una prospettiva più lineare, che lascia maggiore libertà nella definizione dei criteri di selettività e nella disciplina del nucleo familiare assunto come destinatario della politica.

Nella linea che qui viene seguita è da ricordare una recente iniziativa parlamentare: il Disegno

di legge Lepri (Senato della Repubblica) del 2014 appare infatti, negli aspetti generali, in sostanziale sintonia con questa linea di riforma, anche se presenta limiti significativi su aspetti di dettaglio del disegno della riforma.

Nel prosieguo di questo capitolo, accanto alla proposta relativa al contrasto della povertà con una misura di reddito minimo, illustriamo una riforma dei sostegni monetari alle famiglie sul versante della spesa, finalizzata sostanzialmente alla razionalizzazione degli istituti esistenti, ragionando, nel limite del possibile, all'interno delle risorse finanziarie attualmente dedicate a questo obiettivo. Nei paragrafi che seguono, dopo una presentazione del quadro aggregato delle risorse attualmente disponibili effettuato sulla base dei dati IT-SILC, viene descritta la logica della riforma proposta, consistente nella creazione di un assegno destinato al nucleo familiare a carattere universale (vale a dire tutti i cittadini e non solo i nuclei dei lavoratori dipendenti), selettivo sulla base dell'ISEE, il cui importo è definito in coerenza con le economie di scala implicite nella scala di equivalenza dell'ISEE. Si analizzano poi gli effetti distributivi della riforma proposta mettendo in luce, con simulazioni di varianti della stessa, pregi e limiti.

3. LA PROPOSTA DI RIFORMA DELL'ASSEGNO AI MINORI

Il quadro delle risorse attualmente disponibili: distribuzione e caratteristiche

Nel 2014 alle politiche di sostegno alle responsabilità familiari, secondo la nostra ricostruzione dei conti della protezione sociale presentati nel capitolo 1, sono stati destinati 18,9 miliardi di cui 12,3 miliardi relativi a detrazioni fiscali, 6,4 ad assegni familiari, 202 milioni all'assegno di maternità.

Seguendo la fonte costituita dal modello di microsimulazione, che consente una maggiore ricchezza di analisi e a cui faremo esclusivo riferimento nel seguito di questo capitolo, possiamo stimare i destinatari di queste prestazioni in 12,2 milioni di nuclei familiari (su 25,7 complessivi), che ricevono in media benefici in misura di poco superiore a 1543 euro annui (tavola 1).

Esistono rilevanti sovrapposizioni delle prestazioni tra i nuclei beneficiari come si può arguire osservando la somma dei beneficiari di detrazioni e di assegni familiari. Infatti, si può stimare che degli 11,2 milioni di beneficiari di detrazioni fiscali, 4,9 milioni fruiscono anche di assegni familiari.

La tavola 2 fornisce informazioni anche con riferimento ai nuclei con minori, che come vedremo rivestono un interesse particolare per questa proposta di riforma.

A questo proposito si fa presente che la nozione di nuclei con minori adottata in questa ricerca considera come minori i minori veri e propri (soggetti di età inferiore a 18 anni) e anche figli maggiorenni, con età minore di 25 anni, che appartengono al nucleo familiare e sono impegnati in attività di studio.

La tavola 2 mostra che le prestazioni vigenti

TAVOLA 1. Le prestazioni vigenti a sostegno delle famiglie: beneficiarie, prestazioni medie e spesa (o tax expenditure)

	Famiglie beneficiarie (migliaia)	Spesa media (€)	Spesa totale (milioni di €)
Detrazioni coniuge a carico	5.042	612	3.086
Detrazioni figli	8.556	1.027	8.791
Detrazioni altri fam. a carico	661	655	433
Detrazioni carichi familiari	11.267	1.093	12.311
Assegni familiari	5.905	1.089	6.083
Assegno maternità	155	1.302	202
Totale prestazioni	12.273	1.543	18.940

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

TAVOLA 2. Beneficiari e spesa per Detrazioni per carichi familiari e Assegni familiari per nuclei con e senza minori

	N° (milioni)	Nuclei (%)	Prestazioni medie (€)	Spesa (mld di €)	%
Nuclei beneficiari con minori	7,5	29,2	2.007	15,0	79,6
Nuclei beneficiari senza minori	4,8	18,7	818	3,9	20,4
Totale nuclei beneficiari	12,3	47,8	1.543	18,9	100,0
Nuclei non beneficiari con minori	0,4	1,7			
Nuclei non beneficiari senza minori	13,0	50,5			
Totale nuclei non beneficiari	13,4	52,2			
Nuclei con minori	7,9	30,7			
Nuclei senza minori	17,8	69,2			
Totale famiglie	25,7	100,0			

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

appaiono abbastanza concentrate a favore delle famiglie con minori. Con riguardo ai nuclei beneficiari, 7,5 milioni di nuclei, pari al 53,5% del totale dei beneficiari, è costituito da nuclei con minori. Il 95% di essi è destinatario di una prestazione. Ai nuclei con minori affluiscono prestazioni mediamente più elevate (2.007 euro) rispetto a quelle destinate alle altre famiglie beneficiarie (818 euro), che assorbono l'80% della spesa.

Va però sottolineato che fra i destinatari vi sono 4,8 milioni di famiglie, che ricevono prestazioni, in cui non sono presenti minori. Ciò è dovuto al fatto che le detrazioni IRPEF riguardano in misura non irrilevante il coniuge (5 milioni di nuclei, di cui 3 milioni riguardano nuclei senza minori) e famigliari a carico che non corrispondono alla nozione di minore qui adottata (ad esempio figli maggiorenni non impegnati in attività di studio come i cosiddetti *neet*).

Dei quasi 6 milioni di nuclei percettori dell'assegno al nucleo familiare (che comporta una spesa stimata in 6,4 miliardi), 4 milioni di nuclei familiari hanno figli minori (spesa 5,3 miliardi). Inoltre percepiscono assegni familiari 1,4 milio-

Note

- 1 L'Assegno di Disoccupazione (ASDI) è stato istituito dall'articolo 16, del decreto legislativo 4 marzo 2015 n. 22, recante "Disposizioni per il riordino della normativa in materia di ammortizzatori sociali in caso di disoccupazione involontaria e di ricollocazione dei lavoratori disoccupati, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183".
- 2 Non a caso il dibattito sul tema si è intrecciato con proposte di riforma finalizzate a modificare il disegno dell'Irpef per trasformarlo in un'imposta a base familiare, sulla linea del quoziente familiare francese. Di questo tipo di proposte di riforma non ci occupiamo in questa sede, dato che esse riguardano aspetti più generali del sistema tributario, che non riteniamo sia utile mettere in campo nel disegno di una riforma degli strumenti di sostegno delle responsabilità familiari.

TAVOLA 3. Beneficiari e spesa per assegni familiari per tipologia di beneficiari

	Nuclei (migliaia)	%	Spesa media (€)	Spesa tot. (mln di €)	%
Nuclei con figli minori	4.052	68,6	1.328	5.381	83,7
Nuclei di pensionati	1.409	23,9	599	844	13,1
Altri nuclei	444	7,5	463	205	3,2
Totale	5.905	100,0	1.089	6.431	100,0

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

ni di pensionati (spesa 844 milioni). Anche in questo caso una parte della spesa è destinata a soggetti che non corrispondono al *target* del sostegno delle responsabilità di crescita ed educazione dei minori (tavola 3).

Le prestazioni considerate nella tavola 1 sono certamente forme di sostegno alle famiglie e in particolare a quelle con figli. Esse tuttavia assolvono in parte anche altri compiti. Ad esempio l'assegno al nucleo familiare è fruito anche da nuclei in cui non vi sono figli o minori. Una parte rilevante delle detrazioni fiscali riguarda il coniuge a carico. Si può quindi dire che le attuali prestazioni per il sostegno delle responsabilità familiari manchino di sufficiente **specificità**. La proposta qui illustrata parte dal presupposto che sia ragionevole auspicare che le prestazioni siano maggiormente concentrate all'obiettivo primario del sostegno della famiglia: la cura e l'allevamento dei minori.

Una caratteristica delle attuali misure di sostegno delle famiglia è la selettività con riferimento alla condizione economica della famiglia. Tutte le prestazioni in vigore infatti decrescono rispetto a un qualche indicatore di condizione economica. Tale **selettività** è però realizzata con modalità difformi (il reddito complessivo individuale all'interno della disciplina dell'IRPEF nel caso delle detrazioni, una definizione di reddito familiare particolare nel caso degli assegni al nucleo familiare) e criticabili.

Le detrazioni IRPEF decrescono in funzione del reddito complessivo individuale: manca quindi il riferimento alla condizione economi-

ca del nucleo familiare ed è commisurata a una grandezza che esclude molte componenti reddituali non incluse nella base imponibile dell'IRPEF (redditi di capitale, redditi esenti, definizioni agevolate di redditi di fabbricati, ecc.).

L'assegno al nucleo familiare assume come misura della condizione economica una nozione di reddito familiare incompleta perché non considera, tra gli altri, i trattamenti di fine rapporto, le rendite INAIL, le indennità di accompagnamento, ecc.

Da tempo, ma soprattutto dopo la riforma del 2013, il nostro sistema di welfare dispone di uno strumento di valutazione della condizione economica innovativo e certamente più affidabile dei criteri usati nelle prestazioni ora in vigore, l'ISEE. Sembra quindi ragionevole **disegnare una riforma che assuma l'ISEE come unico criterio** per la realizzazione della selettività.

La tavola 4 mostra che gli istituti vigenti realizzano una certa selettività, ma assai disordinata. Le detrazioni IRPEF sono molto meno selettive degli assegni familiari.

Associato alla poco razionale selettività delle prestazioni vigenti è il problema dell'**incapienza**. Le detrazioni fiscali non possono essere fruito dalle famiglie in cui l'imposta lorda dell'IRPEF è inferiore alle detrazioni.

Infine, una caratteristica dell'assetto attuale è rappresentata dal fatto che lo strumento più importante dal lato della spesa, l'assegno al nucleo familiare, ha **carattere categoriale**, essendo riservato solamente a famiglie in cui il peso del reddito da lavoro dipendente sia superiore al 70%.

Un ordinato disegno di uno strumento di sostegno alle responsabilità familiare dovrebbe possedere il carattere dell'**universalità** ed essere quindi esteso anche a cittadini che abbiano una diversa condizione professionale (in particolare al lavoro autonomo). Questa estensione appare particolarmente ragionevole in questa fase storica, in cui a partire dal 2015 è stato introdotto dal governo Renzi un provvedimento (il *bonus* di 80 euro), destinato quasi esclusivamente al lavoro dipendente. L'introduzione di un istituto universale che vada a favore anche del lavoro autonomo dovrebbe oggi incontrare minori opposizioni rispetto a qualche anno fa.

Contenuti della proposta e possibili vantaggi e svantaggi della riforma

Anche se ci sono ottime ragioni per ristrutturare le prestazioni vigenti secondo i principi sopra indicati, il successo e la praticabilità politica di una riforma dipende sensibilmente dalle reazioni dei gruppi che dalla riforma potrebbero essere svantaggiati o avvantaggiati. La concentrazione delle risorse attualmente impiegate sui nuclei con minori comporta **significative modificazioni della platea dei beneficiari**.

Come mostra la tavola 2, se le risorse attualmente utilizzate venissero destinate esclusivamente a nuclei con minori (nel senso definito in questa proposta), 4,8 milioni di nuclei sarebbero privati di un qualche beneficio, con una perdita complessiva di trasferimenti pari a 3,9 miliardi.

TAVOLA 3. Prestazioni medie di Detrazioni IRPEF e ANF per decili di ISEE

ISEEpre*	Detrazioni per carichi familiari e assegni		Detrazioni IRPEF		Assegno nucleo familiare	
	€	indice	€	indice	€	indice
1	2.270	1,47	1.061	0,97	1.650	2,69
2	2.346	1,52	1.403	1,28	1.517	2,47
3	1.787	1,16	1.230	1,13	867	1,41
4	1.543	1,00	1.180	1,08	568	0,93
5	1.322	0,86	1.100	1,01	525	0,86
6	1.242	0,80	1.047	0,96	513	0,84
7	1.127	0,73	985	0,9	453	0,74
8	921	0,60	874	0,8	296	0,48
9	833	0,54	800	0,73	287	0,47
10	621	0,40	621	0,57	242	0,39
Totale	1.543	1,00	1.093	1,00	614	1,00

Note: * I decili sono calcolati sull'ISEE al netto degli assegni familiari (ISEEpre) al fine di rappresentare più correttamente la condizione economica prima della fruizione delle prestazioni (NB: le detrazioni fiscali non sono incluse nell'ISEE).

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

Si tratterebbe di modificazioni molto significative, che meritano quindi un'attenta valutazione della loro praticabilità politico-sociale.

Con riferimento alle detrazioni per il coniuge e altri familiari a carico, esse assolvono una funzione di realizzazione dell'equità orizzontale. Appare quindi inopportuno, sul piano del disegno del sistema tributario, prevederne la totale abolizione. Per questa ragione, riteniamo prudente lasciare inalterate queste detrazioni in questa prima fase di riforma.

Rispetto all'assegno al nucleo familiare l'ampiezza di nuclei senza minori che fruiscono di assegni familiari mette in evidenza il fatto che questo istituto assolve funzioni non solo di sostegno delle responsabilità familiari, ma anche altre funzioni, in particolare di contrasto della povertà. Le decisioni sulle riforme più opportune dipendono quindi in modo cruciale dal fatto che accanto a questa riforma venga realizzato uno strumento di contrasto della povertà. In questa fase si è quindi scelto di lasciare inalterata la componente degli assegni familiari che affluisce a nuclei con capofamiglia pensionato.

Infine, in considerazione della straordinarietà dell'assegno di maternità si ritiene opportuno mantenerlo in vita. Si tratta comunque di una prestazione che comporta una spesa modesta.

Queste valutazioni, inducono, in una prima fase di riforma, a mantenere in vita la detrazione IRPEF per coniuge, la detrazione IRPEF per altri familiari a carico, la quota dell'assegno al nucleo familiare che affluisce a pensionati e l'assegno di maternità *means tested*: ciò significa rinunciare all'utilizzo di 4,5 miliardi di risorse. **Per un ridisegno degli istituti attuali le risorse disponibili passano quindi da 18,9 a 14,3 miliardi.**

Ma andiamo per gradi. Una prima possibile proposta può essere quella di una riforma universale cioè di un trasferimento indipendente dalla condizione economica del nucleo.

Secondo le nostre valutazioni, un **assegno universale non selettivo** (AF) che comporti l'uso delle risorse attuali, al netto della detrazione per coniuge, di altre detrazioni e degli assegni ai pensionati, del costo di 14,3 miliardi, potrebbe garantire un assegno medio i beneficiari pari a 1.808 euro annui. Per una coppia con un minore l'assegno medio sarebbe di 1.198 euro annui; per una coppia con due minori l'assegno medio sarebbe di 2.269.

La riforma universale non selettiva rappresenta tuttavia un caso limite, di difficile attuazione. Con riguardo alla media delle prestazioni per tutte le famiglie, l'aumento delle prestazioni medie è realizzato grazie alla forte riduzione del numero dei beneficiari che passano da 10,7 milioni a 7,9. Tuttavia è interessante osservare che per due tipologie familiari molto frequenti (coppia con 1 o 2 minori) l'assegno universale con spesa di 14,3 miliardi permetterebbe di garantire assegni più elevati a un numero di nuclei sostanzialmente identico a quello dei nuclei beneficiari delle prestazioni correnti.

Ma veniamo a una **proposta di riforma selettiva**, per noi più praticabile. Il nuovo assegno per i minori che qui immaginiamo si discosta dagli istituti esistenti per tre aspetti:

1. assume l'ISEE come misura della condizione economica per realizzare la selettività;
2. concentra l'attenzione, come si è già sottolineato, su un *target* costituito da minori (minorenni e figli conviventi con età fino a 25 anni impegnati in attività di studio);
3. adotta un diverso e più razionale modo di determinare l'ammontare delle prestazioni al variare della composizione dei nuclei familiari.

In particolare si assume che il nuovo assegno, AF, sia di un valore predeterminato che resta costante sino a un valore soglia di ISEE, che chiameremo soglia minima (ISEE minimo) a partire dal quale l'entità dell'assegno comincia a decrescere linearmente fino ad azzerarsi in corrispondenza di una soglia massima di ISEE (ISEE massimo).

La soglia minima è il valore di ISEE fino al quale permane l'assegno nella misura massima, che affluisce ai nuclei più poveri. La soglia massima indica il valore di ISEE a cui l'assegno si annulla. In questo lavoro si assume, per semplicità, che il declino dell'assegno sia di tipo lineare.

Ma la realizzazione di tale riforma selettiva implica il fatto di dover prendere delle decisioni rispetto a tre dimensioni: 1. l'ammontare dell'assegno per i nuclei più poveri; 2. il livello di ISEE minimo; 3. Il livello di ISEE massimo. Per determinare queste grandezze ci può venire in aiuto l'analisi della distribuzione dei valori medi di ISEE e di reddito disponibile equivalente delle famiglie per decili.

Dalla suddetta distribuzione si possono trarre le seguenti indicazioni:

- a. Un valore di ISEE minimo intorno a 10.000 euro garantisce l'assegno ai primi due decili della distribuzione e a una porzione del terzo decile. Considerazioni attente all'uguaglianza consigliano di porre un valore di ISEE minimo non inferiore alla soglia di povertà.
- b. Una riforma orientata al ceto medio comporterebbe di raggiungere valori di ISEE minimo vicini alla mediana e quindi intorno a 19.000 euro di ISEE.
- c. Un ISEE massimo intorno a 25-30.000 di ISEE corrisponde a nuclei che si collocano tra il settimo e l'ottavo decile. I due punti precedenti pongono quindi vincoli su ISEE massimo che

TAVOLA 5. Valori medi di ISEE e di reddito disponibile equivalente per decili di ISEE in tutti i nuclei e in quelli con minori (€)

Decili di ISEE	Reddito disponibile equivalente		ISEE	
	Tutti i nuclei	Nuclei con minori	Tutti i nuclei	Nuclei con minori
1	7.014	6.021	2.730	2.953
2	11.280	10.721	7.272	7.248
3	14.093	13.403	10.731	10.727
4	16.517	16.344	14.034	14.099
5	18.823	18.746	17.410	17.314
6	21.196	20.798	20.811	20.858
7	23.621	22.935	24.881	24.867
8	26.934	27.051	30.345	30.204
9	31.736	31.525	39.044	38.683
10	48.389	50.936	72.765	70.211
Totale	21.959	17.812	24.000	17.632

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

dovrà essere posto al livello più contenuto possibile, al fine di disporre di risorse per soddisfare gli obiettivi segnalati ai due punti precedenti.

Tenendo conto dell'inevitabile *trade-off* tra selettività e universalità una proposta ragionevole potrebbe allora essere quella che prevede:

- una soglia di ISEE minimo pari a 10.000 euro;
- una soglia di ISEE massimo di 25.000 euro;
- un valore dell'assegno corrispondente a un nucleo povero (ISEE nell'intorno di 10.000 euro) di tre componenti con un minore pari a 1.913 euro (determinato in misura tale da esaurire le risorse disponibili).

Una tale riforma (il cui costo sarebbe, come detto, di 14,3 miliardi) garantirebbe una prestazione media, per l'insieme dei beneficiari, pari a 2.270 euro annui, del 51% più elevato della media delle prestazioni sostituite.

Per le famiglie vicine alla soglia di povertà tale assegno coprirebbe circa il 53% del fabbisogno necessario a mantenere inalterato il tenore di vita di una coppia con un figlio.

La tavola 6 mostra i valori dell'assegno per nuclei di diversa composizione con valori di

ISEE corrispondenti ai valori intorno al valore massimo che può assumere l'assegno e la variazione rispetto alla situazione vigente. I valori dell'assegno, a parità di numero di minori, per ciascuna colonna decrescono per effetto delle economie di scala implicite nella scala di equivalenza dell'ISEE.

Le variazioni delle prestazioni rispetto all'ordinamento vigente sono senza dubbio significative per nuclei con 2, 3 e 4 minori. Decrescenti (e in taluni casi anche negativi) i valori delle variazioni rispetto allo *status quo*, in ragione del maggior favore che la legislazione attuale, in modo comunque disordinato e poco razionale, finisce per attribuire ai nuclei con molti figli e in particolare superiori a quattro.

Come preannunciato, la riforma comporta una rilevante modificazione della platea dei beneficiari. Dei 25,7 milioni di nuclei familiari italiani sono interessati alla riforma circa 9,7 milioni di famiglie; per 6,5 milioni di queste vi sono modificazioni negative di valore medio di -732 euro; per 3,5 milioni si hanno invece variazioni positive, con incrementi medi di +1.284 euro.

Circa 3,7 milioni di nuclei che ottenevano un beneficio non hanno diritto al nuovo assegno AF. Solo 479.000 nuclei che non avevano alcun beneficio prima della riforma possono accedere ad AF.

Per il sottoinsieme di nuclei che usufruiscono benefici sia prima che dopo la riforma 3,1 milioni hanno un vantaggio, mentre 2,8 subiscono una perdita.

Nel complesso tuttavia la riforma ha un impatto positivo sulla distribuzione dei redditi. L'indice di Gini, calcolato sui redditi di tutti i nuclei (25,7 milioni) e dei soli beneficiari prima e dopo la riforma diminuisce, seppur non in misura particolarmente elevata.

La tavola 8 mostra la distribuzione dei guadagni e delle perdite per decili di ISEE dei nuclei interessati dalla riforma. Appare chiaramente un impatto distributivo positivo. Fino al quarto decile si hanno mediamente variazioni positive e di importo rilevante. Nel dettaglio della distribuzione dei casi positivi e negativi (colonne 2 e 3) si notano incrementi piuttosto elevati nei decili più bassi, che hanno come contrappeso il fatto che variazioni medie negative significative si riscontrano sempre nei decili più bassi. In generale è da rilevare una notevole variabilità dei risultati: i valori medi vanno interpretati con attenzione e cautela.

Preme qui sottolineare che gli aspetti positivi o negativi della riforma vanno valutati esclusivamente in relazione alla correttezza degli obiettivi della riforma che abbiamo argomentato in precedenza. Non deve quindi necessariamente essere valutata negativamente la presenza di nuclei che subiscono uno svantaggio. Questo fatto indica semplicemente che la riforma è incisiva rispetto a uno *status quo* che abbiamo argomentato essere insoddisfacente. L'analisi che segue è quindi rilevante solo ed esclusivamente ai fini di valutare le difficoltà di realizzazione e di praticabilità politica, nei confronti di nuclei che si vedrebbero privare parzialmente o integralmente di un beneficio ad essi accordato

TAVOLA 6. Assegno per i minori (AF) per nuclei con ISEE < 10.000 € per diverse composizioni del nucleo e variazione rispetto alle prestazioni vigenti (€)

Nº minori	1		2		3		4	
Nº comp.	Assegno	Delta	Assegno	Delta	Assegno	Delta	Assegno	Delta
2	2.320	756	—	—	—	—	—	—
3	1.913	459	4.233	1.648	—	—	—	—
4	1.709	195	3.623	903	5.943	2.351	—	—
5	1.587	−283	3.297	834	5.210	1.041	7.531	1.336
6	1.424	140	3.012	189	4.722	811	6.476	−157

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

TAVOLA 7. Indice di Gini del reddito disponibile equivalente prima e dopo riforme universali

	Tutti i nuclei	Nuclei beneficiari
Prima della riforma	30,75	28,67
Dopo la riforma	30,58	27,97

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

TAVOLA 8. Valore medio dei vantaggi/svantaggi dei nuclei interessati alla riforma per decili di ISEE al netto degli assegni familiari

Decili ISEE (senza assegni familiari)	Differenza media (dif)	dif > 0	dif < 0
1	967	2.327	-723
2	521	1.462	-676
3	433	1.174	-631
4	112	860	-663
5	-265	453	-599
6	-616	411	-753
7	-1.069	140	-1.083
8	-946	0	-946
9	-860	0	-860
10	-656	0	-656
Totale	0	1.349	-765

Nota: I decili sono calcolati sull'ISEE dell'intera popolazione (25,7 milioni) e l'ISEE è calcolato al netto degli assegni familiari.

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

da un impianto di welfare più equo e mirato da obiettivi ben identificati.

Disponendo di maggiori risorse, ovviamente, i problemi di praticabilità politica verrebbero attenuati e ci si potrebbe avvicinare a riforme che gli economisti definiscono “miglioramenti paretiani”, vale a dire riforme in cui alcuni traggono vantaggio dalla riforma, ma nessun altro risulta danneggiato.

In ogni caso, come più volte sottolineato, questa riforma è strettamente coordinata con l'introduzione di un istituto del tipo Reddito minimo di inserimento, che sicuramente avrebbe l'effetto di attenuare notevolmente, il numero di “perdenti”, come si mostrerà nel paragrafo successivo.

Nel complesso la riforma avrebbe un impatto positivo sulla distribuzione dei redditi.

In particolare, andando ad analizzare le variazioni medie su entità di beneficiari e spesa nel passaggio dai trasferimenti attualmente in vigore al nuovo assegno per minori (AF) si evidenzia che:

- le tipologie familiari avvantaggiate sono quelle con minori, specie se monogenitoriali che vedrebbero aumentare i loro trasferimenti di 830 euro medi;
- le famiglie con capofamiglia fino ai 50 anni di età, con maggior favore per i minori di 40 anni;
- le famiglie con capofamiglia disoccupato o lavoratore autonomo, mentre cala l'ammontare medio del trasferimento per le famiglie con pensionato e dipendente come persona di riferimento; tuttavia questi ultimi in parte compensati dal provvedimento degli 80 euro a partire dal 2015;
- le famiglie residenti nel Mezzogiorno, specie nelle isole che godrebbero di un aumento medio dei trasferimenti di 250 euro annui.

La riforma suddetta è stata concepita a parità di spesa rispetto agli istituti attuali e con lo scopo primario di incrementare le risorse a favore dei nuclei con minori, generando un miglior effetto redistributivo. Ipotizzando di non intaccare i vecchi trasferimenti per i primi due decili (tre decili) di ISEE, il costo addizionale sarebbe di 880 milioni (1,2 miliardi), un onere quindi non insostenibile, ma che migliorerebbe l'indice di Gini che diminuirebbe per tutti i nuclei del campione considerato da 30,58 a 30,52 (30,50).

4. UN REDDITO MINIMO POSSIBILE

I presupposti

Secondo le nostre stime sui dati IT-SILC, nel 2014 i trasferimenti monetari per il contrasto della povertà valgono 18 miliardi, destinati a 5,87 milioni di famiglie, pari al 22,8% dei nuclei residenti. L'analisi distributiva presentata nel capitolo 1 ha evidenziato come i suddetti trasferimenti, in particolare le integrazioni al minimo e la pensione sociale, i più consistenti in termini di spesa stanziata, sono configurati in modo tale da privilegiare nella selezione dei beneficiari la compresenza della condizione di deprivazione, dell'anzianità anagrafica e di un precedente stato occupazionale, lasciando scoperte ampie cate-

rie di popolazione. Oltre a ciò alcune situazioni distributive fra le famiglie beneficiarie dei trasferimenti risultano altamente critiche: quasi una famiglia povera su tre appartenente al primo decile ISEE della distribuzione economica delle famiglie secondo l'ISEE non riceve alcun trasferimento, così come il 49% delle famiglie in povertà assoluta e il 28% dei nuclei in povertà relativa.

La suddetta situazione impone dunque con urgenza una rivisitazione dei trasferimenti in essere nella direzione di una politica unitaria di contrasto alla povertà. La proposta di seguito presentata nasce da oltre quindici anni di osservazione e analisi delle misure di contrasto alla povertà, a partire dalla sperimentazione nazionale del Reddito minimo d'inserimento,³ passando per diverse esperienze regionali e più recenti proposte di riforma.⁴

Il nuovo RMI, da abbinarsi a una riforma degli attuali trasferimenti destinati alle famiglie, dovrebbe avere alcune precise caratteristiche. Innanzitutto consentire il **contrasto della povertà assoluta** in Italia, senza vincoli categoriali che potrebbero restringerne l'utenza; poi essere **strumento di universalismo selettivo** attraverso opportune misurazioni della condizione economica degli aventi diritto; infine sostanzarsi in un **mix di erogazione monetaria e servizi**. Rispetto agli strumenti oggi presenti in Italia per combattere la povertà il RMI dovrebbe avere un'impostazione universalistica, cercando di raggiungere tutte le famiglie in povertà assoluta, definite sulla base delle soglie di povertà elaborate dall'ISTAT,⁵ pari al 5,7% dei nuclei residenti.

La nuova misura non prevede dunque criteri categoriali per la sua erogazione, ma è *selettiva*, perché basata sulla verifica della condizione economica della famiglia. Il test dei mezzi che sembra più appropriato adottare è un test a doppia soglia, prima in termini di ISEE, calcolato secondo la recente riforma, poi di reddito disponibile familiare. Dal momento che riteniamo che il tenore di vita di una famiglia non dipenda solo dal reddito percepito ma anche dalle disponibilità patrimoniali accumulate, utilizziamo l'ISEE come primo filtro per escludere i casi caratterizzati da basso reddito ma patrimonio significa-

Note

- 3 Il Reddito Minimo di Inserimento, introdotto in via sperimentale con il D.lgs 237/98, è una misura di contrasto della povertà che si basa su due elementi: un'erogazione monetaria e la partecipazione a programmi di reinserimento sociale. La sperimentazione, limitata a 39 Comuni nel biennio 1999-2000, venne poi estesa per una seconda fase ad altri 267 Comuni dal 2001 al 2003.
- 4 IRS ha realizzato nel corso degli ultimi quindici anni varie analisi, valutazioni e studi di fattibilità per l'introduzione in Italia di misure assimilabili al RMI. A partire dalla valutazione delle due sperimentazioni nazionali di cui l'Istituto è stato capofila insieme ad altri partner, si ricordano le attività svolte per conto della Regione Emilia-Romagna, Toscana, Basilicata, Puglia, Friuli Venezia Giulia e Provincia autonoma di Bolzano. È del 2013 infine la proposta IRS di riforma nazionale dell'assistenza, realizzata di concerto con il CAPP e pubblicata, a cura di P. Bosi ed E. Ranci Ortigosa, in *PSS* n. 8-10, 2013. Altra recente e significativa proposta in materia di povertà, cui hanno collaborato anche alcuni degli scriventi autori, è quella del REIS (Reddito di inclusione sociale), a cura dell'Alleanza contro la Povertà e coordinata da C. Gori.
- 5 Le soglie di povertà assoluta risultano graduate in base al costo della vita del territorio in cui si trova il richiedente, sulla base in particolare di due variabili: la macro-area (Nord, Centro, Sud) e la dimensione del Comune di appartenenza (piccolo, grande, area metropolitana).

tivo. La ragione dell'uso del reddito disponibile come secondo filtro sta invece nel fatto che il nostro obiettivo è il contrasto della povertà assoluta, che secondo la definizione ISTAT prescinde dall'ISEE, in quanto è calcolata sulla base della spesa per consumi ovvero del reddito disponibile spendibile per l'acquisto di un paniere di consumo minimo. Ecco allora che la seconda soglia di accesso dovrebbe essere rappresentata proprio nella stessa unità di misura utilizzata per la stima dei poveri assoluti, direttamente correlabile con quest'ultima.

Infine, la necessità di combattere la povertà attraverso un *mix* di denaro e servizi è condivisa da tutti gli esperti, in Italia come a livello internazionale, e suggerita dalle istituzioni comunitarie.⁶ Si tratta, peraltro, della strada seguita nel resto d'Europa attraverso la logica dell'inclusione attiva condizionando l'erogazione monetaria a obblighi più o meno stringenti, ovviamente correlati alle reali opportunità del sistema dei servizi e del mercato e alle potenzialità dei beneficiari.

Potenziati beneficiari e spesa

Una volta definiti i presupposti della nuova misura di contrasto alla povertà analizziamo ora entità della spesa necessaria e caratteristiche dei potenziali beneficiari, a partire dalla definizione dell'ammontare del contributo da erogare alle famiglie.

Per la determinazione del contributo spettante

TAVOLA 9. Criteri per l'accesso al trasferimento e per la determinazione dell'importo

Criteri di accesso	ISEE familiare inferiore a 12.000 euro annui. Reddito disponibile familiare inferiore alle soglie di povertà assoluta definite dall'ISTAT.
Calcolo del reddito disponibile familiare	Tutte le entrate ricevute dalla famiglia nell'anno precedente alla domanda di RMI, compresi i trasferimenti esenti ad eccezione dell'indennità di accompagnamento e delle detrazioni e assegni familiari vigenti. Aumentato del nuovo assegno per minori e della componente abitativa per chi risiede in abitazione di proprietà. Tutti i redditi sono calcolati al netto dell'imposta personale sul reddito.
Calcolo dell'importo	Soglia di povertà assoluta – reddito disponibile familiare.

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

TAVOLA 10. Nuclei percettori del RMI per decili di ISEE, take-up 100%

Decili ISEE	% percettori su tot. residenti in ogni decile	Composizione percettori su tot. beneficiari della misura in ogni decile
1	53,6	79,7
2	10,3	15,3
3	3,3	4,9
4	0,0	0,0
5	0,0	0,0
6	0,0	0,0
7	0,0	0,0
8	0,0	0,0
9	0,0	0,0
10	0,0	0,0
Totale	6,7	100,0

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

tante occorre, come detto prima, prendere come riferimento l'ISEE e poi il reddito disponibile. Coerentemente con la nostra scelta di dare all'ISEE un peso importante nella determinazione del benessere economico delle famiglie fissiamo innanzitutto una soglia di accesso secondo l'ISEE: non possono accedere al Reddito minimo le famiglie che presentano un ISEE superiore a 12.000 euro. Questa soglia, che ci consente di "catturare" quasi la totalità delle famiglie povere assolute (94%, cioè il 6% delle famiglie

povere assolute in termini di reddito ha ISEE superiore a 12.000 euro), risponde alla finalità di non attribuire il beneficio a nuclei che, pur presentando bassi livelli di reddito, sono dotati di significativi stock patrimoniali. La seconda soglia è invece rappresentata dal reddito disponibile familiare calcolato come l'insieme di tutti i trasferimenti ricevuti, compresi quelli esenti, ad eccezione dell'indennità di accompagnamento, che escludiamo per il suo valore prettamente risarcitorio di una situazione di disabilità. Dunque il reddito monetario disponibile così calcolato, incrementato del nuovo assegno ai minori, in sostituzione dell'assegno al nucleo familiare e delle detrazioni per figli, viene confrontato con le soglie di povertà assoluta elaborate dall'ISTAT. Il valore del "reddito minimo" (RMI) è quindi dato dalla differenza, per ciascuna famiglia, tra la soglia di povertà assoluta per essa rilevante e il suo reddito monetario, maggiorato anche di una componente figurativa per l'abitazione, che è uguale a zero per chi vive in affitto. In questo modo garantiamo che il reddito minimo, a parità di reddito monetario e di assegno ai figli, sia maggiore per i nuclei che vivono in affitto.

Definite le soglie di accesso e le modalità di determinazione del contributo da erogare alle famiglie, occorre qui ribadire quanto già affrontato nella prima parte del presente capitolo e cioè che l'introduzione di un reddito minimo di inserimento per contrastare la povertà assoluta può beneficiare di una contestuale riforma degli istituti vigenti finalizzati al sostegno delle responsabilità familiari, resi più selettivi degli attuali.

Infatti, se il reddito minimo sufficiente per riportare al di sopra della soglia della povertà assoluta tutte le famiglie con reddito monetario disponibile attualmente al di sotto di questa soglia, costerebbe 9,3 miliardi di euro, considerando tale intervento contemporaneamente alla riforma dell'assegno per i minori (ottenuta sottraendo ai redditi l'assegno al nucleo familiare e le detrazioni per figli, e sommandovi il nuovo assegno ai figli, come detto sopra) si otterrebbe un risparmio di 1,3 miliardi e **il costo complessivo si abbasserebbe a 7,96 miliardi. Riceverebbe la misura 1,78 milioni di famiglie.**

Ma andiamo per gradi e torniamo per un attimo a ragionare sulla *take-up* pieno. In questo modo, come già detto, riceverebbero la misura quasi 7 nuclei su 100, cioè 1,7 milioni. Il trasferimento medio sarebbe di 4.567 euro l'anno, cioè 380 al mese. La selettività operata attraverso la soglia ISEE a 12.000 euro e il successivo confronto tra soglie di povertà assoluta e reddito disponibile è notevole anche in base alla classificazione delle famiglie per ISEE (tavola 10): il 95% dei percettori si trovano nei primi due decili di ISEE corrente.

La tavola 11 illustra alcune caratteristiche sintetiche dei beneficiari della misura, sempre secondo l'ipotesi di *take-up* completo. Una parte significativa del trasferimento va alle famiglie composte da adulti con e senza minori. Quelle degli anziani sono le sole che già ottengono, in caso di bisogno, un trasferimento pensato contro la povertà, cioè l'assegno sociale. Visto che però l'assegno ai figli ha incrementato la generosità dei trasferimenti verso i nuclei con minori,

il reddito minimo coinvolge soprattutto adulti senza minori in famiglia. Quasi un terzo della spesa totale va a favore di nuclei in cui la persona di riferimento risulta occupata, a conferma del fatto che non sempre un lavoro è garanzia sufficiente per evitare la povertà. Si noti che il trasferimento medio ricevuto cresce poco rispetto al numero dei componenti, per due ragioni: al crescere della dimensione aumenta anche il reddito pre-trasferimento; le linee di povertà assoluta ISTAT riconoscono la presenza di notevoli economie di scala familiari, quindi c'è bisogno di una modesta crescita del reddito disponibile per mantenere costante il tenore di vita quando il numero dei membri aumenta. Più della metà della spesa totale va a favore di nuclei residenti nell'Italia centro-settentrionale. Questo ragionevolmente per due ordini di motivazioni: 1) al Sud più famiglie beneficiano dell'assegno ai minori riformato; 2) il RMI, essendo basato sul principio di colmare il *gap* tra linea di povertà assoluta e reddito disponibile, risulterà graduato in base al costo della vita del territorio in cui si trova il richiedente, modificandosi così la situazione attuale, che svantaggia le realtà dove il costo della vita è maggiore, cioè le regioni del Nord e i Comuni più grandi.

Fino a questo momento abbiamo considerato una versione "ideale" del Reddito minimo di inserimento: esso infatti raggiungerebbe tutte le famiglie in povertà assoluta e coprirebbe perfettamente il *gap* tra reddito disponibile e soglia. Si tratta ovviamente di un caso estremo perché la letteratura disponibile su numerosi Paesi europei conferma che il *take-up rate*, cioè la quota di soggetti che, avendo potenzialmente diritto a un beneficio, effettivamente lo ricevono, è sempre inferiore al 100%, a volte anche in modo molto netto. Per l'Italia, la percentuale di *take-up* relativa all'esperienza della sperimentazione del reddito minimo di inserimento alla fine degli anni '90 fu pari al 67%.⁷ Considerato che quella fu una sperimentazione, mentre la prestazione qui proposta dovrebbe essere permanente, è probabile che la quota di adesioni sia bassa nei primi anni, per poi crescere nel tempo. D'altra parte, le ricerche internazionali dimostrano che in effetti la probabilità di richiedere un beneficio è correlata positivamente con l'importo del beneficio atteso (si veda, tra gli altri, Hernanz et al., 2004).

È quindi ragionevole ritenere che il *take-up rate* non sarà mai pari al 100%. Sulla base di queste considerazioni, ci sembra ragionevole un *take-up rate* atteso attorno al 75%. In questo caso, sempre considerando la doppia soglia ISEE a 12.000 euro e reddito disponibile, la nuova misura costerebbe **6,22 miliardi di euro e sarebbe destinata a 1,33 milioni di nuclei** familiari, pari a circa il 5,2% delle famiglie residenti e corrispondenti a 3,2 milioni di persone. Le famiglie beneficiarie rappresenterebbero il 42% dei nuclei collocati nel primo decile della distribuzione dell'ISEE corrente, e il RMI non supererebbe il terzo decile di ISEE. Quattro percettori su cinque si troverebbero nel primo decile. Si tratta quindi di una misura molto selettiva anche se valutata rispetto all'ISEE e non al reddito monetario

La copertura dell'area della povertà assoluta

TAVOLA 11. Statistiche sulla distribuzione del RMI, take-up 100%

		% percettori nel gruppo	Ripartizione percettori	Importo medio mensile ricevuto dai beneficiari	Ripartizione spesa totale (miliardi di €)
Tipo famiglia	Solo adulti	9,1	39,4	372	3,0
	Adulti e minori	9,3	33,2	438	3,0
	Adulti, minori e anziani	5,9	1,5	505	0,1
	Adulti e anziani	3,7	7,8	385	0,6
	Solo anziani	3,9	18,1	284	1,1
N° componenti	1	8,1	39,1	327	2,7
	2	5,5	21,5	327	1,5
	3	4,9	14,5	430	1,3
	4	6,4	15,8	460	1,5
	≥5	11,9	9,1	521	1,0
Professione capofamiglia	Operaio	5,6	15,4	341	1,1
	Impiegato	1,2	2,4	282	0,1
	Dirigente	1,1	0,6	459	0,1
	Autonomo	8,9	16,7	395	1,4
	Disoccupato	32,9	26,9	447	2,5
	Pensionato	3,0	13,6	281	0,8
	Inabile al lavoro	8,7	2,3	346	0,1
Area	Altro	11,2	22,0	389	1,8
	Nord	4,2	30,2	430	2,7
	Centro	6,2	19,2	347	1,4
	Sud	10,8	50,6	363	3,8
	Totali	6,7	100,0	381	7,9

Nota: età minori: 0-17; adulti: 18-59; anziani: ≥60.

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

TAVOLA 12. Nuclei percettori del RMI per decili di ISEE, take-up 75%

Decili ISEE	% percettori su tot. residenti in ogni decile	Composizione percettori su tot. beneficiari della misura in ogni decile
1	42,1	81,3
2	7,2	13,9
3	2,5	4,8
4	0,0	0,0
5	0,0	0,0
6	0,0	0,0
7	0,0	0,0
8	0,0	0,0
9	0,0	0,0
10	0,0	0,0
Totale	5,2	100,0

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

Note

- Tra le altre, si ricordano la Raccomandazione Commissione Europea del 3 ottobre 2008 e la Risoluzione del Parlamento Europeo del 6 maggio 2009, sull'inclusione attiva delle persone escluse dal mercato del lavoro; la Risoluzione del Parlamento Europeo del 20 ottobre 2010, che ha proposto l'introduzione di sistemi di reddito minimo in tutti gli Stati membri dell'Unione per combattere la povertà. Come noto, più di recente la strategia Europa 2020 ha dato un nuovo impulso alla lotta contro la povertà e l'esclusione sociale nell'UE, fissando come obiettivo comune a livello europeo, entro il 2020, la riduzione di almeno 20 milioni di individui a rischio di povertà e di esclusione sociale, con particolare attenzione alla povertà minorile, attraverso appositi schemi atti a promuovere il benessere economico delle famiglie, migliorare l'occupabilità e favorire l'accesso ai servizi di qualità.
- La sperimentazione del RMI nazionale alla fine degli anni '90 ha evidenziato quote di *take-up rate* comprese tra il 40% (al Nord) e l'80% (al Sud), con una media nazionale del 67%. Si veda Saraceno (2002).

raggiungerebbe il 69% (inferiore a 100% a causa sia del *take-up* che del vincolo ISEE). Circa un milione di famiglie beneficiarie su 1,33 milioni sarebbero composte da adulti con o senza mino-

TAVOLA 13. Distribuzione dei beneficiari del RMI per tipo di famiglia, take-up 75%

	% di famiglie che ottengono il RMI	% di famiglie povere assolute che ottengono il RMI	N° famiglie che ricevono il RMI (milioni)	N° persone che ricevono il trasferimento (milioni)	Spesa totale (miliardi di €)	RMI medio annuale (e mensile) per le famiglie beneficiarie
Solo adulti	7,0	70	0,52	0,80	2,4	4.520 (377)
Adulti e minori	7,4	68	0,46	1,74	2,4	5.319 (443)
Adulti, minori e anziani	4,7	71	0,02	0,11	0,1	6.810 (567)
Adulti e anziani	2,7	70	0,09	0,27	0,5	4.885 (407)
Solo anziani	3,0	68	0,24	0,28	0,8	3.486 (291)
Totale	5,2	69	1,33	3,20	6,2	4.672 (389)

Nota: età minori: 0-17; adulti: 18-59; anziani: ≥60.

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

TAVOLA 14. Distribuzione dei beneficiari del RMI per area geografica, take-up 75%

	% di famiglie che ottengono il RMI	% di famiglie povere assolute che ottengono il RMI	N° famiglie che ricevono il RMI (milioni)	N° persone che ricevono il trasferimento (milioni)	Spesa totale (miliardi di €)	RMI medio annuale (e mensile) per le famiglie beneficiarie
Nord	3,1	62	0,38	0,77	1,97	5.183 (432)
Centro	4,6	67	0,24	0,53	1,09	4.456 (371)
Sud	8,7	75	0,71	1,90	3,16	4.471 (373)
Totale	5,2	69	1,33	3,20	6,22	4.672 (389)

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

TAVOLA 15. Distribuzione dei beneficiari del RMI per N° componenti famiglia, take-up 75%

	% di famiglie che ottengono il RMI	% di famiglie povere assolute che ottengono il RMI	N° famiglie che ricevono il RMI (milioni)	N° persone che ricevono il trasferimento (milioni)	Spesa totale (miliardi di €)	RMI medio annuale (e mensile) per le famiglie beneficiarie
1	6,4	62	0,53	0,53	2,16	4.069 (339)
2	3,7	67	0,25	0,50	0,97	3.859 (322)
3	3,8	65	0,19	0,58	1,01	5.210 (434)
4	5,6	73	0,24	0,95	1,33	5.557 (541)
≥5	8,8	75	0,12	0,63	0,75	6.487 (541)
Totale	5,2	69	1,33	3,20	6,22	4.672 (389)

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

TAVOLA 16. Distribuzione dei beneficiari del RMI per condizione capofamiglia, take-up 75%

	% di famiglie che ottengono il RMI	% di famiglie povere assolute che ottengono il RMI	N° famiglie che ricevono il RMI (milioni)	N° persone che ricevono il trasferimento (milioni)	Spesa totale (miliardi di €)	RMI medio annuale (e mensile) per le famiglie beneficiarie
Operaio	4,0	64	0,19	0,53	0,76	4.004 (334)
Impiegato	1,0	75	0,03	0,07	0,12	3.414 (285)
Autonomo	7,4	70	0,24	0,68	1,19	4.896 (408)
Disoccupato	25,5	70	0,36	0,92	1,94	5.383 (449)
Pensionato	2,1	66	0,17	0,29	0,61	3.654 (305)
Inabile al lavoro	4,5	53	0,02	0,04	0,10	5.102 (425)
Altro	9,0	72	0,31	0,65	1,44	4.706 (392)
Totale	5,2	69	1,33	3,20	6,22	4.672 (389)

Nota: è stata eliminata la voce "dirigente" in considerazione dell'esiguo numero di casi.

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

ri, mentre inferiore sarebbe la quota di nuclei di anziani, proporzionalmente meno poveri. La spesa totale sarebbe in gran parte concentrata su famiglie con persone in prevalenza non anziane, e molte di quelle raggiunte dal RMI sarebbero composte anche da una sola persona, il che non deve stupire se si pensa che l'assegno ai minori, che in questa struttura viene "prima" del RMI, non riguarda questo tipo di famiglie.

Nelle regioni settentrionali il vincolo sull'ISEE si fa maggiormente sentire, come dimostra la minore quota di famiglie raggiunte dal RMI rispetto al resto del Paese, tuttavia come nell'ipotesi di *take-up* al 100%, anche in questo caso circa la metà delle risorse totali del RMI andrebbe a favore delle famiglie residenti nelle regioni centro-settentrionali.

L'incidenza delle famiglie che ricevono il beneficio è maggiore tra i nuclei unipersonali e tra quelli con oltre 5 componenti, ma sono soprattutto i primi, verosimilmente formati da adulti disoccupati e da lavoratori autonomi, che assorbono oltre un terzo della spesa.

I grafici presentati nella tavola 17 analizzano l'indice di diffusione, cioè la quota di famiglie povere assolute rispetto al reddito, prima e dopo le riforme al variare della collocazione geografica e delle caratteristiche familiari. Le analisi sono svolte nell'ipotesi di *take-up* al 75%. Si nota subito che l'assegno ai minori ha un impatto contenuto sulla povertà assoluta, ma questo è ovvio perché l'assegno non ha l'obiettivo primario di contrastare le condizioni di disagio materiale più grave, bensì quello di sostenere gli impegni di cura. Va però osservato un effetto per nulla trascurabile dell'assegno ai minori sulla povertà assoluta delle famiglie numerose. L'impatto del RMI risulta invece sempre molto significativo.

Un altro indicatore di povertà assoluta è l'FGT, che tiene conto non solo del numero di poveri assoluti prima e dopo le riforme ma anche di quanto i loro redditi sono distanti dalla linea di povertà assoluta, attribuendo un peso maggiore alle famiglie più povere, cioè alle situazioni familiari maggiormente compromesse. Anche le analisi di questo secondo indice, che per comodità espositiva si è deciso di non inserire qui, tendono nella sostanza a confermare i grafici della tavola 17.

Infine, le ultime due analisi presentano le variazioni percentuali dei redditi delle famiglie con le due riforme in ciascun decile ISEE. Ad esempio il primo decile di ISEE ottiene un incremento di reddito del 5% se si considera solo l'assegno per i minori, e del 23,8% considerando la combinazione delle due riforme. Nel complesso delle famiglie italiane, il guadagno medio derivante dall'assegno è nullo per costruzione, perché si ripartiscono risorse già destinate alle famiglie, mentre il RMI produce un incremento del reddito ma impone un costo che deve essere coperto con risorse aggiuntive. Il RMI riesce a correggere una parte del forte effetto redistributivo indotto dall'assegno ai minori, ma solo per i decili di ISEE più bassi, come è ragionevole attendersi.

Da ultimo soffermiamoci sull'analisi della quota di famiglie che all'interno di ciascun decile ottiene un incremento del reddito grazie alle

due riforme. Come la tabella evidenzia, una percentuale significativa di famiglie fino al quinto decile compreso “ci guadagna” dall’introduzione dell’assegno ai minori ed ancor più da entrambe le riforme: in particolare il 58% dei nuclei del primo decile e quasi il 40% del secondo vede aumentato il reddito dopo la riforma dell’assegno ai minori e dopo il RMI. Ovviamente, essendo le due riforme basate su ipotesi fortemente redistributive, alcune famiglie vedranno specularmente rimanere invariato il proprio reddito mentre altre ancora lo vedranno ridursi, anche in considerazione delle consistenti distorsioni connaturate agli istituti vigenti. Ebbene, se una riduzione dei redditi delle famiglie che popolano i decili più alti può essere verosimile e necessaria, appare invece da salvaguardare una riduzione dei redditi delle famiglie che abitano i primi 2 decili, essenzialmente adulti senza figli, e quantificabile in circa 50 euro mensili a famiglia. In questo caso l’introduzione di una **clausola di salvaguardia** per queste famiglie **aumenterebbe la spesa per il nostro RMI di 780 milioni di euro annui**.

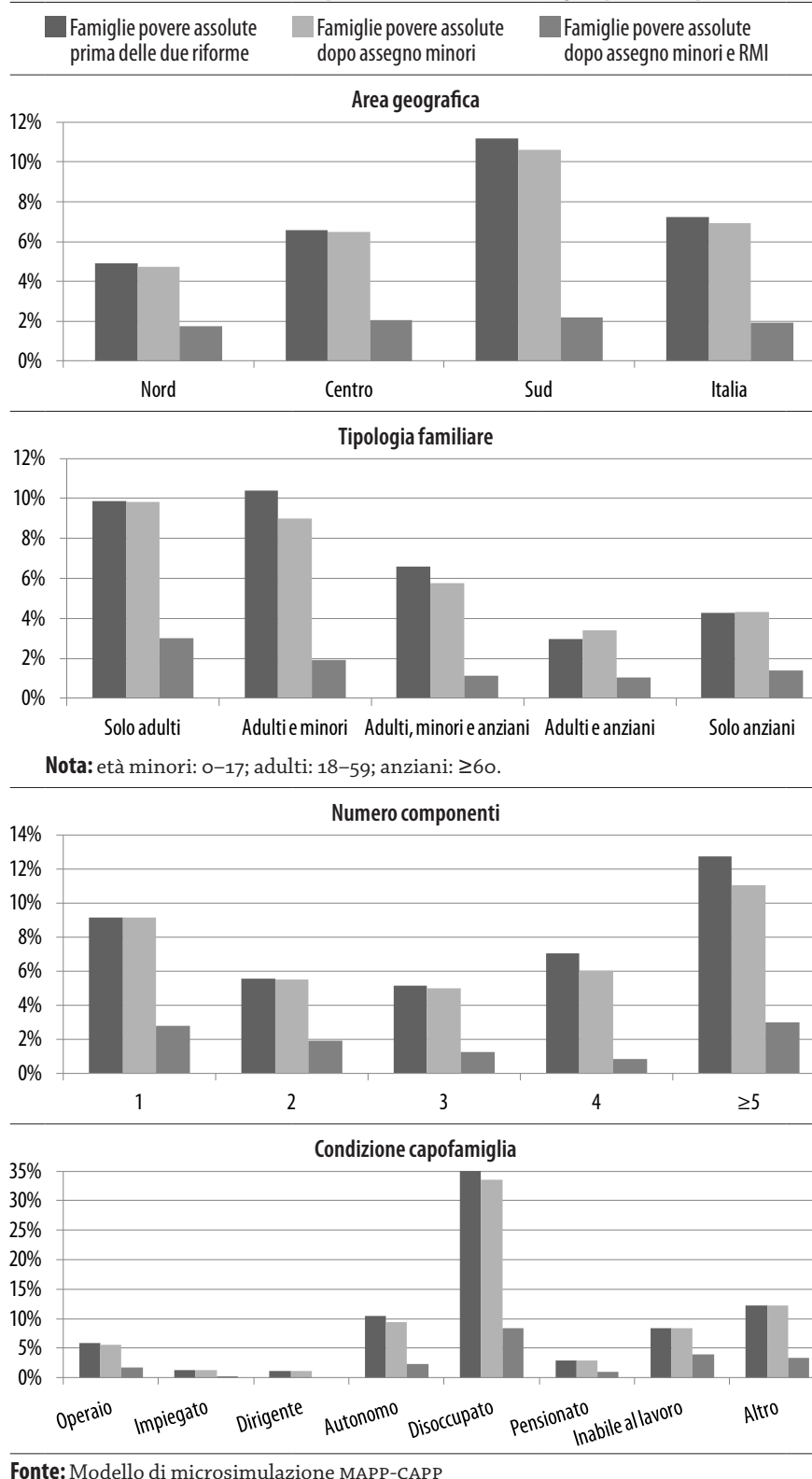
5. SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA: APPROCCIO REDISTRIBUTIVO E GRADUALE

Per finanziare una misura universalistica di reddito minimo che abbia come obiettivo il contrasto della povertà assoluta, contestualmente a una riforma dei trasferimenti alle famiglie, è necessario disporre, come abbiamo visto, di circa 6,22 miliardi di euro l’anno (assumendo un *take-up* del 75%), 7 miliardi se consideriamo la salvaguardia per le famiglie dei due decili più bassi e un po’ di più se consideriamo i servizi necessari, che potrebbero però anche essere almeno in parte finanziati da Regioni e Comuni con le erogazioni economiche che l’introduzione del RMI consente ad essi di risparmiare. Rispetto al costo dei servizi si ipotizza qui una spesa pari al 10% dell’ammontare dei trasferimenti alle famiglie⁸ pari a 700 milioni annui.

Ma come recuperare le risorse necessarie?

La risposta più immediata è: occorre aumentare l’impegno finanziario dello Stato dando a tale misura adeguata priorità nelle scelte del Governo. E su questa traccia non mancano suggerimenti di vario ordine e consistenza dati al Governo dai diversi attori in campo. Anche la legge di stabilità del resto muove in questa direzione impegnando per il 2017 e gli anni seguenti 1.304 milioni di euro. Anche graduando nel tempo l’attivazione della misura tale somma non sarebbe sufficiente e dovrebbe essere integrata di 250 milioni di euro già per il 2017, cambiando comunque l’approccio non universalistico del Governo. Ma rimangono del tutto scoperti gli aumenti degli anni successivi, necessari per completare l’attivazione del RMI, ciascuno dei quali richiederebbe un ulteriore stanziamento di 1.700-1.800 milioni, che non trovano ad oggi alcuna copertura. Tocca allora aumentare la pressione sociale e politica, perché l’attenzione che il Governo afferma si traduca in progressivi ulteriori stanziamenti, pressione di esito comunque incerto perché comunque dei vincoli

TAVOLA 17. Indice di diffusione della povertà assoluta tra le famiglie, prima e dopo le riforme



di bilancio sussistono e non mancano richieste concorrenti degne di adeguata considerazione. E anche perché gli interessi concorrenti e lo stesso governo possono rilanciare la palla rilevando che i sostenitori del RMI dovrebbero anche riflettere criticamente se l’attuale distribuzione della spesa sociale non dia ragionevole spazio al recupero di risorse per finanziare una misura che

Note

- 8 In linea con quanto accaduto durante la sperimentazione nazionale del RMI ex Dlgs. 237/98.

TAVOLA 18. Variazione % del reddito familiare rispetto alla situazione corrente

Decili di ISEE corrente	Tutte le famiglie		Famiglie con minori		Famiglie con anziani	
	Assegno minori	Assegno minori + RMI	Assegno minori	Assegno minori + RMI	Assegno minori	Assegno minori + RMI
1	5,0	23,8	10,9	27,6	-0,3	14,7
2	1,4	2,5	2,9	3,3	-0,1	1,4
3	1,0	1,3	2,4	2,5	-0,3	0,0
4	0,1	0,1	0,8	0,8	-0,3	-0,3
5	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,2	-0,2
6	-0,7	-0,7	-1,2	-1,2	-0,2	-0,2
7	-0,9	-0,9	-2,0	-2,0	-0,2	-0,2
8	-0,5	-0,5	-1,5	-1,5	-0,2	-0,2
9	-0,4	-0,4	-1,2	-1,2	-0,1	-0,1
10	-0,1	-0,1	-0,5	-0,5	-0,1	-0,1
Totale	0,0	0,7	0,4	1,3	-0,2	0,2

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

TAVOLA 19. Percentuale di famiglie con incrementi del reddito

Decili di ISEE corrente	Solo assegno minori	Assegno minori + RMI
1	32	58
2	34	39
3	36	38
4	28	28
5	17	17
6	9	9
7	5	5
8	6	6
9	8	8
10	7	7
Totale	18	22

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

si afferma correttamente come prioritaria già nell'ambito delle politiche e conseguentemente della spesa sociale. Per parte nostra riteniamo che tale osservazione sia corretta e che ci sia effettivamente spazio per un limitato concorso al finanziamento del RMI ottenuto con una revisione dell'attuale distribuzione della spesa assistenziale impegnata su finalità di integrazione di redditi ritenuti carenti, su criteri di selezione vetusti e non equi. Rimandiamo a quanto abbiamo evidenziato in merito nel primo capitolo.

Aggiungiamo che proporre di affrontare ogni singolo problema sociale, per quanto consistente e prioritario, con una specifica nuova misura e la contestuale richiesta di nuove risorse *ad hoc*, senza riconsiderare e rivedere le misure esistenti, è certo più facile, ma è anche l'ennesima rinuncia all'opportunità di cominciare a migliorare il sistema nel suo insieme, in termini di equità, efficacia, economicità. Ancora una volta si sommerebbe una nuova misura a quelle vigenti, anche se obsolete, lasciando le incoerenze e gli sprechi del sistema. Per questo apprezziamo e condividiamo gli obiettivi e i contenuti dell'Alleanza contro la povertà, ma proponiamo di collocare anche tale proposta entro una rilettura critica e una conseguente revisione, almeno in prospettiva, delle attuali principali misure di integrazione dei redditi. Salvaguardarle classificandole come misure non di lotta alla povertà, ma di contrasto al rischio di povertà, ci sembra fragile. Anche perché, se per ipotesi la si condividesse, tale distinzione di fatto legittimerebbe e confermerebbe nel tempo misure categoriali e quindi non eque, e solo monetarie, e quindi poco appropriate proprio rispetto al rischio di povertà che secondo tale classificazione dovrebbero affrontare. Ci riferiamo in particolare all'assegno sociale e alle integrazioni al minimo, ovviamente per la parte assistenziale, senza assolutamente mettere in discussione la valorizzazione della parte previdenziale, corrispondente ai contributi versati.

L'analisi della distribuzione della spesa attuale per integrazione di redditi carenti e quindi contrasto alla povertà, ha evidenziato un totale di circa 18 miliardi di trasferimenti INPS, per lo più concentrati nelle due misure più consistenti

in termini di spesa quali integrazione al minimo e pensione sociale, appena richiamate, che assorbono quasi il 90% di questo capitolo. La distribuzione per decili ISEE della spesa per i suddetti trasferimenti ha messo in luce che una buona quota della spesa va ai 4 decili più alti per via delle già descritte distorsioni del sistema attuale. Si tratta grosso modo di 4,6 miliardi, pari al 25% del totale delle risorse finalizzate al contrasto della povertà, e la cifra salirebbe a 6,5 miliardi se considerassimo anche il sesto decile.

Ora, se si ipotizzasse di "azzerare" tali erogazioni per i beneficiari le cui condizioni economiche li collocano nei 5 decili ISEE più alti, dal sesto al decimo, si sarebbero già trovate le risorse per finanziare il RMI da noi proposto. Ma ovviamente ciò non è agibile. Una riforma come questa sarebbe evidentemente troppo drastica perché andrebbe a toccare benefici impropriamente qualificati come "diritti acquisiti", sollevando resistenze molto forti da parte di chi vedrebbe decurtato il proprio reddito di una componente di varia consistenza, su cui aveva comunque contato nello stabilire il proprio tenore di vita o nell'alimentare certe aspettative. E tali reazioni troverebbero coperture e mobilitazioni da parte di organizzazioni sociali e politiche che ne comprometterebbero la realizzazione.

Ma un recupero più limitato e graduale nel tempo che consentisse di concorrere a finanziare il reddito minimo con una manovra redistributiva all'interno del comparto assistenziale, risponderebbe alle osservazioni sopra espresse, ed anche a criteri equitativi che le misure vigenti non rispettano. Potrebbe anche risultare più perseguibile e troverebbe anche riscontro in alcune previsioni del recente Disegno di legge delega sul contrasto alla povertà e il riordino del sistema delle prestazioni e interventi sociali esistenti recentemente approvato dal Consiglio dei Ministri, DDL che fra l'altro vincola l'utilizzo di eventuali risparmi conseguiti con operazioni di riordino proprio al finanziamento della misura unica di contrasto alla povertà.

I quattro decili più ricchi della distribuzione di ISEE ricevono oggi circa 4,6 miliardi di trasferimenti contro la povertà. Di questi, 4,1 sono costituiti da pensioni sociali e integrazioni al minimo. Riteniamo che una parte di queste risorse possa essere recuperata e redistribuita perché è attualmente destinata a nuclei familiari in condizione economica benestante. Questa quota può oscillare tra 1 e 2 miliardi. In particolare, i 2 miliardi riguarderebbero circa 750.000 famiglie collocate nei quattro decili ISEE più alti, percettrici di integrazione al minimo e pensione sociale con reddito familiare equivalente medio superiore a 25.000 euro annui, corrispondente al 50° percentile della distribuzione del reddito di tutte le famiglie dei quattro decili ISEE più alti. Si noti che non si sta considerando il reddito totale familiare, ma il reddito equivalente familiare, che corrisponde a un reddito medio *pro capite* per ogni componente il nucleo, tenendo conto delle economie di scala familiari. Quindi 25.000 euro di reddito equivalente corrispondono a valori di reddito totale ben superiori, se in famiglia sono presenti almeno due persone. Il recupero invece

a partire da un reddito familiare equivalente di 30.000 euro annui, coincidente con il 75° percentile della stessa distribuzione, consentirebbe di avere a disposizione da 400.000 nuclei circa 1 miliardo.

La tavola 20 presenta alcune caratteristiche delle famiglie dei decili 7-10 che hanno un reddito significativo e che percepiscono oggi o la pensione sociale o l'integrazione al minimo. Si tratta, rispetto al complesso delle famiglie italiane, di nuclei ovviamente più anziani, di piccola dimensione, residenti in maggioranza nelle regioni settentrionali, con patrimonio molto superiore, compreso il valore dell'abitazione. Si noti però che la loro collocazione nei decili di ISEE superiori non dipende solo dal patrimonio, ma anche da redditi significativi: anche escludendo integrazioni al minimo e pensioni sociali, il loro reddito *pro capite* è circa il doppio di quello medio delle famiglie italiane.

Ora, stabiliti "recuperabili" 1 o 2 miliardi, dobbiamo definire la modalità del recupero.

Per ridurre l'impatto sociale e le resistenze appare opportuno prevedere un processo graduale di "erosione" e dunque di corrispondente introduzione della nuova misura, modulando in un tempo di 4 anni il prelievo (25% all'anno) e quindi rallentando anche la messa a regime del reddito minimo. In questo modo si attingerebbero dai nuclei "benestanti" circa 60 euro al mese a famiglia l'anno, a partire da quelle che popolano il decimo decile progressivamente risalendo al nono, ottavo e settimo.

La tavola 21 riassume le varie ipotesi di stima della spesa necessaria per finanziare il RMI, con riferimento sia ai trasferimenti alle famiglie, sia alla spesa per i servizi. Tenuto conto di un fabbisogno complessivo di 7 miliardi che consente la salvaguardia dei due decili più bassi, come visto nel paragrafo precedente, e dei possibili recuperi, le risorse aggiuntive necessarie sono stimabili tra i 5 e i 6 miliardi per portare a regime la misura.

A questo primo piano quadriennale di finanziamento a regime del RMI dovrebbe seguire un successivo quadriennio di rivisitazione complessiva dell'attuale sistema assistenziale che veda gradualmente riassorbite le misure attualmente esistenti in un'unica misura di contrasto della povertà, come indicato nel capitolo 2 sulla riforma compiuta.

Architettura istituzionale e organizzativa e percorsi di inserimento

Una volta analizzati i possibili beneficiari e il fabbisogno finanziario necessario all'introduzione a regime del RMI in Italia, val la pena di considerare brevemente la possibile **articolazione istituzionale e organizzativa** coinvolta per la gestione della misura. Per una trattazione più ampia si rimanda a quanto già presentato nel monografico di PSS n. 8-10 del 2013.

Sarà innanzitutto il Governo nazionale ad essere chiamato in causa per l'attuazione di una nuova misura di contrasto alla povertà. In quanto livello essenziale delle prestazioni di tutela di base, il nuovo RMI dovrà ispirarsi ai principi dell'universalismo selettivo, essere impostato a

TAVOLA 20. Alcune caratteristiche delle famiglie dei decili ISEE 7-10 con reddito medio-alto e che percepiscono pensione sociale o integrazione al minimo

	Tutte le famiglie italiane	Famiglie dei decili ISEE 7-10 che percepiscono integrazione al minimo o pensione sociale	
		con reddito disponibile equivalente >25.000	con reddito disponibile equivalente >30.000
Età capofamiglia	57,0	73,3	72,0
Capofamiglia uomo	66%	42%	41%
Numero componenti	2,4	1,3	1,2
Reddito totale	36.706	37.826	42.838
Reddito medio pro capite	15.475	29.228	34.339
Reddito monetario totale	30.929	30.092	34.755
Reddito monetario medio pro capite	13.040	23.252	27.860
Reddito monetario al netto di pensione sociale e integrazione al minimo	30.339	27.424	32.146
Reddito monetario pro capite al netto di pensione sociale e integrazione al minimo	12.791	21.191	25.768
Valore ISE patrimoniale	47.754	99.622	120.278
Valore abitazione	198.139	265.280	277.252
Vivono nel Nord	48%	63%	64%

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

TAVOLA 21. Ipotesi di stima della spesa per il RMI e delle risorse aggiuntive necessarie (mld di €)

Misura	Spesa totale	Risorse recuperabili da redistribuzione		Risorse aggiuntive necessarie	
		Ipotesi A	Ipotesi B	Ipotesi A	Ipotesi B
RMI (ipotesi take-up 75% e clausole salvaguardia decili più bassi)	7,0 (6,22+0,78)	2,0	1,0	5,0	6,0
Costo dei servizi	0,7	—	—	0,7	0,7

Fonte: Modello di microsimulazione MAPP-CAPP

livello centrale nelle sue caratteristiche imprevedibili, e opportunamente declinato ai diversi livelli di governo, in coerenza con quanto sancito dalla legge 328/00 e con i contenuti della riforma del Titolo V della Costituzione.

Il ruolo di "regia" della misura a livello territoriale in tutte le sue varie fasi sarà in mano ai Comuni in forma associata di Ambito. Ad essi spetterà l'attività informativa e di pubblicizzazione, il presidio degli accessi, le prese in carico e l'attuazione, il rispetto ed il monitoraggio dei progetti di inclusione sociale e lavorativa.

Essi verranno alleggeriti di compiti burocratico-amministrativi dall'INPS, che li supporterà nell'erogazione del trasferimento monetario e nell'effettuazione di verifiche incrociate sui requisiti di accesso (*ex ante*) e sulla permanenza degli stessi nel tempo (*in itinere*).

Diversi altri saranno gli attori del welfare, istituzionali e non, coinvolti nel sistema: i Centri per l'Impiego avranno un ruolo importante nella progettazione, attivazione e presidio dei percorsi di inclusione lavorativa; i distretti sociosanitari gli istituti di formazione e gli istituti scolastici saranno responsabili dei percorsi di loro competenza, nell'ambito dell'inclusione sociale, sociosanitaria e socio-educativa, sempre in stretto accordo con i Comuni; il terzo settore, nelle sue diverse forme, potrà essere coinvolto in fase di co-progettazione, oltre che nella gestione

diretta dei percorsi di inclusione sociale, specie in ambito “protetto”. Le organizzazioni non profit potranno inoltre avere un ruolo fondamentale nell’individuazione dei potenziali beneficiari della misura tra i marginali gravi e in alcuni contesti territoriali, ad esempio al Sud, potranno svolgere anche una funzione di *gatekeeper* e presa in carico della misura, su specifica delega degli Ambiti attraverso apposite convenzioni.

Infine le Regioni avranno una funzione di raccordo tra il livello centrale e quello locale, definiranno apposite linee guida applicative per la gestione della misura che terranno conto sia degli obiettivi minimi previsti a livello nazionale che delle reali possibilità realizzative (organizzative, professionali e di sistema dei servizi) dei diversi contesti territoriali in cui la nuova misura sarà implementata; assicureranno un supporto formativo e informativo e saranno responsabili dell’attività di monitoraggio e valutazione a livello territoriale, favorendo gli scambi di buone pratiche. Le Regioni potranno anche partecipare al finanziamento dei servizi impegnati nella gestione della misura e ai trasferimenti monetari alle famiglie, eventualmente elevando i livelli essenziali nazionali.

Il RMI prevede di abbinare al trasferimento monetario interventi di attivazione, recupero e responsabilizzazione dei beneficiari. La possibilità di reale *empowerment* sarà tuttavia direttamente proporzionale alle caratteristiche e potenzialità dei beneficiari, oltre che alle effettive opportunità del sistema dei servizi e del mercato del lavoro in cui tali percorsi saranno progettati e condotti.

Posto che per tutti i beneficiari sarà doverosa un’assunzione di responsabilità rispetto all’utilizzo del contributo (per esempio, per la parziale copertura di utenze o affitto) e all’impegno a garantire determinati stili di vita e regole di comportamento (per esempio, il rientro da morosità, la frequenza scolastica dei figli minori, oppure il mantenimento di relazioni educative migliori, anche tramite il sostegno di altri interventi), relativamente alla possibile casistica di **percorsi di inclusione** realizzabili ci vengono in aiuto la sperimentazione nazionale del Reddito Minimo ed alcune esperienze regionali attivate con più o meno successo negli ultimi quindici anni. Possiamo distinguere:

- Percorsi di tipo terapeutico-riabilitativo, rivolti essenzialmente a persone portatrici di problematiche complesse e spesso in condizioni di salute compromesse.
- Percorsi di sostegno alle responsabilità familiari, riguardanti il supporto ad attività di cura e accudimento di anziani e minori, interventi di prevenzione e sostegno sociosanitario e psicologico alle famiglie ed alle coppie.
- Percorsi socio-educativi e di alfabetizzazione, finalizzati a limitare la dispersione scolastica e il rendimento dei minori, ma anche a promuovere il recupero della scolarità perduta degli adulti e percorsi di alfabetizzazione per cittadini stranieri.
- Percorsi di integrazione socio-relazionale, rivolti all’inserimento dei beneficiari in attività di volontariato presso associazioni e

cooperative e finalizzati ad accompagnare la persona nell’acquisire maggiore autonomia e autostima, in una logica di *empowerment*.

- Percorsi di inclusione lavorativa, rivolti agli “adulti abili” e consistenti in attività di orientamento, formazione, riqualificazione professionale, ricerca attiva di lavoro ed effettivo inserimento nel mercato del lavoro, più o meno protetto o in lavori socialmente utili. Vale qui la pena ricordare che, essendo la famiglia l’unità di riferimento dell’intervento, i percorsi di inclusione attivabili in capo a uno stesso nucleo familiare potranno essere più di uno, tanti quanti saranno gli effettivi bisogni riscontrati al suo interno.

Il mancato rispetto dei suddetti impegni di “buona cittadinanza” così come l’inadempienza rispetto a quanto definito nell’ambito dei percorsi di (re)inserimento sociale o lavorativo, oltre che la mancata comunicazione di variazioni della situazione economico-patrimoniale e/o anagrafica, potranno comportare la temporanea sospensione dell’erogazione del contributo e/o la sua progressiva decurtazione, fatte salve salvaguardie specifiche per minori e familiari.

Ovviamente la condizionalità più rigida dovrà essere prevista con riferimento all’attivazione lavorativa. Tuttavia, come succede in quasi tutti i Paesi europei, i soggetti in età lavorativa, potenzialmente abili ma impegnati in attività di cura diretta e continuativa di minori, anziani o persone con disabilità, saranno esonerati dall’obbligo dell’attivazione nel mercato del lavoro.

Altra attenzione da considerare nella configurazione della nuova misura consisterà nel prevedere

incentivi che rendano conveniente per il beneficiario intraprendere un’occupazione remunerata in corso di trattamento per scongiurare, per quanto possibile, la cosiddetta “trappola della povertà” (*make work pay*). L’obiettivo sarà cioè quello di rendere conveniente il ritorno al mercato del lavoro secondo la logica del welfare attivo, evitando così il rischio che abbandonare il sistema dei sussidi comporti un impoverimento. Ad esempio, in alcuni Paesi europei, si prevede che l’importo erogato diminuisca progressivamente fino a quando il beneficiario non supera una certa soglia di sussistenza, generalmente il livello di salario minimo garantito stabilito dallo Stato; in altri, se un beneficiario del contributo economico trova un’occupazione il sussidio gli viene comunque preservato per un certo periodo (6–10 mesi) per un ammontare pari al 10–15%.

Naturalmente quanto finora illustrato è percorribile nel caso in cui il beneficiario trovi un’occupazione regolare durante il periodo di percepimento del trasferimento. Occorrerà inoltre scongiurare la possibilità di erogare la misura in aggiunta a un’occupazione continuativa nel sommerso. Rispetto a questa questione sarà necessario mettere in campo azioni di controllo e verifica finalizzate il più possibile a contenere situazioni opportunistiche e improprie, evitando che finti poveri beneficino del RMI senza averne diritto.

Politiche di sostegno e promozione delle persone con disabilità e non autosufficienza

1. INTRODUZIONE

Nell'Italia che invecchia gli oneri della cura crescono, mentre le possibilità di sostenere i costi sociali ed economici della non autosufficienza si riducono. Sono molte anche le condizioni di disabilità che toccano giovani e adulti, generando fragilità, isolamento, esclusione.

Sempre più le politiche pubbliche sono chiamate a intervenire non solo sugli stati di non autonomia, quando si manifestano, quanto sui passaggi, anticipare le carriere di perdita di autosufficienza, di caduta in povertà, di fragilizzazione individuale. Il problema nuovo è oggi quello di prevenire, anticipare le condotte di crisi: quando la disabilità produce vita ai margini, quando la non autosufficienza inizia a generare ricadute su tutto il sistema familiare. Emerge forte la necessità di politiche che "tengano insieme le famiglie": politiche sociali, culturali, del tempo libero, politiche di sostegno alle tecnologie user friendly, all'uso degli spazi. La necessità di

interventi che aiutino a coltivare quel patto di solidarietà tra le generazioni, patto che si affievolisce o addirittura si rescinde proprio là dove i fattori di fragilità si sommano: fragilità economiche, di salute, legate al contesto familiare e sociale.

Gli anziani sono 13,2 milioni e tra dieci anni saranno un milione e mezzo in più. Certo, i progressi della medicina aumentano il livello di benessere nella terza età, ma il numero di non autosufficienti è destinato a crescere più velocemente della media europea. Crescono le patologie di tipo cognitivo, mentre si vive sempre più a lungo e le malattie invalidanti si spostano in età più avanzata.

Le situazioni di non autosufficienza in età anziana toccano quasi tre milioni di persone, di cui 2.617.000 persone che vivono a casa propria e 205.000 ricoverate in struttura, mentre la disabilità grave, giovane e adulta fino ai 64 anni riguarda 674.000 persone che vivono a casa propria più 51.000 ricoverate in struttura. Quali risposte vengono date a queste dimensioni di bisogno, in crescita?

Si propongono tre nuove misure: la Dote di cura, la nuova Pensione di invalidità e il Budget per l'inclusione.

La Dote di cura è una misura variabile per condizioni di salute e che riassume l'indennità di accompagnamento. I valori economici variano da 300 a 800 euro mensili a seconda del grado di disabilità e non autosufficienza e relativi carichi di cura. Si baserà su un nuovo strumento nazionale di valutazione della disabilità e non autosufficienza.

Viene data la possibilità di scegliere tra una somma di denaro (versione cash) e il corrispettivo di un voucher utilizzabile per fruire di servizi domiciliari (versione care). Il voucher ha la funzione di sostenere la permanenza a domicilio ed è incentivato con un valore maggiore del 30% rispetto alla versione cash, a parità di bisogno.

Il costo totale, comprensivo della maggiorazione per l'opzione voucher, è di 16,2 miliardi, superiore di 2,7 miliardi a quanto si spende attualmente per l'indennità di accompagnamento, ma con 150.000 beneficiari in più.

Regioni e Comuni beneficeranno di questa nuova misura in termini di minore pressione di spesa, in particolare per l'integrazione alle rette di ricovero degli anziani indigenti, voce per la quale i Comuni hanno speso 228 milioni nel 2012. Diventerà (opzione care) una leva per l'occupazione in questo settore e l'emersione del lavoro di cura (badanti) dal mercato sommerso.

La nuova Pensione di invalidità è una misura a favore dei disabili in condizioni di fragilità economica, più equa rispetto alle attuali pensioni di invalidità perché progressiva per condizioni economiche. Adotta l'Isee come soglia di accesso e il beneficio non è più fisso ma variabile (da 216 a 450 euro mensili) in funzione della condizione economica calcolata sulla base del reddito familiare, che non deve superare i 55.000 euro, e dell'Isee, inferiore a 30.000 euro (ora il limite è un "reddito personale" annuo fino a 16.532 euro). I beneficiari della nuova misura sono 828.000 stimati per una spesa di 3,5 miliardi di euro.

Il Budget per l'inclusione non è una misura economica aggiuntiva, ma un inter-

vento complementare ai due precedenti, volto a consentire ai disabili giovani e adulti di valorizzare al meglio le risorse di cui dispongono, finalizzandole verso progetti di autonomia. Attraverso un nuovo modello di presa in carico, esso mette a sistema le misure nazionali eventualmente percepite (Dote di cura, Nuova pensione di invalidità) con prestazioni e servizi territoriali. Si costruisce grazie a una progettazione sui casi che seguirà linee di indirizzo a livello nazionale. Centrale è la funzione di *case management*: assicura accompagnamento, uso efficiente di tutte le risorse disponibili nei territori, finalizzazione appropriata degli interventi.

Oggi

Indennità di accompagnamento rigida nei benefici erogati e scollegata dal sistema dei servizi.
Valore fisso: 512 euro mensili
Beneficiari: 2.102.000

Pensioni di invalidità di importo fisso, fruibili entro 16.532 euro di reddito personale.
Valore pensione invalidità: 279 euro mensili
Beneficiari: 1.030.920

Misure disomogenee da regione a regione

Domani

Dote di cura articolata per gradi di disabilità e non autonomia.
Valori da 300 a 800 euro mensili per condizioni di salute.
Fruibili come voucher con valore maggiorato del 30%.
Beneficiari: 2.252.000

Nuove Pensioni modulate per status economico (fino a 30.000 di Isee familiare). Valori da 250 a 416 euro mensili, progressivi per decili Isee.
Beneficiari: 828.000 disabili fino a 64 anni

Budget per l'inclusione: un nuovo modello di presa in carico a livello territoriale per sostenere la disabilità giovane e adulta e accompagnare le persone in percorsi di autonomia attraverso il *case management*.
Beneficiari: 629.000 disabili 0-64 anni.

2. LE RISPOSTE ALLA DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA E IL DIBATTITO SULLE RIFORME

Per i disabili giovani e adulti e per gli anziani non autosufficienti l'offerta di assistenza oggi, in Italia, poggia su tre *big player*:

- l'indennità di accompagnamento;
- le badanti;
- la rete territoriale dei servizi, articolata in servizi domiciliari, residenziali e a ciclo diurno.

Tre binari paralleli, poco o per nulla comunicanti fra loro. La tavola 1 mostra quanto essi incidono sulla popolazione anziana.

La rete dei servizi sociali, cresciuta nei primi anni Duemila, attraverso oggi una certa stasi da un punto di vista quantitativo complessivo, e risulta ancora sotto-dotata rispetto a molti Paesi europei, come documentato da una recente ricerca del Cergas (Fosti, Notarnicola, 2014). L'assistenza domiciliare (SAD più ADI) è fruita dal 5% degli anziani contro il doppio della media europea. E con un'intensità ancora molto limitata: nel caso dell'assistenza di tipo tutelare (SAD) l'assistenza si realizza con una media di 3-4 ore settimanali, mentre i servizi ADI per gli anziani riguardano mediamente 21 ore (annue!) di prestazioni, prevalentemente di tipo infermieristico.

Le risorse che si spendono per i servizi territoriali provengono da fonti diverse: quelle dei singoli Comuni, i bilanci regionali, l'*out of pocket* degli stessi utenti, e da fonte nazionale prevalentemente attraverso il Fondo nazionale per le non autosufficienze, dal-2015 riportato a 400 milioni di euro. Una cifra in crescita rispetto agli anni precedenti (nel 2012 era stato azzerato) ma ancora del tutto inadeguata rispetto al volume dei bisogni.

Il nuovo Piano nazionale demenze, promulgato all'inizio del 2015, costituisce un documento importante verso la costruzione di una rete integrata di servizi per le demenze ma, come chiaramente evidenziato nel Quinto Rapporto NNA (p. 110), esso rappresenta "poco più di un primo passo" a cui devono ancora seguire numerosi provvedimenti attuativi.

Una riforma degli interventi nazionali a favore della non autosufficienza non è attualmente all'ordine del giorno. Eppure diverse sono state le proposte di cambiamento e di riforma negli anni passati, a cui pure la nostra proposta si lega

in termini di riferimenti e direzioni. Ci riferiamo in particolare ai lavori di Cristiano Gori (a partire da Gori, 2006, e successivamente nei vari rapporti del Network Non Autosufficienza pubblicati da Maggioli¹), al lavoro curato da Costanzo Ranci (2008), alle proposte di Luca Beltrametti di riforma dell'indennità di accompagnamento,² alle prospettive indicate dal Cergas (Fosti, Notarnicola, 2014). Le nostre stesse proposte, in particolare sulla non autosufficienza, hanno trovato negli anni precisazioni successive.³

Per quanto riguarda la disabili-

tà giovane e adulta, essa è stata al centro di diverse azioni dal punto di vista legislativo, a livello internazionale e nazionale. L'anno europeo dedicato alle persone con disabilità ha dato il via ad una serie di progetti e programmi che hanno portato notevoli evoluzioni: Convenzione ONU per la tutela dei diritti delle persone con disabilità e, ancora prima, l'ICF hanno messo ben in luce che la disabilità è legata a dimensioni sociali più che sanitarie, che parole come autonomia, vita indipendente sono al centro di ogni progettualità possibile, che le famiglie e le comunità hanno ruoli fondamentali, che i servizi sociali ed educativi possono sostenere progettualità nell'incontro con le famiglie e con le persone con disabilità.

Il Programma di azione biennale⁴ predisposto dall'Osservatorio per le persone con disabilità propone una visione alla quale anche in questo percorso faremo riferimento, e su cui proviamo ad aprire dimensioni di confronto e di analisi, nelle parti di analisi territoriale. In sostanza proponiamo qui una nostra visione che raccoglie quanto già prodotto ponendo alcune questioni centrali sulla sostenibilità di azioni di riforma a livello nazionale in relazione allo sviluppo di una misura che può chiamarsi Budget per l'inclusione.

L'indennità di accompagnamento costituisce dunque l'intervento più diffuso di sostegno alla disabilità e non autosufficienza: è misura universalistica e costituisce un diritto soggettivo. Ma sui suoi limiti c'è convergenza di vedute: l'applicazione dei criteri per accedervi lascia margini di variabilità consistenti; non è graduata per livello di bisogno e le gravi disabilità; è una pura erogazione economica senza alcun legame con i servizi, e lascia sole le persone con le proprie esigenze di cura. La nostra proposta di riforma si concentra su questi elementi ed è da qui che partiamo.

3. INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO: PARTI UGUALI FRA DISUGUALI?

Nacque nel 1980 l'indennità di accompagnamento, provvidenza rivolta a invalidi civili. Inizialmente pensata alla disabilità giovane e adulta, nelle sue regole di base questa misura è rimasta graniticamente uguale a se stessa. Intanto il mondo intorno è profondamente cambiato. Gli invalidi che vi accedono presentano oggi situazioni di salute, oltre che sociali, molto diverse.

L'indennità di accompagnamento è cresciuta come una foresta: silenziosamente ma in misura imponente. La sua storia rispecchia quella dell'Italia, con una utenza anziana che supera i quattro quinti del totale. È così diventata la principale misura di sostegno ai non autosufficienti, se ne avvalgono oltre 1,5 milioni di anziani, più di uno su dieci. I suoi beneficiari erano nel 2013 in totale 2.103.000, secondo ISTAT, e per essa lo Stato (l'INPS) ha speso, nel 2014, 13,5 miliardi di euro l'anno. Quasi un punto di PIL.

Di questa misura se ne occupano solo, e a intermittenza, le cronache giornalistiche, in cui riemerge ciclicamente l'annosa questione dei falsi invalidi. Se ne tacciono altre, e più strutturali, criticità. In primo luogo la sua iniquità. Nata per

TAVOLA 1. Le principali risposte alla non autosufficienza in età anziana

Prestazione	N° utenti anziani
1. Indennità di accompagnamento e altre indennità per invalidi civili	2.302.000
2. Cura a domicilio erogata da assistenti familiari	1.200.000
3. Rete territoriale dei servizi	
Strutture residenziali	205.000
Assistenza domiciliare integrata (ADI)	532.000
Servizi di assistenza domiciliare (SAD)	160.000

Fonte: nostre elaborazioni e stime su dati ISTAT, INPS, Network Non Autosufficienza, Qualificare.info, anni vari.

sostenere le spese di cura di una persona invalida, è finita per essere percepita e usata come un'integrazione ai redditi familiari *tout court*, usata in modo incontrollato e incontrollabile. Spesso per pagare irregolarmente una badante.

Certo l'indennità di accompagnamento ha un grande merito: quello di essere una misura universalistica. Caratteristica preziosa, ma che non può giustificare i limiti e nascondere i possibili miglioramenti. L'universalismo, qualità rara se non unica nel nostro welfare, si accompagna infatti a iniquità sotto il duplice versante delle condizioni sociali e delle condizioni di salute dei suoi beneficiari. Come negare contesti familiari e socio-economici assai diversi, e condizioni di salute assolutamente non omogenee? E come non ricordare don Milani: parti uguali tra diseguali?

Le elaborazioni compiute e presentate in precedenza ci permettono di conoscere più da vicino la distribuzione della spesa per questa misura in relazione ai redditi dei beneficiari. Come è naturale che sia, in quanto non sottoposta al test dei mezzi, la distribuzione dell'indennità di accompagnamento risulta la meno selettiva e progressiva tra le misure indagate. Sappiamo però che nei quattro decili superiori di ISEE, corrispondenti a un reddito monetario che va dai 32.400 euro annui in su, sono ricompresi un terzo dei beneficiari di questa misura, per una spesa di quasi 5 miliardi di euro l'anno.

Pur consapevoli della natura prettamente risarcitoria della misura, possiamo dire che 5 miliardi l'anno vengono spesi per famiglie sicuramente *non* deprivate. Un discorso specularmente opposto si può fare per i due decili inferiori di reddito, per cui viceversa l'indennità di accompagnamento costituisce una fonte essenziale di entrata.

Non è tuttavia nostra intenzione sottoporre, come avviene peraltro in alcuni Paesi, l'indennità di accompagnamento a una selezione in base alla condizione economica, quanto piuttosto proporre una più equa distribuzione sulla base delle effettive condizioni di bisogno e alle correlate necessità di cura e assistenza.

E che dire poi della iniquità orizzontale di una misura di cui ne beneficiano il 8,9% degli anziani del Piemonte contro, per esempio, il 15,8% della Campania? (NNA, 2015) Disomogeneità che rivelano ampie disomogeneità nei modi di valutare l'invalidità.

Unici in Europa

L'Italia è l'unico Paese con una misura di sostegno alla disabilità e non autosufficienza corrispondente a una cifra fissa e uguale per tutti, indipendentemente dal bisogno assistenziale, e pari a: 512 euro al mese nel 2016.

In tutti i Paesi dell'OCSE, l'ammontare dei *cash benefits* dipende dalla gravità del bisogno e segue una valutazione della autonomia. In alcuni Paesi, tipicamente la Germania, il beneficiario può scegliere tra ricevere soldi o servizi. Per esempio in Germania ci sono 4 livelli di prestazioni mensili comprese tra 200 e 1.900 euro, cifra variabile in base alla gravità del bisogno, alla scelta

tra ricevere prestazioni in denaro o in natura, all'abitare a casa propria o in casa di riposo. In altri Paesi come in Austria, Francia e alcuni Paesi dell'Europa dell'Est sono previsti solo trasferimenti monetari. Per quanto riguarda la situazione economica dei beneficiari, in Belgio, Spagna, Francia, Olanda i contributi sono legati anche al reddito. Per esempio la Francia prevede livelli diversi che oscillano tra 440 euro e 1.100 euro mensili (OCSE, 2011, cap. 4; Beltrametti, 2013).

In Europa quindi tutti i contributi economici sono variabili a seconda del livello di autonomia e dei bisogni di cura, mentre solo in alcuni Paesi sono legati a un test dei mezzi, ossia alla relativa situazione economica. Ad esempio in Gran Bretagna il Personal Payment è una misura non sottoposta alla prova dei mezzi, non tassata, non condizionata dal fatto che la persona lavori o meno.

Quale efficacia?

Sull'indennità di accompagnamento non c'è solo un problema di equità. Ce n'è uno di efficacia. A cosa servono questi trasferimenti? Difficile saperlo, dato che le somme non hanno vincoli, non sono tracciabili. Possiamo avanzare ragionevoli ipotesi. Una parte è certamente spesa per sostenere i costi di fruizione dei servizi a carico delle famiglie: servizi domiciliari, centri diurni, ricoveri nelle residenze. Un'altra parte va a coprire i costi delle badanti, spesso in nero. Un'altra ancora va a integrare i bilanci familiari per spese comuni. O per compensare ("risarcire") l'attività di un *caregiver* familiare.

In una recente indagine IRS su un campione di beneficiari dell'indennità di accompagnamento, realizzata per il Patronato ACLI della Lombardia, è emerso come solo una parte delle somme ricevute venga usata per i costi della cura e della assistenza, mentre la maggior parte rientra semplicemente nei bilanci familiari per spese come l'affitto, l'acquisto di generi di prima necessità e così via.

Siamo dunque di fronte a una misura che ha nelle sua missione quella di sostenere le spese di cura, ma che finisce in larga misura per essere usata come un sostegno aperto ai redditi, una sorta di reddito minimo per la popolazione che versa in condizioni di salute problematiche. E così è vissuta e interpretata, come ha chiaramente fatto emergere il *Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia* (Pasquinelli, 2015).

4. TRE PROPOSTE DI RIFORMA, INTEGRATE TRA LORO

Quanto segue costituisce la nostra proposta di riforma per la disabilità e la non autosufficienza. Essa si articola in tre parti, legate tra loro:

1. una nuova misura di sostegno ai disabili e non

Note

- 1 Disponibili su www.maggioli.it/rna/
- 2 "Politiche per la non autosufficienza: una riforma possibile", *Neodemos.info*, 2010.
- 3 Si veda *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 20-22 del 2011 e n. 8-10 del 2013.
- 4 Il documento è disponibile su www.osservatoriodisabilita.it/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=239&lang=it

- autosufficienti di tutte le età, che chiamiamo **Dote di cura**. Una misura variabile per **condizioni di salute** e che riassorbe, con notevoli modifiche, l'indennità di accompagnamento;
2. una misura riformata: la **nuova Pensione di invalidità**, di importo variabile per **livello economico**, rivolta a disabili e non autosufficienti fino a 64 anni, ma con la prospettiva nel medio termine di estendersi a tutte le età, in condizioni di fragilità socio-economica;
 3. il **Budget per l'inclusione**, un nuovo modello di presa in carico rivolto ai disabili giovani e adulti (fino ai 64 anni), che ha lo scopo fondamentale di sostenere le diverse esigenze di autonomia delle persone con disabilità, mettendo a sistema e valorizzando al meglio le risorse già eventualmente percepite (Dote di cura e Pensione di invalidità) con l'offerta di interventi presente territorialmente.

Pensiamo a nuove misure che aumentino il benessere delle persone disabili e non autosufficienti, e dei loro familiari, *in modo coerente con le loro condizioni specifiche*. L'obiettivo è quello di costruire misure che non lascino le famiglie sole, in balia di se stesse, e che ne promuovano la partecipazione alla vita sociale, in un'ottica di parità e capacitazione.

Misure garantite ed esigibili a livello nazionale, estranee a ogni discrezionalità nei criteri di accesso, grazie all'intervento di una valutazione multidimensionale: la prima con una principale componente assistenziale (**Dote di cura**); la seconda, aggiuntiva, rivolta alla disabilità giovane e adulta in condizioni socio-economiche fragili (nuova **Pensione di invalidità**); la terza volta a favorire l'inclusione delle persone con disabilità, secondo un progetto personalizzato, con la funzione principale di legare le risorse attive territorialmente e con un forte intervento dei servizi (**Budget per l'inclusione**).

Pensiamo a misure che non lasciano sole persone e famiglie ma che prevedano, specie per i casi più fragili e complessi, una presa in carico. Che diano la possibilità – attraverso la Dote di cura – di scegliere tra *cash* e *care*, con il corrispettivo di un budget individuale utilizzabile per fruire di servizi pubblici o privati accreditati: assistenza a domicilio, centri diurni, ricoveri, assistenti familiari accreditate. Questa seconda possibilità – ossia il corrispettivo di una somma unicamente utilizzabile per fruire di servizi di assistenza – è incentivata attraverso importi maggiorati rispetto a somme su cui non si chiede rendicontazione, come succede in Germania.

Per questo va adeguata la rete dei servizi e la dotazione professionale per far fronte ad una utenza nuova che si rivolgerà alla rete territoriale per fruire di servizi. Il decentramento delle misure a livello regionale e locale incontra situazioni molto diverse a seconda dello sviluppo della rete dei servizi. Vanno previste risorse e specifici interventi volti a promuovere le situazioni meno dotate, a livello di gestione degli accessi, presa in carico sociosanitaria ed erogazione di servizi.

Vediamo ora distintamente le tre proposte, la loro sostenibilità e il loro impatto.

5. LA DOTE DI CURA

Proponiamo una misura, indifferentemente dall'età, che chiamiamo "Dote di cura". Una nuova misura di sostegno alla disabilità e non autosufficienza, esigibile, universalistica, che migliori la qualità della vita delle persone in relazione al loro stato di bisogno.

La Dote di cura non è una misura di integrazione ai redditi per le famiglie povere, per le quali la proposta già prevede il Reddito minimo di inserimento e una nuova Pensione di invalidità di cui si dirà tra breve. È una misura di sostegno alla disabilità e non autosufficienza. Riassorbe l'indennità di accompagnamento. Rimane una misura non sottoposta al test dei mezzi ma graduata sulla base delle condizioni di non autosufficienza e del bisogno assistenziale.

I valori economici dei singoli interventi sono distinti per gradi diversi di disabilità e non autosufficienza e relativi carichi di cura. Non sono distinti per condizioni economiche. La valutazione dei casi dovrà dotarsi di strumentazioni adeguate, mirate, uniformi sul territorio nazionale, con una radicale revisione delle attuali procedure di accertamento dell'invalidità. Si tratta di un compito impegnativo, ha bisogno di tempi e investimenti congrui, ma è un compito necessario se il metodo viene assunto nei livelli di assistenza. Pensiamo a strumenti di valutazione che tengano conto del bisogno, dei carichi di cura, ma anche del contesto e delle risorse presenti, come previsto dai criteri ICF.⁵

In che modo la Dote di cura migliora la situazione attuale? Sostiene di più chi ha più bisogno: in particolare i gravemente disabili e non autosufficienti. Prevede una presa in carico sociosanitaria, in particolare per i casi più gravi e complessi.

Viene data la possibilità all'utente di scegliere tra ricevere una somma di denaro "a fondo perduto", senza necessità di rendicontazione (versione *cash*) e il corrispettivo di un voucher utilizzabile per fruire di servizi domiciliari, erogati da enti pubblici o privati accreditati, o ancora da assistenti familiari (versione *care*). Il voucher ha la funzione di sostenere la permanenza a domicilio. Questa possibilità – il corrispettivo di una somma unicamente utilizzabile per fruire di servizi di assistenza a casa propria – è incentivata attraverso una quota maggiore del 30% rispetto alle erogazioni monetarie, a parità di intensità del bisogno.

L'attuale indennità di accompagnamento è una misura certa. E la Dote di cura? Lo è allo stesso modo, è un livello essenziale di assistenza. È una misura certa, riconosciuta da Commissioni territoriali che adotteranno strumenti di valutazione omogenei, più adeguati di quelli attuali (*ex lege* 18/1980).

Come si finanzia questa nuova misura? Ha un costo superiore di 2,7 miliardi a quanto si spende attualmente per l'indennità di accompagnamento. Le risorse regionali e degli enti locali beneficeranno di questa nuova misura in termini di minore pressione di spesa: si pensi in particolare all'integrazione dei Comuni alle rette di ricovero per anziani indigenti: nel 2012 secondo l'Indagine ISTAT sugli interventi e i servizi sociali dei

comuni, questi hanno speso 228 milioni per questo motivo.⁶ Regioni ed enti locali decideranno come utilizzare le risorse già dedicate in questo settore e come connetterle con questa misura. La Dote è erogata indipendentemente dalla presenza di altre misure nazionali.

La Dote di cura avrà un impatto sulla rete dei servizi, perché una quota di beneficiari sceglierà *voucher* e quindi la fruizione di servizi, anziché semplici trasferimenti. L'impatto sarà molto variabile da una regione all'altra. Occorre infrastrutture le Regioni meno dotate. Occorre una cabina di regia nazionale che governi questo processo e garantisca standard minimi di dotazione e qualità.

La Dote di cura avrà quindi un impatto occupazionale perché, venendo utilizzata come *voucher*, aumenta la domanda di servizi. Non è semplice produrre delle stime perché molto dipende da come si orienterà la scelta delle famiglie tra *cash* e *care*. Possiamo cautamente stimare inizialmente 40-45.000 nuovi posti di lavoro creati dalla misura, prendendo a riferimento la maggioranza prevista per l'opzione *voucher*, consistente in almeno 700 milioni di euro (se veda oltre) e parametrandola rispetto al costo delle professioni dell'assistenza domiciliare. Tale impatto occupazionale, come mostra l'esperienza tedesca dove la scelta dei *voucher* è aumentata nel tempo, è destinato a crescere a sua volta.

Una stima dell'utenza e della spesa

Le persone con "limitazioni funzionali" sono, secondo ISTAT, 3,5 milioni, di cui 2,8, pari a circa l'80% del totale, sono ultrasessantacinquenni.⁷ Di questi 3,5 milioni, 256.000 persone (di cui 205.000 anziani) sono ricoverate in struttura residenziale. Per "limitazioni funzionali" ISTAT si riferisce ad almeno una difficoltà di grado massimo nelle funzioni della vita quotidiana, nel movimento, nella vista, nell'udito e nella parola.

In questa sede adottiamo una stima della disabilità e della non autosufficienza diversa dalla nozione di Limitazioni funzionali, adottata da ISTAT, che utilizza le ADL, ossia indicatori sull'effettiva possibilità di svolgere alcune attività della vita quotidiana.⁸ I numeri in questo caso si riducono a un totale di 2,2 milioni di persone. Si tratta di una cifra molto simile al numero di coloro che ricevono l'indennità di accompagnamento: alla fine del 2013 ne beneficiavano 2,1 milioni di persone, per una spesa complessiva di 13,3 miliardi di euro per quell'anno (poi lievitata a 13,5 miliardi nel 2014), come riportato nella tavola 2.

Per la Dote di cura prevediamo una graduazione degli importi come illustra la tavola 3: 300 euro mensili per chi avendo compromessa una funzione ADL ha bisogno di una assistenza di base; 600 euro mensili per chi avendo 2 ADL ha bisogno di una assistenza personalizzata, formativa ed educativa in particolare per la disabilità in giovane età; 800 euro mensili per chi ha 3 o più ADL e quindi richiede un intervento anche di tipo sociosanitario.

La platea dei beneficiari supera di 150.000 unità gli attuali beneficiari dell'indennità di

TAVOLA 2. Percettori dell'Indennità di accompagnamento e relativa spesa. Anno 2013

	Persone 0-64 anni	Persone ≥65 anni	Totale
N° beneficiari	590.813	1.511.974	2.102.787
% beneficiari	28,1	71,9	100,0
€ di spesa	3.232.000	10.140.000	13.372.000
% di spesa	24,2	75,8	100,0

Fonte: Rapporto NNA 2015 - elaborazioni su dati INPS e ISTAT.

TAVOLA 3. Dote di cura: stima dei beneficiari per livello di disabilità e spesa (solo erogazioni monetarie)

N° ADL	N° persone 0-64 anni *	N° persone ≥65 anni	Totale	Misura €/mese	Costo complessivo solo erogazioni monetarie €/anno
1	121.584	667.908	789.492	300	2.842.172.397
2	96.701	485.634	582.335	600	4.192.813.219
≥3	160.458	719.837	880.295	800	8.450.832.000
Totale	378.743	1.873.379	2.252.122		15.485.817.616

Nota: * Il dato di prevalenza nei giovani (6-17 anni) rilevato dall'indagine è stato proiettato per ricomprendere le persone 0-5 anni e ottenere una stima confrontabile con il dato di spesa complessiva riferito all'Indennità di accompagnamento.

Fonte: nostre elaborazioni su dati ISTAT, Indagine multiscopo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anno 2013. La responsabilità delle elaborazioni è solo di chi scrive.

accompagnamento, con una spesa complessiva, ipotizzando che tutte le persone eleggibili richiedano la misura, di 15,5 miliardi, maggiore di 2 miliardi di euro di quanto si è speso nel 2014 per l'indennità di accompagnamento.

I vantaggi economici della Dote di cura rispetto alla attuale Indennità di accompagnamento sono evidenti: 790.000 persone si vedrebbero riconosciute una cifra inferiore (da 512 a 300 euro mensili), riduzione peraltro ampiamente compensata dalla possibile compresenza, per i disabili fragili economicamente, della nuova Pensione di invalidità commisurata all'ISEE. Ben 1.462.000 persone si vedrebbero invece aumentato il beneficio, per 880.000 di più del 50%.

Precisiamo che oltre due dei preventivati 15,5 miliardi del costo totale andrebbero a beneficio di ricoverati in struttura residenziale, che si vedrebbero tutti riconosciuta una cifra mensile sensibilmente maggiore rispetto all'attuale Indennità di accompagnamento. Un simile

Note

- Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, Organizzazione Mondiale della Sanità, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42417/4/9788879466288_ita.pdf. ICF fornisce sia un linguaggio unificato e standard, sia un modello concettuale di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati.
- www.istat.it/it/archivio/166482
- ISTAT, Indagine statistica multiscopo sulle famiglie, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013, cui si aggiunge il numero dei ricoverati in struttura (ISTAT, 2014).
- Utilizziamo le funzioni ADL rilevate per i singoli casi presenti nel dataset dell'Indagine multiscopo 2013, con frequenze pesate e parametrize a tutta la popolazione. Si tratta di variabili standard validate e note agli operatori. Consci che questo modo di differenziare le persone è molto parziale (in particolare mancano le funzioni strumentali IADL e la parte relativa alla salute mentale), i dati utilizzati sono risultati essere quelli più attendibili per valutare l'impatto della nuova misura in base a dati noti ai servizi.

riconoscimento monetario per i ricoverati in particolare porterebbe a un consistente alleggerimento di spesa per le famiglie. Ma non solo. Lo porterebbe anche alle molte amministrazioni comunali la cui spesa per “integrazione rette” alle fasce meno abbienti costituisce una voce di bilancio assai consistente e in prospettiva sempre più onerosa.

I valori riportati possono essere articolati a loro volta a seconda che vengano usati come *cash* senza vincoli, o come *voucher per l'acquisto di servizi a favore della domiciliarità*: assistenza tutelare, trasporti, attività riabilitative, servizi domestici diversi, fruizione di un'assistente familiare accreditata e così via. **Ipotizziamo una maggiorazione del 30% del valore del beneficio** nel caso che esso venga usato come voucher per l'acquisto di servizi a sostegno della domiciliarità.

Occorre essere prudenti sul numero di persone che opereranno per il voucher. Esperienze straniere come quella tedesca indicano infatti che il numero di famiglie che optano per questa possibilità risulta essere una minoranza, per poi lentamente crescere. Da noi si aggiunge la presenza carente di un sistema dei servizi che solo col tempo potrà dotarsi di una struttura adeguata a rispondere a una domanda crescente di servizi remunerati attraverso *voucher*.

Per questo ipotizziamo che circa un 20% di beneficiari residenti a casa propria (il *voucher* è un sostegno dei servizi a domicilio) opereranno per questo strumento. Tale numero presumibilmente salirà nel tempo. I calcoli effettuati in base a tale proporzione indicano un **sovrappiù di spesa di 754 milioni annui**, come evidenziato nella tavola 4.

La governance della misura e l'opzione voucher

La Dote di cura richiede una regia nazionale per garantire criteri equi di suddivisione delle risorse, univoca certificazione della non autosufficienza, verifica dell'effettivo esercizio dei livelli

essenziali di assistenza nazionali di cui la Dote di cura deve fare parte, azioni di monitoraggio e valutazione del programma, della dotazione degli interventi e della qualità percepita.

Con regole di accesso e garanzie di esigibilità a livello nazionale, la nuova misura viene posta in capo alle Regioni in termini di indirizzo e di governo, soprattutto nell'utilizzo dell'opzione *voucher*. Alle Regioni spetta più in generale il compito di regolare le attività di presa in carico, di valutazione dei richiedenti e in caso di accoglimento di definizione delle modalità di risposta ai bisogni, con particolare riferimento al carico di cura che ogni situazione esprime e ai processi di accreditamento dei servizi, peraltro già avviati in diversi contesti regionali. La gestione della misura vede nella dimensione territoriale degli Ambiti sociali la gestione delle funzioni di accesso (attraverso Porte unitarie di accesso), valutazione, presa in carico e accompagnamento dei casi.

Molte Regioni si sono dotate in questi anni di una infrastruttura organizzativa articolata sulla disabilità e la non autosufficienza: porte unitarie di accesso, unità di valutazione multidimensionale, *case management*, percorso assistenziale. Altre Regioni risultano più arretrate su questi versanti e meno dotate di servizi, sia residenziali sia domiciliari. Dovranno essere dedicate risorse all'infrastrutturazione della rete dei servizi, in particolare nelle regioni più carenti.

Se usata come *voucher*, la Dote di cura apre alla possibilità di fruire di un insieme articolato di interventi volti a favorire e mantenere la persona al proprio domicilio, erogabili da assistenti familiari debitamente formate o da servizi domiciliari accreditati, sulla base di un “Patto di cura” da stabilirsi tra famiglia e servizi sociali. Tale interventi saranno oggetto di indirizzi nazionali e di linee guida regionali. Senza la pretesa di esaustività, ne richiamiamo nella tavola 5 alcuni possibili, fruibili dentro e fuori le mura domestiche e suscettibili di adeguato, necessario dettaglio.

6. LA NUOVA PENSIONE DI INVALIDITÀ

La nuova Pensione di invalidità costituisce una misura a favore dei disabili, in condizioni di fragilità economica, più equa rispetto alla attuale pensione. Essa adotterà l'ISEE per modulare la cifra erogata (oggi unica, di 279 euro per 13 mensilità) e almeno inizialmente manterrà gli attuali criteri di valutazione dell'invalidità.

Nella proposta che formuliamo essa si rivolge, come adesso, a invalidi totali fino a 64 anni, per poi trasformarsi in Assegno sociale. In una prospettiva di medio-lungo periodo, a livello di riforma compiuta, essa sarà mantenuta anche per le età avanzate, senza trasformarsi in Assegno sociale, misura che nella nostra prospettiva sarà riassorbita dal Reddito minimo.

Che cosa cambia rispetto alla attuale Pensione di invalidità? Cambia la cifra erogata, modulata in base a decili di ISEE familiare, come risulta dalla tavola 6.

Prevediamo che la nuova Pensione offra un sostegno più robusto nei primi decili di ISEE, a partire da 5.000 euro annui nella fascia più

TAVOLA 4. Dote di cura: stima dei beneficiari e della spesa aggiuntiva per l'opzione voucher

N° ADL	Totale beneficiari *	Beneficiari che scelgono voucher (stima)	Costo aggiuntivo €/anno	Costo complessivo Dote di cura come erogazione monetaria/voucher €/anno
1	789.492	157.000	188.400.000	3.030.572.397
2	582.335	116.000	208.800.000	4.401.613.219
≥3	880.295	124.000	357.120.000	8.807.952.000
Totale	2.252.122	397.000	754.320.000	16.240.137.616

Nota: * Il totale dei beneficiari è tratto dalla tavola precedente.

TAVOLA 5. Alcune attività fruibili tramite il voucher della Dote di cura

Attività di assistenza a domicilio	Attività extra domiciliari
Assistenza tutelare	Accompagnamenti fuori casa
Mobilità domestica	Trasporti
Igiene personale	Piccole commissioni
Preparazione pasti e alimentazione	Attività riabilitative
Vestizione	Frequenza a Centro diurno
Assunzione medicine	Interventi di sollievo domiciliare
Installazione ausili e strumenti domotici	

bassa, per poi diminuire progressivamente nelle fasce superiori, fino al settimo decile, a cui vengono corrisposti 250 euro al mese. Viene data in relazione a un duplice criterio di accesso: innanzitutto l'ISEE familiare, che contempla come noto reddito e proprietà immobiliari e, successivamente, un tetto di reddito familiare, comunque piuttosto elevato, che esclude situazioni di agiatezza.

Le soglie proposte riguardano chi si colloca nei primi sette decili di ISEE, fino a un valore ISEE di 30.000 euro, e chi, fra questi, ha un reddito familiare non superiore a 55.000 euro (ora il limite è un "reddito personale" annuo fino a 16.532 euro). Per un totale di complessivi 828.216 beneficiari stimati.

Per 671.000 disabili si tratta di un miglioramento del beneficio percepito, per 156.000 sarà leggermente inferiore. Sono 200.000 i disabili che, stando alle stime elaborate in base ai dati IT-SILC, percepiscono oggi tale misura e ai quali essa non sarà più erogato, i loro redditi risultando in una situazione di non deprivazione. Infatti, i loro redditi familiari medi corrispondono a 65-70.000 euro annui.

La spesa annua totale (quasi 3,6 miliardi di euro) risulta di poco inferiore, di 69 milioni di euro per l'esattezza, a quanto viene attualmente speso per le pensioni di invalidità.

Per chi ha compiuto i 65 anni, anche la nuova Pensione si trasforma in Assegno sociale. In una prospettiva di medio-lungo periodo, che vede secondo la nostra proposta l'Assegno sociale riassorbito nel Reddito minimo di inserimento, la nuova Pensione di invalidità dovrebbe mantenersi anche per gli ultrasessantacinquenni, sempre mantenendo i limiti di ISEE indicati e a quel punto in vigore per tutte le età.

7. IL BUDGET PER L'INCLUSIONE

La disabilità in età giovane e adulta si differenzia da quella in età anziana in termini di bisogni, di prospettive e di risorse, di problematiche (pensiamo alla scuola, il lavoro, il tempo libero), da declinare in modo sensibilmente diverso a seconda delle età. Se in età anziana assumiamo come centrale il tema della assistenza, per giovani e adulti le priorità sono riconducibili alle dimensioni dell'inclusione attiva e alla vita indipendente.

Il *Budget per l'inclusione* è un intervento complementare alle due misure precedenti, in particolare alla *Dote di cura*, con due funzioni principali.

- Funzione ricompositiva: il singolo e la famiglia vengono aiutati a ottenere le misure nazionali di cui hanno diritto⁹ e le misure locali eventualmente disponibili (sotto forma di prestazioni monetarie e servizi) rendendole un insieme coerente e funzionale al raggiungimento di obiettivi di autonomia e vita indipendente.
- Funzione accompagnatoria: le risorse presenti vengono sfruttate al meglio per attivare percorsi di autonomia e vita indipendente, concordati tra famiglia e *case manager* nell'ambito di una co-progettazione personalizzata.

TAVOLA 6. Attuale e nuova Pensione di invalidità a confronto

Decili ISEE familiare	N° attuali beneficiari Pensione di invalidità	Stima beneficiari attuale Pensione di invalidità*	Stima beneficiari nuova Pensione di invalidità*	Ammontare nuova Pensione di invalidità (€/anno)	Spesa annua
1	330.725	330.725	330.725	5.000	1.653.625.000
2	113.856	108.044	108.044	5.000	540.220.000
3	132.539	130.368	130.368	4.000	521.472.000
4	116.851	102.160	102.160	4.000	408.640.000
5	75.834	60.870	60.870	3.000	182.610.000
6	86.622	62.397	62.397	3.000	187.191.000
7	46.047	33.652	33.652	3.000	100.956.000
8	47.019	30.273	—	0	
9	55.307	28.375	—	0	
10	26.121	5.791	—	0	
Totale	1.030.920	892.655	828.216		3.594.714.000

Nota: * con reddito familiare fino a 55.000 euro.

Fonte: elaborazioni su dati IT-SILC.

Si tratta dunque di un modello di co-progettazione sui casi che mette a sistema le risorse e i servizi sociali e sociosanitari disponibili ed eventualmente attivabili. L'idea è mutuata da esperienze in altri Paesi europei in tema non autosufficienza (per esempio, la *Pflegeversicherung* tedesca) e salute mentale, nonché in Italia su base nazionale (per esempio, il Servizio *Home Care Premium* dell'INPS) e regionale (per esempio, il Fondo per l'Autonomia Possibile in Regione Friuli Venezia Giulia). La misura è da intendersi quale diritto soggettivo esigibile.

A chi si rivolge

Nella proposta che formuliamo il Budget per l'inclusione si rivolge alle persone con disabilità fino ai 64 anni di età, che siano o meno già in carico ai servizi. Attualmente il passaggio alla maggiore età costituisce un momento critico quando, di fatto, si interrompe bruscamente il percorso di presa in carico dei servizi sanitari (i minorenni sono generalmente in carico ai servizi di neuropsichiatria infantile) e della scuola, mentre le famiglie si ritrovano affannosamente a cercare nuovi punti di riferimento e sostegni per il proprio figlio. Nella fascia d'età 17-18 anni è rappresentata una coorte di giovani a cui va indirizzata con priorità l'attenzione dei servizi, come già osservato in alcune prassi e specifiche progettazioni integrate, tra comuni e ASL, a livello territoriale.¹⁰

L'attuale sistema dei servizi non facilita la costruzione di alternative se non entro i confini delle unità d'offerta presenti nei diversi territori. Il Budget sosterrà ulteriormente le scelte delle famiglie e dei singoli, con il supporto dei servizi sociali pubblici, quali garanti con funzioni di regia e coordinamento delle risorse

Note

9 Anche in vista del Durante noi/Dopo di noi, tema sul quale è in discussione in Parlamento un progetto di legge (approvato il 4 febbraio 2016 dalla Camera dei Deputati) che istituisce un fondo ad hoc per consentire la vita a casa alle persone con gravi disabilità che restano senza sostegno familiare.

10 Si vedano i casi studio allegati al presente lavoro.

messe a disposizione del singolo beneficiario. Con possibili interventi di natura economica – ricomponendo misure come la Dote di cura, la nuova Pensione di invalidità, i trasferimenti di fonte regionale e comunale – ma soprattutto professionale, le famiglie saranno messe nelle condizioni di progettare con maggiore efficacia e appropriatezza i percorsi verso l'autonomia, l'inclusione sociale e la vita indipendente, come componente imprescindibile dei diritti tutelati delle persone con disabilità.

Il ruolo dei servizi sociali e sociosanitari

Per quanto riguarda le funzioni dei servizi, è cruciale che restino in capo al pubblico la valutazione (*assessment*), il *case management*, l'accompagnamento per una progettazione personalizzata, sviluppando e rafforzando la relazione con le famiglie, oggi punto critico per l'avvio di ogni percorso. Questo approccio richiede uno sforzo anche per i servizi pubblici poiché non intende più focalizzare l'intervento sulle disponibilità del sistema d'offerta, bensì sulle progettazioni che i servizi riescono ad attivare, monitorare, accompagnare, abbandonando la logica della collocazione in un servizio come diritto acquisito, nella direzione di una co-progettazione più appropriata, quindi efficace e probabilmente più efficiente per il sistema stesso dei servizi.

I dispositivi organizzativi coinvolti

Sono strumenti o dispositivi propri dalla proposta di Budget per l'inclusione:

- le équipes integrate di operatori, solitamente attive nell'area educativa per la costruzione dei Piani di intervento, a cui sarebbero da inviare anche le persone con disabilità adulta;
- le **unità valutative multidimensionali** (UVM), alle quali richiedere molto più che certificare la titolarità per l'accesso in strutture o a prestazioni specifiche;
- a seguire, come esito della valutazione multidimensionale, la **co-progettazione personalizzata**, che vada oltre i vincoli del sistema d'offerta pubblico e il mero accompagnamento all'ingresso in strutture semiresidenziali o residenziali sociali o sociosanitarie. Come già avviene sui territori gli operatori coinvolti nelle valutazioni multidimensionali dovrebbero essere assistenti sociali, medici di distretto (ASL) e operatori specialisti: neuropsichiatra, psichiatra, fisiatra, psicomotricista, terapeuta della riabilitazione.

Un altro dispositivo importante sarà il **progetto di autonomia**, nei casi in cui questo sia effettivamente condivisibile e possa accompagnare il futuro della persona con disabilità al Durante noi/ Dopo di noi.

Tutte le progettazioni dovranno essere pensate costruendo opportunità nell'arco di vita delle persone, includendo tutto ciò che il territorio specifico offre. Nel fare questo si possono includere le risorse sia curriculari sia extracurriculari con tutto ciò che può sostenere a una possibile vita lavorativa, anche attraverso la formazione professionale.

Il punto di riferimento principale per le persone con disabilità e per le famiglie dovrebbe essere uno *Sportello Disabili* ben identificato sul territorio, capace di fornire informazioni, un primo orientamento alla rete dei servizi e attivare un secondo livello indirizzando al bisogno, esaurita una fase istruttoria, alla Commissione territoriale integrata alla quale partecipano operatori dei comuni e dell'ASL.

In questi anni sono stati sviluppati in numerosi contesti locali percorsi di inserimento al lavoro con le famiglie, sono state costruite reti associative tra organizzazioni del terzo settore ed enti¹¹ e si sono avviate sperimentazioni, anche attraverso dispositivi come le fondazioni di partecipazione, che rappresentano delle buone pratiche per progettualità territoriali e personalizzate.

Il ruolo del case manager

La figura del *case manager*, in qualità di coach, è centrale ed è in stretta integrazione con l'assistente sociale.

La funzione principale di gestione del caso è accompagnata dalla funzione di coordinamento progettuale sulla persona, che richiede una cura delle relazioni e delle attivazioni possibili attorno alla specifica situazione. Come nel *case management* britannico (Payne, 2005) è importante che il *case manager* sia un attivatore di relazioni e un costruttore di legami e di opportunità, oltre che un riferimento unico per la famiglia. Nei Paesi anglosassoni è anche il "controllore" del Budget individuale della persona che usufruisce di una serie di servizi e prestazioni.

Nella nostra proposta il *Budget per l'inclusione* costituisce un diritto esigibile, riferimento della famiglia nel fronteggiamento della situazione e supporto dei servizi nella ricerca delle soluzioni appropriate ed efficaci verso l'inclusione e l'autonomia della persona con disabilità: nel campo della salute, dell'educazione, nelle soluzioni abitative e sul piano dell'inserimento lavorativo.

Come nell'esperienza dell'UVM avviata dalla Provincia Autonoma di Trento nel campo della salute mentale, il *case management* è affidato all'operatore che ha maggiore vicinanza con la famiglia e con la persona stessa. È una figura che quindi può variare a seconda del caso specifico. In molti territori la naturale figura di coordinamento è l'assistente sociale che gestisce direttamente tutti i passaggi con i servizi necessari per la costruzione di un progetto di assistenza e di vita.

Alcune buone prassi analizzate nel percorso di ricerca anticipano queste linee di azione, anche se nel passaggio con i servizi sociosanitari o sanitari è sempre richiesta l'indicazione di un *case manager* unico con profilo sanitario che sottoscrive progetti e piani di assistenza, garantendo e tutelando la persona sotto il profilo della protezione giuridica.

Come si costruisce il Budget per l'inclusione

In sede di UVM gli operatori insieme alla famiglia coinvolta costruiscono un progetto per il quale

sia possibile usufruire di un budget personale da decidersi sulla base di una valutazione con criteri ICF, per la quale sia tempestivamente definito uno strumento nazionale univoco. La valutazione specifica per la definizione del budget si riferirà alla valutazione ICF e a quella di fabbisogno assistenziale, che include comunque la valutazione già proposta per la Dote di cura.

Oggi in Italia sono utilizzati alcuni strumenti di valutazione validati al livello nazionale: la SVAMDI è la scheda che ha avuto maggiore diffusione (Veneto e Puglia), mentre altri territori come il Friuli Venezia Giulia hanno utilizzato lo strumento VAOR, particolarmente adatto per le valutazioni nei percorsi di assistenza domiciliare.

Anche grazie ai lavori di approfondimento dell'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità,¹² è necessario elaborare uno strumento che consenta di effettuare valutazioni su base ICF, come da indicazione della Convenzione ONU, per non limitarci alla classificazione delle menomazioni, ma per considerare sempre le diverse dimensioni di vita della persona: biologiche, psicologiche e sociali. Esistono su questo piano delle sperimentazioni innovative promosse da enti e associazioni di tutela.¹³

L'utilizzo di uno strumento di questa natura necessita di passaggi formativi non solo per i *case manager*, ma anche per tutti coloro che ad oggi valutano in commissioni ASL o INPS le condizioni di disabilità di un singolo soggetto.

8. I COSTI DELLE TRE MISURE E IL FABBISOGNO FINANZIARIO

Evidenziamo qui i costi di quest'ultima proposta – il Budget per l'inclusione – e con l'occasione riepiloghiamo i costi delle tre misure proposte.

Riferendoci al complesso della popolazione interessata dal Budget per l'inclusione, e cioè le persone con limitazioni funzionali con meno di 65 anni, stimiamo che il fabbisogno finanziario relativo alla funzione di *case management* possa superare i 220 milioni di euro all'anno. La stima assume che un operatore qualificato *full time* (assistente sociale o educatore), adeguatamente formato, possa prendere in carico un centinaio di casi;¹⁴ il costo annuale¹⁵ di questa figura sia di circa 36.000 €; il *target* complessivo sia costituito da 89.000 persone 0–17 anni e 540.000 persone 18–64 anni (dati Indagine multiscopo 2013).

La tavola 7 riassume dunque i costi e i fabbisogni finanziari complessivi delle nostre proposte. Il *grand total* del fabbisogno finanziario per realizzare le nostre proposte è di 2,8 miliardi di euro, in gran parte per finanziare la nuova Dote di cura, con una spesa tuttavia che ha un'importante funzione "produttiva", ci preme qui ricordare per una volta ancora, in quanto volta a produrre nuovo impiego e a far emergere un mercato in larga misura sommerso.

9. RIFORMA O CORRETTIVI?

A beneficio di ulteriore chiarezza, sintetizziamo nella tavola 8 i cambiamenti delle nostre propo-

TAVOLA 7

Misura	Costo complessivo annuo	Risorse che vengono riassorbite da vecchie misure	Fabbisogno finanziario
Dote di cura	16.240.137.616	13.538.000.000	2.702.137.616
Nuova Pensione di invalidità	3.594.714.000	3.664.000.000	-69.286
Budget per l'inclusione	220.000.000	-	220.000.000
Totale			2.852.851.616

TAVOLA 8

L'oggi	Le proposte
Indennità di accompagnamento rigida nei benefici erogati e scollegata dal sistema dei servizi. Valore fisso: 512 euro mensili Beneficiari: 2.102.000	Dote di cura articolata per gradi di disabilità e fruibile anche come <i>voucher</i> . Valori da 300 a 800 euro mensili. Beneficiari: 2.252.000
Pensioni di invalidità di importo fisso, fruibili entro 16.532 euro di reddito personale. Valore pensione invalidità: 279 euro mensili Beneficiari: 1.030.920	Nuove Pensioni modulate per status economico (fino a 30.000 di ISEE familiare). Valori da 250 a 416 euro mensili. Beneficiari: 828.000
Misure disomogenee da regione a regione	Budget per l'inclusione. Un nuovo modello di presa in carico per sostenere le persone in percorsi di autonomia attraverso il <i>case management</i> . Beneficiari: 629.000 disabili 0–64 anni.

ste rispetto alla situazione attuale.

Crediamo che la strada per realizzare in modo compiuto i cambiamenti proposti debba essere graduale. Consideriamo prioritaria una riforma a livello nazionale con l'introduzione delle nuove misure proposte, che non vengano calate dall'alto ma che si trasformi in un processo graduale, rispetto al quale venga predisposto il terreno, verificata la sostenibilità del cambiamento: in termini di *governance*, professionali, organizzativi.

Siamo consapevoli che – in particolare – una riforma dell'indennità di accompagnamento non è oggi nell'agenda politica, ma possiamo iniziare a tematizzare cambiamenti gradualmente in grado di ridurre i limiti di questa misura. L'analisi delle prassi di lavoro, dell'organizzazione dei servizi, delle procedure in essere – realizzata in questo progetto – è propedeutica ai cambiamenti che auspichiamo.

Si tratta allora di costruire un percorso fatto linee guida, nuovi strumenti nazionali, di verifiche, collaborazioni, alleanze, con chi quotidianamente lavora sulla disabilità e la non autosufficienza. Per verificare insieme, predisporre, costruire il cambiamento possibile. Insomma la tensione verso la riforma possibile ci sollecita nel

Note

- Si vedano i lavori della Rete Immaginabili Risorse, documentati sul sito www.includendo.net
- In seno all'Osservatorio sono attivi otto Gruppi di lavoro. Sono particolarmente interessanti ai fini di questa proposta di riforma quelli del Gruppo 1 "Riconoscimento della condizione di disabilità e valutazione multidimensionale finalizzata a sostenere il sistema di accesso e la progettazione personalizzata" e del Gruppo di lavoro 2 "Autonomia, vita indipendente e *empowerment* della persona con disabilità: le politiche pubbliche, sociali, sanitarie e sociosanitarie di contrasto alla disabilità": www.osservatoriodisabilita.it
- Facciamo riferimento al progetto "Matrici Ecologiche" promosso da ANFFAS nazionale in fase di sperimentazione con la collaborazione del Comune di Milano.
- Dato mutuato dall'esperienza del servizio SAI implementato a livello provinciale nel territorio di Lecco.
- Dato rilevato con il *case study* nel Comune di Parma.

porre attenzione a che cosa può essere attuabile, ai cambiamenti anche parziali che possiamo realisticamente proporre.

10. AGIBILITÀ E PERCORSO DI AVVICINAMENTO

È con questo spirito che abbiamo verificato sostenibilità, attuabilità e impatti dei cambiamenti auspicati.

Per la disabilità e la non autosufficienza tutte le Regioni hanno visto crescere negli anni interventi diversi. Si tratta di un quadro ricco, vitale e articolato di risposte, procedure di lavoro, attenzioni. Alcuni interventi si sono implicitamente

accolti, negli anni, l'onere di rendere flessibile una misura nazionale che flessibile non è. È per esempio il caso degli assegni di cura: spesso articolati per gravità del bisogno, livello di reddito, e presenza o meno dell'indennità di accompagnamento. Il nostro progetto assume questa ricchezza di proposte, valorizza tutto ciò che va nella direzione di un sistema più equo ed efficace nei confronti di bisogni che cambiano.

Nella tavola 9 riprendiamo gli elementi salienti della nostra proposta per Dote di cura e Budget per l'inclusione, a beneficio di una sintesi aperta al confronto e legata al cambiamento possibile. ^{L7}

TAVOLA 9

	Dote di cura	Budget per l'inclusione
Beneficiari	Persone disabili e non autosufficienti.	Persone disabili 0–64 anni, certificate o meno, dando priorità nella fase di presa in carico alle persone nella fase di passaggio alla maggiore età ovvero nei passaggi tra cicli scolastici.
Contenuti in breve	Sostegno per l'assistenza di base a domicilio che integra le attuali risposte sociosanitarie di livello nazionale (frammentate e scollegate) per migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti. La dote di cura sostiene di più chi ha più bisogno. Viene offerto un <i>mix</i> di servizi, da usufruire tramite voucher, e trasferimenti monetari. L'opzione <i>voucher</i> viene "premiata".	Dispositivo che ricomponete le misure di sostegno alla vita indipendente (ex lege 162) puntando alla costruzione di progetti di vita autonoma: il Budget per l'inclusione dà diritto di elaborare, in accordo e condivisione con il sistema dei servizi, un <i>progetto personalizzato</i> con modalità di finanziamento innovativa, in un <i>mix</i> di risorse pubblico-privato. Il Budget integra le attuali risposte sociosanitarie di competenza dei comuni e degli ambiti territoriali.
Percorso di accesso	Sportello Unico Welfare.	Sportello Disabili.
Valutazione e concessione	Commissione territoriale. Combinazione punteggi su scale standard (per esempio, funzioni ADL e IADL).	Commissione territoriale. Criteri ICF.
Valore	Variabile da 300 a 800 euro mensili. Nel caso si opti per i voucher verrà riconosciuta una maggiorazione del valore della dote.	Il Budget comprende un <i>mix</i> di servizi. Va coperto il costo della funzione di <i>case manager/coaching</i>. A tal fine si prevede un <i>voucher</i> di valore determinato spendibile presso i servizi territoriali finalizzato all'elaborazione e monitoraggio del progetto personalizzato.
Accompagnamento	Figura del <i>case manager</i> a sostegno del/dei caregiver.	La figura del <i>case manager</i> , ovvero <i>coach</i> , è centrale ed è in stretta integrazione con l'assistente sociale.
Integrazione	Con politiche e servizi che ci occupano in particolare di casa, mobilità, salute.	Con la misura dote di cura la quale va a far parte del complesso di risorse contemplate dal Budget. Con politiche e servizi che si occupano di inclusione (lavoro, casa, mobilità, cultura e tempo libero) e salute.
Monitoraggio	Periodica rivalutazione bisogni e risorse (annuale).	Periodica rivalutazione bisogni e risorse (quando necessario, in ogni caso su base annuale).
Agibilità	Occorre infrastrutture le regioni meno dotate. Per governare la rete dei servizi occorre regia nazionale che garantisca standard minimi di dotazione di personale e qualità del servizio nelle varie regioni, nonché copertura del fabbisogno finanziario. Occorre software gestionale unico integrato.	Per applicare la logica del Budget occorre costruire delle procedure chiare e condivise, a livello professionale e istituzionale, e omogeneizzare i criteri di valutazione applicabili. La funzione di <i>case management</i> assicura appropriatezza di intervento e utilizzo efficiente delle risorse.

Condizioni e linee di sviluppo per l'attuazione sui territori degli indirizzi e delle proposte di riforma

Gli apprendimenti dai contesti territoriali vengono esposti nei capitoli 6, 7 e 8 dedicati alle singole politiche e sintetizzati nel loro insieme in questo capitolo 5. Questi capitoli del rapporto di ricerca approfondiscono le condizioni e le linee di sviluppo per l'attuazione sui territori delle proposte di riforma presentate nella prima parte del lavoro, in relazione alle diverse aree di *policy* indagate. I rapporti sulle sette singole situazioni territoriali sono disponibili *online* (all'indirizzo www.welfaredeidiritti.co.nf/cwd3).

In altre parole abbiamo cercato di rilevare il posizionamento dei territori e dei servizi coinvolti rispetto ai nostri **criteri guida di equità, efficacia ed efficienza**, al fine di raccogliere ulteriori elementi di analisi utili alla riflessione sull'applicabilità della riforma proposta, sugli spazi di potenziamento attivabili e sulle condizioni indispensabili per la sua perseguibilità, fornendo ai territori stessi dei *benchmark* con cui misurarsi e su cui potenzialmente investire.

L'equità distributiva è stata indagata rispetto alle modalità regolative dei servizi assunte a livello locale e rispetto all'adozione della compartecipazione al costo da parte dell'utenza; l'efficacia è stata declinata in termini di copertura del bisogno, di integrazione tra *cash and care*, di personalizzazione degli interventi e di presa in carico integrata; infine l'efficienza ha riguardato la sfera più professionale e organizzativa, con riferimento alla dotazione di organico, alla collaborazione con altri servizi e attori territoriali, alla presenza di sistemi informativi integrati.

Per ciascuna delle suddette dimensioni abbiamo analizzato lo stato attuale dei territori, nonché le direzioni di sviluppo auspicabili, evidenziando pratiche ed esperienze significative già vicine alle logiche della nostra riforma, seppur necessariamente differenti da territorio a territorio anche in considerazione dei diversi sistemi di *welfare* regionale coinvolti.

I **contesti territoriali coinvolti sono complessivamente 7**, distribuiti tra 4 Regioni (Lombardia, Liguria, Piemonte ed Emilia-Romagna) e con conformazioni differenti: 4 sono ambiti sovra comunali (Crema, Garbagnate, Merate e Cuneo) e 3 sono territori monocomunali (Torino, Parma e La Spezia). Alcuni di essi hanno connotazioni cittadine altri sono territori composti che vedono al proprio interno realtà quasismontane, altri ancora frammentati in comuni dimensionalmente molto contenuti. Per i contesti lombardi sono state approfondite 3 *policy* (povertà, disabilità, non autosufficienza), per il

Comune di Parma e l'Ambito del Cuneese l'affondo ha riguardato il sistema dei servizi relativi a disabilità e non autosufficienza, mentre per La Spezia e Torino si è approfondita l'area del contrasto alla povertà. La scelta dei suddetti territori è stata direttamente condivisa con le Fondazioni finanziatrici di questa ricerca tra i contesti potenzialmente più attivi o attivabili nelle direzioni delle proposte nazionali di riforma.

La tavola 1 sintetizza le principali informazioni relative ai territori di riferimento.¹

Il percorso di approfondimento dei territori si è svolto in due fasi: una prima, di analisi della distribuzione della condizione economica delle famiglie, delle caratteristiche dei beneficiari e della spesa per le prestazioni erogate sul territorio a vari livelli istituzionali e una seconda fase, qualitativa, finalizzata alla ricostruzione dell'attuale organizzazione del sistema dei servizi territoriali e dei suoi possibili sviluppi.

La **prima fase** di stampo più quantitativo si è basata sull'analisi di dati di fonte normativa (documenti programmatori, regolamenti sulle differenti prestazioni, protocolli), amministrativa (con dati appositamente raccolti su beneficiari, spesa e criteri di accesso dei singoli servizi) e su stime *ad hoc* da noi effettuate sui microdati dell'indagine IT-SILC dell'ISTAT.²

TAVOLA 1

Territorio	N° comuni	N° abitanti	Povertà	Non autosuff.	Disabilità
Ambito di Crema (CR)	48	163.935	×	×	×
Ambito di Garbagnate (MI)	8	191.663	×	×	×
Ambito di Merate (LC)	26	120.513	×	×	×
Comune di Parma	1	187.938		×	×
Ambito Cuneo	31	122.936		×	×
Comune di La Spezia	1	94.535	×		
Comune di Torino	1	902.137	×		

Note

- 1 La distribuzione del reddito delle famiglie residenti nei territori è stata qui calcolata sulla base dei microdati dell'indagine IT-SILC sulle condizioni economiche delle famiglie italiane, integrati con dati di fonte amministrativa sulle dichiarazioni dei redditi complessivi a fini IRPEF. Dal momento che la rappresentatività territoriale delle informazioni sui redditi delle famiglie italiane disponibili nell'indagine campionaria dell'ISTAT si limita all'ambito regionale, le distribuzioni di frequenza relative alle sub-aree territoriali di interesse per questo studio sono state ricostruite a partire dalle statistiche sulle dichiarazioni dei redditi complessivi a fini IRPEF, disponibili presso il Ministero dell'Economia. Per ogni Comune, è stata cioè 'corretta' la distribuzione calcolata in IT-SILC per la Regione di riferimento sulla base delle differenze tra la distribuzione del reddito complessivo IRPEF del comune e quella regionale. I dati sono stati poi riaggregati a livello familiare per passare dalla distribuzione per singolo contribuente a quella dei nuclei familiari.
- 2 La fonte di questa tavola, e di tutte quelle dei capitoli 6, 7 e 8, sono elaborazioni IRS su dati amministrativi territoriali.

La **seconda fase** è invece consistita in momenti di approfondimento qualitativo attraverso interviste con gli operatori del territorio coinvolti nelle diverse aree di *policy* al fine di raccogliere informazioni sui percorsi di presa in carico, valutazione sui casi, dotazione professionale e organizzativa ed integrazione con i soggetti territoriali a vario titolo coinvolti nell'erogazione dei servizi.

Sono stati inoltre realizzati 2 laboratori congiunti, con il coinvolgimento di tutti i 7 territori, per la condivisione dell'impostazione del lavoro di analisi, il confronto sui risultati via via prodotti e lo scambio di pratiche.

I tre capitoli successivi offrono una lettura trasversale, per singola area di *policy*, delle principali risultanze emerse dagli approfondimenti territoriali in relazione ai criteri guida dell'equità, efficacia ed efficienza, illustrando per ciascuno l'attuale livello, gli spazi di miglioramento esistenti ed auspicabili e, in chiusura, alcune riflessioni in ordine alla sostenibilità della specifica proposta di riforma (Reddito minimo, Dote di cura, Budget di inclusione). *Online* sono inoltre disponibili i *report* di ogni singolo territorio, distinti per linea di *policy* approfondita.

Anticipiamo qui alcune riflessioni generali che emergono dalle analisi specifiche, per offrire un quadro di sintesi circa la praticabilità della riforma nel suo complesso.

Il dato di fatto è che il welfare territoriale presenta una condizione di sofferenza generalizzata. In relazione all'**equità distributiva**, l'approfondimento mette in evidenza come il grado di penetrazione delle prestazioni e dei servizi istituzionali (ovvero la quota di utenza servita sulla popolazione residente) sia ovunque molto limitato, talvolta addirittura in calo a causa della contrazione della spesa, e comunque tendenzialmente inadeguato a rispondere a una domanda crescente (si pensi solo all'invecchiamento e impoverimento della popolazione).

In tutti i contesti è evidenziata la presenza di un parte, anche consistente, di domanda inevasa. Raramente si tratta di una domanda intercettata ma non soddisfatta, le liste d'attesa risultano infatti molto limitate. Più spesso riguarda parte di popolazione che non si esprime – anzitutto non autosufficienti “rassegnati” – o che non si avvicina alle istituzioni – nuove povertà – o ancora che “si perde” in alcuni delicati momenti di passaggio tra diversi “sistemi” – per esempio, passaggi di vita per le persone con disabilità.

Il livello di variabilità nelle regole di accesso e nella fruizione delle prestazioni è ovunque piuttosto elevato, sia tra le diverse misure offerte che tra territori, anche limitrofi (Ambiti dei piani di zona). Una variabilità che riguarda sia i criteri di accesso alle prestazioni (requisiti qualitativi e soglie ISEE, dove presenti) che l'eventuale compartecipazione economica a carico del beneficiario. Una variabilità più contenuta per i servizi di tipo domiciliare e a ciclo diurno (SAD, SADH, CSE, SFA, CDD), dove generalmente una regolazione definita esiste da tempo ed è condivisa a livello sovra comunale. Maggiore invece è l'eterogeneità delle misure di contrasto alla povertà e dei servizi residenziali, governati abitualmente a

livello di singolo comune e non sempre collegati a criteri definiti, dove pesa piuttosto la discrezionalità della valutazione del singolo operatore.

Il tema della compartecipazione al costo emerge come elemento di specificità locale: in alcuni casi evidentemente spinto su un'area di servizi specifica (tipicamente residenzialità vs domiciliarità); oppure non autosufficienza vs disabilità), in altri scelta generale che riguarda l'intero sistema delle prestazioni. Comunque risulta un tema piuttosto delicato, per le resistenze che incontra (per esempio, area disabilità), per le ricadute che genera (per esempio, diminuzione della domanda o impoverimento domanda) e per le stesse implicazioni in termini di consenso.

Il livello di equità che i territori riescono a garantire è dunque piuttosto contenuto e presenta diversi elementi di criticità. Tuttavia la consapevolezza è ampia, la pressione della domanda e dei mutamenti sociali infatti interroga da tempo i contesti territoriali su questi temi e sollecita operatori, responsabili e amministratori a ripensare azioni che riescano a sviluppare maggior giustizia sociale.

La grande scommessa in campo, in tema di equità, è ovunque la revisione dell'ISEE, indicata dal livello nazionale con il DPCM del 2013. La maggioranza dei contesti, nelle diverse aree di *policy*, hanno colto questa occasione per andare a regolamentare le prestazioni e i servizi in modo omogeneo e sulla base di requisiti anche economici, anche quelli sino ad ora rimasti esclusi da una regolazione definita ed omogenea a livello d'ambito (erogazioni economiche e integrazione rette per i servizi residenziali). Oggi purtroppo i tempi si allungano a causa della recentissima sentenza del Consiglio di Stato,² ma se i regolamenti verranno applicati, potrebbe realizzarsi un vero “salto in avanti” in termini di equità per il welfare locale. Questo dato, più in generale, mette in evidenza come indicazioni nazionali, anche vincolanti, possano rappresentare uno snodo fondamentale per sostenere i territori a compiere evoluzioni su cui la consapevolezza ormai è alta, ma dove fatica invece la spinta attuativa.

I territori risultano particolarmente attivi nella ricerca di dispositivi utili ad intercettare quella parte di domanda potenziale sino ad ora poco raggiunta. A seconda delle *policy* e delle caratteristiche della domanda si tratta di orientamenti diversi: a) verso l'impiego di servizi “a bassa soglia” come occasione per intercettare nuova domanda; b) lo sviluppo di nuove connessioni tra servizi sociali e terzo e quarto settore, valorizzando le relazioni e i contesti più naturali delle persone (per esempio, mondo delle Caritas e delle Parrocchie per le nuove vulnerabilità); c) riorganizzando i punti di accesso, con presenze più capillari sul territorio e meno stigmatizzanti; d) o il potenziamento della dotazione dei servizi (per esempio, posti nei servizi diurni per la disabilità).

Certamente la capacità dei contesti locali di ampliare la domanda servita per migliorare il livello complessivo di equità del sistema è ancora piuttosto limitata. Le risorse territoriali inci-

dono sulla spesa complessiva in misura limitata (mediamente dal 2,5% per la povertà al 30% c.a. per la disabilità) e, come detto, talvolta si tratta anche di risorse in progressivo calo. Il decentramento di parte delle risorse sarebbe dunque fondamentale per raggiungere risultati significativi in questa direzione.

In riferimento al **livello di efficacia** raggiunto, i tassi di copertura della popolazione *target* dei sette contesti si presentano tendenzialmente in linea con quanto rilevato a livello nazionale, sia per le misure di contrasto alla povertà che per la non autosufficienza. Sulla disabilità si è tentata una stima sulla base dell'indagine multiscopo ISTAT, considerando la popolazione 0-64 con gravi limitazioni funzionali e dunque forse sottovalutata poiché riferita con tutta probabilità solo a livelli di disabilità medio-grave.³ Quanto emerge trasversalmente alle diverse politiche è che solo una parte di chi versa in condizioni di bisogno viene raggiunto dal sistema dei servizi istituzionali. Su questo fronte valgono le considerazioni già nominate sul fronte dell'equità.

Sul sistema d'offerta territoriale si rileva una situazione piuttosto articolata, in cui è previsto ovunque un *mix* di prestazioni che integrano le contribuzioni economiche con erogazioni di servizio, anche se i livelli di varietà dell'offerta e di connessione tra le diverse prestazioni sono piuttosto variabili (più articolate a Parma, più strutturate e rigide nei contesti lombardi, in posizione intermedia i contesti piemontesi e liguri). È un'articolazione che presenta tuttavia un certo rischio di frammentazione, soprattutto dove il modello regionale di riferimento non valorizza particolarmente il presidio del percorso di presa in carico delle persone con dispositivi di accesso integrati, funzioni di case management definite e integrazione tra le risorse (per esempio, Lombardia). La presa in carico è tendenzialmente governata dal servizio sociale, e dall'assistente sociale in particolare, e il grado di integrazione con il sistema più ampio del welfare (salute, scuola, lavoro) è molto diversificato e presenta diversi gradi di maturità.

La capacità inclusiva delle misure risulta ancora piuttosto limitata: debole la portata di attivazione per le misure a contrasto della povertà, anche a causa della sopravvenuta crisi economica che limita notevolmente gli spazi di reinserimento; ancora fragile l'intervento a sostegno della vita indipendente per le persone con disabilità che implica uno notevole spostamento nell'approccio, con il progetto al centro e la rete dei servizi intorno; analogamente per la non autosufficienza, dove è ancora alta la tendenza all'auto-risposta e anche la concorrenzialità dell'offerta privata. Questa la situazione generale sebbene qualche territorio sia più avanti di altri.

Anche sul fronte dell'efficacia dunque si evidenziano con chiarezza più le aree di sviluppo che i risultati raggiunti, ma il movimento che si osserva sembra andare nella medesima direzione proposta dalla riforma. Ad esempio, sul fronte della presa in carico, nei territori analizzati diverse sono le sperimentazioni in atto che potenziano la funzione di progettazione e mana-

gement del caso (progetti sui passaggi di vita, *tutoring* e affiancamenti educativi nel sostegno alle vulnerabilità, unità integrate di valutazione e progettazione). Si punta sulla formazione degli operatori, per rendere i servizi istituzionali più capaci di integrarsi con il territorio e più in grado di progettare percorsi di presa in carico a partire dai bisogni delle persone, e non dalle risposte strutturate disponibili. Innovazioni in corso sono presenti anche sul fronte dell'attivazione e responsabilizzazione dell'utenza, giocando sullo snodo centrale dei legami comunitari e dell'inclusione nei contesti di vita quali chiavi di riattivazione ed emancipazione.

Vi è dunque molta vivacità a livello micro-locale, che vede spesso il prezioso concorso dei tanti e diversi attori che operano a vario titolo sul territorio: Fondazioni, Cooperazione sociale, Associazionismo, Enti caritativi e anche realtà informali. Una vivacità che tuttavia ancora stenta a diventare sistema, rimanendo più spesso nell'alveo della sperimentaltà, ancorata ad esperienze molto puntuali e a specifiche progettualità. Una riforma dal livello nazionale potrebbe certamente aiutare nella messa a sistema di queste sperimentazioni e trasformare in pratiche diffuse del nuovo welfare locale.

Infine, sul fronte dell'efficienza si registrano ovunque recenti investimenti sullo sviluppo dei sistemi di integrazione. Sul fronte della conoscenza è ampiamente diffuso l'utilizzo di cartelle sociali informatizzate, sviluppate nell'ultimo decennio quali strumenti di lavoro dell'operatore utili a gestire la ricomposizione degli interventi sul singolo e sul nucleo, anche se ancora parzialmente come dispositivi di monitoraggio e valutazione delle politiche in atto.

La necessità di condividere elementi di raccordo sugli interventi territoriali sta spingendo alla ricerca di nuovi spazi di condivisione tra i diversi attori che operano localmente sullo stesso tema (Tavoli locali, Gruppi di co-progettazione...), sono però ancora piuttosto rari sistemi informativi integrati che connettano sistematicamente i dati provenienti dalle diverse fonti. Lo sono ancora di più i dispositivi di integrazione tra le risorse economiche, riferibili alla logica del budget unico, oggi solo allo studio di alcuni contesti ma ancora piuttosto lontani da una dimensione applicativa, anche se sperimentale.

Risulta una certa dinamicità invece nella declinazione di dispositivi di integrazione, sia a livello istituzionale (protocolli) che operativi (*équipe*, unità di valutazione), soprattutto a presidio di alcuni passaggi cruciali come l'*assessment* di situazioni a elevata complessità, la

Note

2 È dello scorso 29 febbraio 2016 la deliberazione del Consiglio di Stato che in parte conferma le precedenti sentenze del TAR del Lazio, le quali, su ricorso di alcune associazioni di tutela dei disabili, avevano dichiarato illecito considerare nel computo dei redditi le indennità di accompagnamento e in generale le misure risarcitorie per inabilità, perché ritenute appunto di natura 'compensativa' di una condizione di fragilità e non misure di sostegno al reddito. Dal momento però che, come noto, il nuovo ISEE è un complesso equilibrio di pesi e contrappesi sarà necessario rimettere mano all'intero strumento anche intervenendo su franchigie e detrazioni per continuare ad assicurarne l'equità in termini di ordinamento della condizione economica dei richiedenti prestazioni sociali agevolate. Una trattazione più approfondita è proposta nel box alla fine del Capitolo 1.

3 Per cui i tassi di copertura potrebbero risultare più elevati del reale.

progettazione dei percorsi di vita indipendente, l'accompagnamento nei passaggi di vita. Il grado di strutturazione e stabilità di tali organismi è piuttosto variabile e, come detto, pesano in particolar modo le diverse storie territoriali nonché le differenti impostazioni regionali in tema di integrazione tra settori.

Il rapporto con i principali soggetti territoriali coinvolti nelle *policy* analizzate, si è detto, è in significativa evoluzione. Molte delle progettualità più innovative registrate localmente (interventi di microcredito, *housing* sociale, progetti di inclusione lavorativa) sono nate proprio all'interno di relazioni vitali tra i diversi attori e con il coinvolgimento fattivo delle Fondazioni e dei soggetti del terzo e quarto settore. Spazi di sviluppo ancora significativi sono invece da costruirsi con il mondo *profit*, ritenuto generalmente ancora troppo distante sebbene strategico per il futuro.

Anche in questo caso i contesti territoriali presentano un'elevata coscienza circa i limiti nell'efficienza dei propri sistemi locali e diversi sono gli interventi messi in campo in anni recen-

ti per sperimentare aree di miglioramento: dalla condivisione informazioni e banche dati, allo sviluppo di dispositivi di integrazione nei percorsi di presa in carico, sino alla costruzione di connessioni con "attori non convenzionali" del welfare. Anche in questo caso tuttavia, si tratta di esperimenti puntuali, nella direzione della riforma, che necessitano di "fare il salto" verso una maggior estensione e messa a sistema.

Certamente il miglioramento dell'efficienza è strettamente correlato alla dotazione organizzativa, che ovunque oggi viene giudicata sottodimensionata rispetto alle esigenze. È chiaro che l'investimento nella cura dell'integrazione, a più livelli, ancor di più nella prospettiva di riforma che decentra parte delle risorse e mira all'ampliamento della platea dei beneficiari, renderà necessario intervenire con un potenziamento significativo delle risorse umane impegnate localmente e – lo suggeriscono i territori – un ampliamento del *mix* di profili professionali, includendo oltre alle competenze sociali anche profili di tipo educativo, in relazione alle azioni di *tutoring* e affiancamento. L'



Con l'offerta dei Quid, *Prospettive Sociali e Sanitarie* risponde a un'esigenza dei lettori (docenti, formatori, professionisti e studenti): selezionare e riorganizzare in modo ragionato gli articoli apparsi sulla rivista che trattano un determinato tema, recenti e meno recenti, ma tuttora attuali. I Quid Album, disponibili solo in PDF, si propongono di raccogliere e "mettere in ordine", in maniera particolarmente flessibile, parte del ricco bagaglio di esperienze che, attraverso PSS, in questi anni abbiamo raccolto e condiviso.

I volumi sono acquistabili online dal nostro sito a 6 € cad.

Informazioni: tel. 02 46764276, pss.abbo@irsonline.it

- F. Susani (a cura di), *Costruiamo il nuovo welfare. Esperienze di innovazione sociale nei territori*, 2015 € 6
- A. Casartelli, C. Dessi (a cura di), *Una professione alle corde? Assistenti sociali di fronte alla crisi del welfare*, 2015 € 6
- P. Taccani (a cura di), *Famiglie, anziani, lavoro di cura*, 2015 € 6
- A. Casartelli, U. De Ambrogio (a cura di), *Supervisione. Riflessioni ed esperienze nel sociale*, 2014 € 6
- U. De Ambrogio, G. Sordelli (a cura di), *Metodi ed esperienze di valutazione nel sociale*, 2014 € 6

Gli interventi e servizi per il contrasto della povertà

1. IL LIVELLO DI EQUITÀ GARANTITO

L'evoluzione della domanda e il grado di penetrazione territoriale

Lo spaccato territoriale analizzato dalla ricerca, rileva una domanda di interventi per il contrasto alla povertà ovunque in crescita. Tutti gli approfondimenti illustrano indicatori specifici di tale incremento: crescono gli accessi al servizio sociale per la richiesta di contributi economici, *una tantum* ed emergenziali; aumentano le domande di inserimenti lavorativi più o meno protetti, premono con grande urgenza i bisogni legati al sostegno abitativo e cresce anche l'accesso presso gli attori del terzo e quarto settore attivi sul territorio (per esempio, Centri di ascolto, parrocchie, enti caritativi); in concomitanza, cresce il fenomeno delle morosità (anche incolpevole), degli sfratti, dell'insolvenza nel pagamento dei servizi (per esempio, mense e trasporti).

La domanda tipica e prevalente del servizio sociale comunale (si stima oltre 50% dell'utenza in carico) è caratterizzata da condizioni di povertà estrema – al di sotto del minimo vitale – e da rilevante cronicità, legata a storie di presa in carico di lungo periodo, anche intergenerazionale, e contrassegnata da scarsi o nulli margini di attivazione. Si tratta di persone che all'assenza di reddito sommano problematiche legate ad una povertà relazionale e culturale, talvolta aggravata da problemi di dipendenze oppure legate a difficoltà di tipo cognitivo, non sempre certificate. Situazioni di indigenza che talvolta appaiono correlate in modo specifico con il fattore migratorio e con una scarsa integrazione sociale (Torino, La Spezia, Crema).

Con l'avvento della crisi economico-finanziaria, i territori evidenziano l'emersione di una nuova domanda, definita variamente “vulnerabilità emergente”, “impoverimento del ceto medio”, “nuove povertà”, “normalità a rischio”, e caratterizzata per lo più da un evento imprevisto e dirompente per gli equilibri familiari quale la perdita del lavoro, della casa, una separazione. Si tratta di persone/nuclei autonomi sino al recente passato che improvvisamente si trovano in condizioni di fragilità. Anche in questo caso si evidenziano correlazioni significative con debolezze relazionali, labilità delle reti sociali oltre a specifiche criticità nella gestione del reddito (indebitamenti, stili di consumo inadeguati) o nella gestione del peso di improvvise esigenze di cura (invecchiamento, necessità di assistenza

di elevata intensità). È una domanda che pone, in modo concomitante, problemi diversi: di tipo lavorativo, abitativo e di integrazione sociale e che apre spazi di attivazione assenti nell'utenza cosiddetta “cronica”. Ciò implica, per i servizi, la necessità di lavorare in maniera integrata su più fronti, attraverso la messa in campo di competenze e alleanze nuove e differenziate, sulle quali non sempre gli stessi si sentono sufficientemente attrezzati.

Domande in aumento, come detto, sono anche tra la popolazione straniera e, in alcuni casi, dei senza fissa dimora. Nella dimensione cittadina questi fenomeni si avvertono maggiormente, soprattutto se legati all'opportunità di iscrizione anagrafica fittizia, come nel caso del Comune di Torino, che ha reso possibile l'accesso ai servizi sociali a una platea generalmente esclusa in altri contesti.

Il volume di utenza in carico, nei territori analizzati, ovviamente è molto variabile in relazione ai singoli contesti, ma è interessante notare che la capacità di penetrazione territoriale (% sulle famiglie residenti) varia da poco più dell'1% a poco oltre il 3%. Si tratta di dati piuttosto contenuti ma comunque abbastanza in linea con altri ambiti territoriali. Ad esempio durante la sperimentazione nazionale del RMI (anni 1999/2002) la percentuale di beneficiari sulla popolazione residente si era attestata sul 3,6%, mentre l'analoga incidenza relativa alla passata esperienza del Reddito di Base in Regione Friuli Venezia Giulia, non raggiungeva l'1% delle famiglie residenti. A determinare la differente incidenza dei richiedenti/assistiti sui residenti, concorrono non solo la previsione normativa e la maggiore o minore capacità dei servizi di intercettare i bisogni ma soprattutto differenti collocazioni geografiche e differenti situazioni socio-economiche di partenza.

La domanda emergente, legata alle nuove povertà, è quella che risulta più scoperta. Si evidenziano, più che per altre categorie, problemi di stigma e vergogna, che portano le persone a richiedere l'intervento del servizio sociale solo quando la situazione è già ampiamente deteriorata, diventa emergenza e la condizione di povertà si fa conclamata.

Inoltre viene esplicitata la diretta esclusione di questo *target* dalle prestazioni di contrasto alla povertà, tipicamente perché – sino a che non cadono in povertà – sono persone che “non risultano sufficientemente povere” per beneficiare delle misure previste (Merate e Garbagnate).

La regolazione dell'accesso alle prestazioni

Gli interventi e le prestazioni di contrasto alla povertà vedono una regolazione piuttosto eterogenea sui territori, anche in considerazione del fatto che tradizionalmente, e più di altre aree di *policy*, i sostegni economici sono sempre stati di competenza del singolo Comune. Tale differenziazione riguarda sia la regolazione della stessa prestazione (per esempio, minimo vitale o reddito minimo) tra Comuni limitrofi, anche afferenti allo stesso ambito territoriale, che tra interventi e prestazioni di contrasto alla povertà previsti dalla stessa amministrazione.

Ogni prestazione/intervento previsto dal sistema di welfare territoriale risponde tendenzialmente a regole proprie, nella gran parte seguendo criteri e requisiti differenti (indicatore della condizione economica della famiglia, soglia di accesso, durata della prestazione, ammontare del contributo). Si rileva dunque una significativa eterogeneità tra le regole per l'assistenza economica, quelle per i contributi per l'inclusione lavorativa, per il sostegno abitativo, per il sostegno alimentare. Tale eterogeneità in qualche caso sembra rispondere agli obiettivi assegnati alla singola misura (per esempio, La Spezia), ma nella maggior parte dei casi invece non si riscontrano specifiche ragioni di merito, se non quelle di regolamenti che si sono sedimentati nel tempo, spesso non aggiornati.

L'omogeneità è ancor più limitata a livello territoriale, ovvero tra Comuni. Nel caso dei contesti sovra-comunali (i tre ambiti lombardi) infatti la variabilità è ancora maggiore, poiché la stessa prestazione risponde a regole diverse a seconda delle diverse amministrazioni locali. Spesso l'unica omogeneità territoriale è riferita alle misure che coinvolgono direttamente livelli istituzionali superiori (regione o provincia) o istituite direttamente a livello d'ambito (per esempio, FSA Fondo sostegno affitto lombardo; progettualità sull'*housing* sociale).

Rispetto all'indicatore utilizzato per misurare la condizione economica del potenziale beneficiario della prestazione i territori dichiarano, in ottemperanza con la maggiore prescrittività prevista dalla nuova norma (DPCM 159/2013), una progressiva maggiore diffusione dell'ISEE. L'indicatore tuttavia non risulta utilizzato come requisito unico e stringente di accesso, ma ad esso si abbinano altre valutazioni basate sul bisogno e la fragilità della famiglia.

Anche le soglie economiche di accesso risultano differenziate e variabili tra 4.000 e 6.517,94 per i contributi economici continuativi. Il riferimen-

to più diffuso per le prestazioni di assistenza economica diretta (continuativa, utenze, affitto) è il minimo vitale, ovvero la soglia corrispondente al minimo della pensione INPS dei lavoratori dipendenti, pari a 6517,94 annui nel 2014. Può accadere tuttavia che tali soglie non siano aggiornate (talvolta ferme al valore di anni precedenti), pertanto i riferimenti possono essere, nei fatti, molto differenti (per esempio, Garbagnate). Frequente è

però l'identificazione di soglie superiori per erogazioni economiche *una tantum* (esempio di La Spezia con ISEE >13.000 euro) o per interventi di inclusione attiva (esempio del Lavoro accessorio a Torino, con ISEE >25.000; del Progetto inclusione socio-lavorativa a La Spezia, con ISEE >16.000), giustificati dalla necessità di intervenire anche su fasce di popolazione non necessariamente in condizioni di povertà estrema.

Requisito qualitativo di accesso è generalmente la residenza, con la sola eccezione di Torino. A seconda delle misure, poi, si applicano requisiti riferiti al comprovato stato di bisogno, allo stato di disoccupazione, all'abilità al lavoro e all'iscrizione alle liste di collocamento, o ancora all'assenza di proprietà e alla sussistenza di difficoltà alloggiative.

Le valutazioni di tali aspetti sono generalmente in capo alle competenze professionali dell'assistente sociale, e non risultano diffusi strumenti codificati di valutazione se non schede di registrazione delle informazioni generali sulla condizione della persona e del nucleo familiare.

Molto più variabile è poi la regolazione della durata e dell'importo delle prestazioni. È frequente che i regolamenti indichino l'ammontare massimo del contributo, il periodo di erogazione e il numero di proroghe massimi. In qualche caso l'importo è parametrato al numero di componenti del nucleo familiare (Torino). L'ammontare è comunque molto variabile, il livello massimo per i contributi economici passa dai 2.172 euro annui di La Spezia per i contributi continuativi, ai 1.200 di Paderno Dugnano dell'Ambito di Garbagnate, ai 1.000 di Merate. Anche la durata è variabile: per i continuativi in qualche caso 6 mesi, rinnovabile al massimo sino all'anno (Garbagnate); in altri di norma un anno rinnovabile (Torino e La Spezia); per i contributi straordinari si tratta di erogazioni *una tantum*.

La declinazione puntuale dell'intervento viene lasciata, anche in questo caso, alla valutazione discrezionale dell'assistente sociale. Per l'assistenza economica, dove viene utilizzato soprattutto il minimo vitale INPS quale soglia massima di accesso, l'importo è calcolato come differenziale tra il livello di reddito della persona/nucleo familiare e il raggiungimento di tale soglia. Gli importi medi sono più elevati e i tempi più lunghi per l'assistenza continuativa e l'inclusione lavorativa, rispetto a quelli riferiti all'emergenza temporanea, ai contributi utenze ed al sostegno affitto, prevalentemente *una tantum* (si veda il dato riportato in tavola 3).

Tra i territori analizzati, l'unica eccezione è rappresentata dalla città di Torino, per cui le prestazioni prevedono importi fissi e tempistiche definite, oltre che una gestione delle contribuzioni prevalentemente di tipo amministrativo, dunque con discrezionalità data dall'intervento professionale decisamente più limitata.

L'accesso è ovunque regolato dal passaggio in commissioni deputate, che vagliano le istruttorie degli operatori e, se necessario, avallano eventuali deroghe ai regolamenti vigenti. È interessante richiamare l'esperienza di La Spezia che, nel processo di progressiva regolazione del sistema, ha declinato un'ulteriore commissione,

TAVOLA 1. Grado di penetrazione territoriale degli interventi di contrasto alla povertà

	N° utenti	% su residenti
Analisi trasversale		
Ambito di Garbagnate	2.008	2,41
Ambito di Merate	618	1,18
Ambito di Crema	1.023	1,44
Comune di La Spezia	1.447	3,27
Comune di Torino	5.941	1,35

con specifiche competenze di controllo esterno, per limitare il campo della discrezionalità e delle deroghe ai requisiti definiti dal regolamento.

Il quadro che emerge è dunque quello di una omogeneità regolativa piuttosto limitata, tema comunque già messo a fuoco nei territori e ormai in agenda nella gran parte di essi. Tutti i contesti hanno del resto colto l'occasione derivante dall'introduzione del nuovo ISEE per rivedere i regolamenti delle prestazioni economiche, puntando sulla definizione di soglie economiche omogenee e su una maggior equità.

Interessante notare che nei contesti lombardi i regolamenti definiti sono tutti stati elaborati a livello d'ambito, facendo presagire un'importante possibilità di omogeneizzazione territoriale. Qualche regolamento inoltre spinge in modo evidente non solo sulla definizione dei criteri, ma anche del processo di presa in carico (progettualità, attivazione, reciprocità) e prevede l'assunzione di una strumentazione definita ed omogenea (Garbagnate e Crema).

La distribuzione della spesa

La spesa per il comparto è giudicata ovunque inadeguata, soprattutto in ragione della consistente crescita della domanda. Nel corso degli ultimi anni si evidenzia inoltre una progressiva riduzione della spesa dedicata (eccetto Torino, unica a raddoppiare), come effetto delle politiche di rigore conseguenti alla crisi, che impattano particolarmente su questo tipo di prestazioni, data la maggior facilità di effettuare tagli rispetto ai servizi strutturati.

La spesa territoriale su quest'area di *policy* è prevalentemente sostenuta dai Comuni. Il concorso di altri soggetti – in particolari Regioni e Province, fondazioni o enti caritativi – appare alquanto limitato (mediamente il 18%). La ricostruzione della spesa complessiva, incontra però una certa difficoltà, soprattutto per la parte non direttamente governata dai Comuni, o almeno parzialmente integrata con spesa propria. Il dato quindi con tutta probabilità è da considerarsi sottostimato. Dagli approfondimenti realizzati emerge infatti un'articolazione maggiore nella rete di interventi e progettualità realizzate a livello locale dal terzo settore e dell'associazionismo. Questo pone una questione rilevante in termini di efficienza, con un margine ancora da colmare in tema di ricomposizione delle risorse, di cui si dirà più avanti.

La spesa media territoriale per utente, sull'intero comparto, è abbastanza allineata nei cinque territori osservati (da 640 a 790 euro), con la sola eccezione di Torino (oltre 1.700 euro), che da grande città ha peculiarità specifiche che la vedono generalmente molto distante dal resto dei contesti.

Interessante però notare che, considerando la spesa complessiva che ricade su territori, comprensiva dunque anche delle misure di diretto governo nazionale, l'incidenza della spesa territoriale è allineata su una media del 2,5%, con una forbice dall'1% a 5%. Questo dato conferma che l'intervento di contrasto alla povertà, a differenza di altre *policy*, è garantito e governato in

TAVOLA 2. Spesa sull'area povertà, territoriale e nazionale (€)

Analisi trasversale	Spesa territoriale		Spesa nazionale annua prestaz. per povertà	Totale spesa	% spesa territoriale su totale
	Spesa annua complessiva	Spesa media per utente			
Ambito di Garbagnate	1.293.027	643,94	39.966.570	41.259.597	3,1
Ambito di Merate	315.224	793,23	25.083.309	25.398.533	1,2
Ambito di Crema	676.960	661,71	36.342.907	37.019.597	1,8
Comune di La Spezia	1.094.668	756,51	24.868.475	25.943.143	4,2
Comune di Torino	10.665.528	1.795,24	191.838.272	202.503.800	5,2

TAVOLA 3. Spesa media annua per utente e per tipologia di prestazione (€)

	Assistenza economica continuativa	Assistenza economica straordinaria	Inclusione lavorativa	Sostegno abitativo (affitto, utenze, ecc.)*
Ambito di Garbagnate	774,8	390,1	1.072,0	671,3
Ambito di Merate	1.449,9	382,40	1.209,5	362,3
Ambito di Crema	760,3	560,2	1.298,8	778,6
Comune di La Spezia	563,4	280,2	1.037,5	879,9
Comune di Torino	1.412,8	261,2	3.437,0	718,2

Nota: * il dato è scorporato degli interventi di *housing* sociale, poiché presenti solo in alcuni contesti.

modo consistete a livello centrale.

Al di là di peculiarità e differenze, si riscontrano tuttavia alcune costanti:

- la spesa media per i contributi economici di tipo continuativo è generalmente superiore a quella straordinaria, anche se la forbice presenta ampiezze variabili (si vedano ad esempio i posizionamenti opposti di La Spezia e Merate, o l'estremo di Torino);
- la spesa media per interventi di inclusione attiva (tipicamente gli inserimenti lavorativi) è intorno ai 1.000-1.200 euro annui, risultando la misura che mediamente assorbe la maggiore quota di risorse per utente. Interessante osservare che progettualità innovative, che hanno spinto sul *mix* di interventi (formazione, consulenza, mediazione, supporto di gruppo, *tutoring*) raggiungono una spesa di oltre 3.000 euro a persona (si veda Torino e il progetto Inclusione socio-lavorativa di La Spezia);
- il sostegno abitativo, ovvero le contribuzioni sull'affitto e sulle utenze, presentano una variabilità maggiore, dai 360 a 870 euro annui per utente. Anche in questo caso, interventi più articolati, di *housing* sociale, che prevedono non solo erogazioni economiche per la copertura delle spese, ma anche interventi sulla regolazione dell'offerta, di mediazione sociale ed educativa, superano i 1.000 euro a persona.

Le aree di miglioramento dell'equità

La capacità di penetrazione territoriale, come osservato, è ancora piuttosto limitata, soprattutto in riferimento ad una domanda emergente e con connotazioni spesso differenti da quella tradizionalmente in carico ai servizi. Tuttavia sono diverse le azioni trasformative già in atto a tale riguardo:

- un orientamento verso un maggior radicamento nel territorio, attraverso la definizione

di punti di accesso aperti, non stigmatizzanti (l'Ufficio di protezione sociale a La Spezia) o nuove articolazioni organizzative delle amministrazioni (ad esempio la suddivisione per circoscrizioni e zone come a Crema e Torino).

- il consolidamento di nuove alleanze territoriali, con i diversi soggetti che nella quotidianità più facilmente vengono in contatto situazioni di vulnerabilità, come i centri di ascolto/le parrocchie e le Caritas (per esempio, Garbagnate).

L'altro elemento di distanza rispetto ad una visione di universalismo selettivo è l'elevata eterogeneità nella regolazione. Un tema critico che tuttavia vede, in modo unanime, un punto di svolta già in atto nella applicazione del nuovo ISEE. In tutti i contesti infatti l'approvazione di regolamenti omogenei anche per le contribuzioni economiche garantisce, dal 2016, un significativo passo in avanti nella direzione di garantire una maggior equità territoriale, quanto meno in riferimento alle soglie di accesso alle prestazioni.

2. IL LIVELLO DI EFFICACIA GARANTITO

Il sistema di offerta

Il sistema delle prestazioni e interventi di contrasto alla povertà è caratterizzato quasi ovunque da quattro tipologie di interventi:

1. Erogazioni economiche dirette, continuative o *una tantum*, generalmente di tipo passivo. Si tratta di risorse concesse per un generale sostegno al reddito familiare o per far fronte a urgenti necessità primarie (abitazione, vestiario, ecc.).

2. Interventi di inclusione socio-lavorativa, che prevedono contributi (borse lavoro/voucher lavoro...) a fronte di percorsi occupazionali o tirocini socializzanti, prevalentemente all'interno delle amministrazioni pubbliche o delle realtà di terzo settore.

3. Interventi di sostegno abitativo, prevalentemente caratterizzati da contributi economici straordinari orientati alla copertura delle spese dell'abitare (affitto, utenze, caparre). In alcuni casi, in anni recenti, si sono sviluppate progettualità articolate più orientate all'*housing* sociale e dunque al reperimento e messa a disposizione di alloggi a canone calmierato, alla mediazione alloggiativa, alla costituzione di fondi di garanzia a sostegno dell'accesso alla casa per fasce fragili, ad azioni di microcredito e al sostegno educativo per favorire l'autonomia abitativa. Tali interventi, sono spesso realizzati mediante l'intervento di altri soggetti (Fondazioni, enti caritativi, terzo settore).

4. Interventi orientati al sostegno alimentare, che tuttavia si limitano – dentro al perimetro istituzionale – ai buoni per l'acquisto di spesa o pasti. Sono numerose e diffuse però le esperienze locali che completano l'offerta attraverso operazioni di recupero e redistribuzione delle eccedenze, anche in collaborazione con la grande distribuzione, sino a esperienze pilota di *market* ed empori solidali (Garbagnate, La Spezia) e percorsi correlati di educazione al consumo e a stili di vita sostenibili.

All'interno delle suddette tipologie, gli interventi prevalenti risultano variabili (tavola 4). Alcuni territori mostrano un evidente orientamento alle contribuzioni economiche di sostegno al reddito, di tipo passivo e in misura maggiore di tipo straordinario (Garbagnate, Crema, La Spezia), che assorbono tendenzialmente il maggior numero di utenti anche se non sempre la quota prevalente di risorse (tavola 5), a denotare – come evidenziato già nell'analisi della spesa – che l'intervento orientato all'attivazione dell'utenza (sul fronte lavoro o casa) implica una spesa per utente maggiore. Tuttavia se si sommano anche le prestazioni di tipo economico finalizzate al sostegno abitativo (sostegno affitto, utenze, caparre...), tale percentuale aumenta ulteriormente, denotando complessivamente un sistema sbilanciato sull'erogazione monetaria.

Sul fronte dell'inclusione lavorativa emerge l'eccezione del caso torinese, che ha attivato una misura specifica – il reddito di inserimento – indirizzata agli abili al lavoro di età inferiore ai 65 anni, i cui beneficiari sono stati, nel 2014, oltre 3.000, per quasi 3 milioni di euro di spesa annua. Una misura temporanea (6 mesi, rinnovabile per altri 6) decisamente importante, di cui tuttavia non si conoscono gli effettivi tassi di reinserimento.

Le misure di sostegno alimentare risultano ovunque ancora limitate ma, come detto, con tutta probabilità il dato è sottostimato poiché gli interventi sono spesso erogati da enti caritativi e terzo settore, e non sempre sono coordinati dall'ente locale.

I percorsi di inclusione socio-lavorativa e di *housing* sociale prevedono invece un mix tra erogazioni economiche e prestazioni di servizio. Queste sono le aree su cui le amministrazioni evidenziano recenti investimenti innovativi, spesso connessi alla definizione di progettualità ad hoc, che si aggiungono al sistema consolidato

TAVOLA 4. Articolazione utenza per aree di intervento

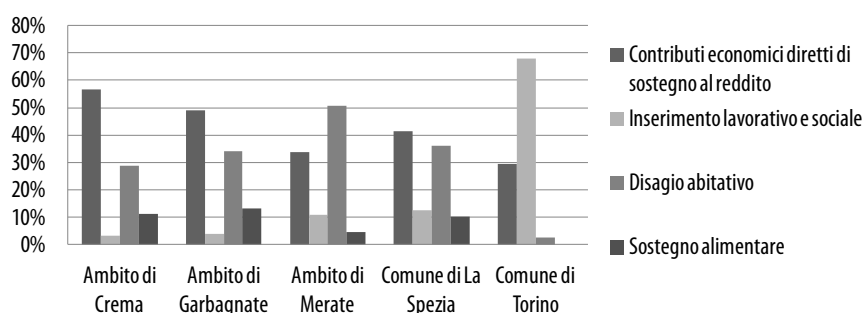
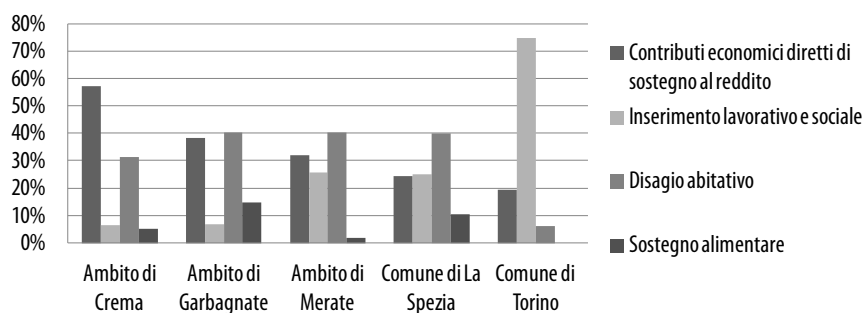


TAVOLA 5. Articolazione della spesa per aree di intervento



di misure in contrasto alla povertà.

È interessante osservare che la pressione della domanda e la nominata consapevolezza circa l'inadeguatezza del sistema attuale, stiano stimolando fortemente i territori a pensare interventi trasformativi (progetto Fare legami a Crema, #Vai a Garbagnate).

Grado di copertura del bisogno

Un dato significativo per valutare l'efficacia delle misure di contrasto alla povertà è il grado di copertura del bisogno, o meglio della domanda potenziale, che fornisce la dimensione di quanto i servizi siano in grado di dar risposta alla loro "popolazione obiettivo".

Abbiamo assunto come universo di riferimento le famiglie da noi stimate secondo la linea di povertà relativa Eurostat, al di sotto cioè del 60% del reddito mediano equivalente.

La tabella seguente mostra sensibili differenze nei posizionamenti territoriali: un'incidenza sulla povertà relativa di oltre il 25% per La Spezia e l'Ambito di Garbagnate ed inferiore al 15% per gli altri contesti analizzati. Speculare, su percentuali superiori, il livello di copertura della povertà assoluta. I dati sembrano quindi evidenziare una certa difficoltà nel raggiungimento della popolazione *target*: solo 2 situazioni raggiungono più di un potenziale beneficiario su quattro.

Tali considerazioni necessitano, tuttavia, di alcune precisazioni. Innanzitutto l'universo di riferimento adottato, seppur indicativo di una tendenza, è verosimilmente sovrastimato rispetto alle famiglie beneficiarie di assistenza economica, in una situazione cioè di deprivazione conclamata; se considerassimo come denominatore del nostro indicatore la povertà assoluta il *take up* aumenterebbe di molto. Occorre inoltre considerare che il bisogno si deve trasformare in domanda espressa per essere più facilmente intercettato dai servizi, e questo non sempre accade per le note questioni di 'stigma' ma anche per disinformazione o difficile accessibilità ai servizi. Evidentemente su questi ultimi due versanti le amministrazioni potrebbero interrogarsi e lavorare.

Infine un dato di comparazione europea può venirci in soccorso nell'interpretazione delle suddette stime. Una ricerca del 2009 sui sistemi di reddito minimo in Europa curata dall'EU Network of National Independent Experts on Social Inclusion (Frazer, Marlier, 2009) avrebbe stimato una generale capacità di copertura degli schemi di reddito minimo piuttosto limitata: in media solo il 18% della popolazione europea in situazione di povertà sarebbe raggiunta da dispositivi di reddito minimo, evidenziando dunque un tasso medio di *take-up* inferiore ad alcune delle stime fin qui viste, seppur comprensive di più misure e interventi di contrasto e non limitate alle sole prestazioni assimilabili al reddito minimo.

Il percorso di presa in carico

L'accesso alle misure avviene di norma attraverso il segretariato sociale comunale, che ha funzioni

TAVOLA 6. Grado di copertura su povertà relativa e povertà assoluta

Analisi trasversale	N° utenti	% su povertà relativa	% su povertà assoluta
Ambito di Garbagnate	2.008	28,9%	56,0%
Ambito di Merate	618	14,4%	27,8%
Ambito di Crema	1.023	15,7%	29,6%
Comune di La Spezia	1.447	24,9%	31,3%
Comune di Torino	5.941	13,1%	22,1%

di ascolto, informazione e orientamento. L'articolazione di tale punto di accesso è variabile, anche in funzione della dimensione dei territori: prevalentemente centralizzata all'interno del Comune, talvolta decentrata su più sedi (Crema, Torino).

È diffuso l'utilizzo di strumenti codificati per la registrazione delle informazioni sul caso (scheda di segretariato), sebbene il livello di articolazione e l'archiviazione (anche informatizzata) sia molto diversificata.

Deputato alla presa in carico della persona/nucleo è il servizio sociale professionale ed è l'assistente sociale a effettuare l'"anamnesi" del caso, utilizzando gli strumenti della professione (colloquio, richiesta e verifica certificazioni) e strumenti per la registrazione delle informazioni sulla condizione della persona/nucleo familiare e delle esigenze identificate (cartella sociale). Tali analisi talvolta vengono integrate con informazioni sulle risorse spendibili, dalla persona e dalla rete allargata. Come si è detto, una volta verificato il possesso dei requisiti di accesso, è la valutazione professionale dell'operatore a definire l'intervento da attivare, la sua finalizzazione e, nel caso di contribuzioni economiche, l'ammontare e la durata del contributo (con l'eccezione di Torino che prevede un percorso che coinvolge prevalentemente competenze amministrative). Solo in qualche caso, la valutazione prevede anche visite domiciliari, per l'osservazione e la verifica diretta (La Spezia, Torino).

La definizione di un progetto è dunque abbastanza diffusa nel territorio, in particolar modo per le contribuzioni continuative e gli interventi più articolati – e onerosi – di inclusione lavorativa e *housing* sociale. Tuttavia si tratta di una prassi spesso più formale che sostanziale. Generalmente le concessioni di contributi sono finalizzate e vincolate all'esibizione di ricevute delle spese sostenute e al rispetto degli impegni (iscrizione al cpi, frequentazione percorsi formativi...). Tale condizionalità però non è particolarmente vincolante e sono ancora limitate le richieste di restituzione del beneficio in una logica di reciprocità (ore volontariato; svolgimento di lavori di pubblica utilità ...). Molto poco stringenti le regole di condizionalità anche per i cosiddetti "abili al lavoro", rare le sanzioni per gli inadempienti, anche se magari formalmente previste a livello di regolamentazione dei servizi sociali. Ove agite, comportano generalmente una sospensione del beneficio o la sua revoca nei casi più gravi. Persone in età e condizioni idonee

al lavoro sono solitamente tenute all'iscrizione presso i Centri per l'impiego.

Se la progettazione in accesso è pratica abbastanza diffusa, lo è decisamente meno il monitoraggio in itinere, anche in riferimento alla prevalenza di prestazioni *una tantum*, che quindi lasciano pochi margini di azione. Manca cioè un monitoraggio sistematico delle situazioni in carico e delle 'uscite' degli utenti dal servizio di assistenza economica correlata ad un'analisi delle motivazioni che la determinano, che consentano di verificare i livelli di efficacia dell'intervento messo in campo. Quanto cioè l'abbandono del servizio sia dettato dal superamento delle condizioni di bisogno o invece dal sopraggiungimento di altri fattori concomitanti (decesso, cambio residenza, ecc...).

In generale è però elevata la percezione di una limitata efficacia delle misure in atto. In parte, è stato detto, le ragioni sono legate ad un'utenza tradizionale giudicata difficilmente attivabile, per la quale il percorso emancipativo è abbastanza limitato. Ma al contempo si rilevano alcune criticità aggiuntive, tra cui una scarsa abitudine a considerare e valorizzare le risorse e le capacità delle persone e delle loro reti e una progettualità spesso legata più alla sola finalizzazione del beneficio e meno alla definizione di obiettivi inclusivi e di attivazione. Non si possono del resto ignorare le limitate possibilità di reinserimento che connotano il sistema d'offerta, in particolare in questa specifica fase congiunturale. E in generale, la misurazione dell'efficacia unicamente in termini di inserimenti è fallace e discorsivo, basti pensare che i tassi di reimpiego considerati un successo in paesi europei più apprezzati in materia si situano al meglio al 25% (per esempio, 16% in Olanda, 25% in Danimarca).

Le aree di miglioramento dell'efficacia

I limiti di efficacia del sistema e delle misure tradizionali di sostegno al reddito sono evidenti. I sistemi territoriali stanno allora mettendo in campo sperimentazioni e progettualità innovative rispetto alle abituali logiche di intervento dei servizi. Le direzioni prevalenti di tale trasformazione sono:

- Un'azione, spesso di tipo formativo, orientata a sostenere gli operatori sociali - soprattutto assistenti sociali - nella trasformazione del proprio ruolo professionale e nelle modalità di intervento sul caso. L'obiettivo è quello di sostenere maggiormente l'orientamento alla promozione del cambiamento nell'utente, in una logica di corresponsabilizzazione e attivazione, e dunque non solo di tipo ripartivo e assistenzialistico. In quest'ottica il contributo economico erogato è concepito come occasione di aggancio della persona, più che come finalità dell'intervento ed è tendenzialmente correlato ad interventi inclusivi di altro tipo, che prevedono anche il coinvolgimento attivo delle comunità di vita della persona e del nucleo familiare.
- Allargamento del perimetro di intervento alle comunità, in ottica "generativa" e di ingaggio precoce delle vulnerabilità prima che diven-

tino povertà conclamata (Progetto Welfare Legami a Crema; Progetto #VAI a Garbagnate). L'intervento a contrasto dell'impoverimento dunque non è visto solo in termini di integrazione del reddito, e semmai di sostegno all'inclusione lavorativa e abitativa, ma di ricostruzione dei legami e delle relazioni intorno alla persona, che le consentano di affrontare meglio i momenti e i fattori di vulnerabilità e di facilitarle di conseguenza un'emancipazione. Per il servizio sociale si tratta di aprirsi al tema della prevenzione (stili di vita e di consumo, educazione finanziaria, coesione sociale...) e lavorare in stretta integrazione con i soggetti del territorio, anche di tipo informale (gruppi parrocchiali, reti amicali e di vicinato).

3. IL LIVELLO DI EFFICIENZA GARANTITO

In termini di efficienza complessiva del sistema territoriale degli interventi di contrasto alla povertà, le osservazioni locali mettono in evidenza alcuni aspetti ulteriori.

Integrazione della conoscenza

Le fonti di spesa e le indicazioni sul volume di utenza mostrano chiaramente che è ancora presente un livello di elevata frammentazione sul dato di conoscenza. L'amministrazione locale riesce a ricostruire abbastanza puntualmente ciò che governa direttamente, in modo singolo o associato, mentre rimane molto parziale l'integrazione del suo intervento con quelli di altri attori del territorio (altre istituzioni, fondazioni, terzo settore), e in particolare con quelli meno formalizzati. Il rischio di sovrapposizione tra misure e benefici rimane oggi ancora piuttosto elevato. Alcuni contesti sviluppano però un crescente lavoro di raccordo, ad esempio con le Caritas cittadine, per migliorare le sinergie informative, coordinare gli interventi e i benefici erogati ai medesimi utenti.

Sistemi informativi di registrazione dei casi in carico, che consentono di rilevare le prestazioni di cui la persona/nucleo beneficia, sono ormai ampiamente diffusi. Le cartelle sociali sono uno degli investimenti realizzati dal welfare territoriale di questi ultimi anni, e tutti i contesti di approfondimento ne risultano dotati. Si tratta di strumenti, anche informatizzati, in cui generalmente viene registrata l'anagrafica della persona/nucleo e le misure che, anche da differenti fonti, vengono erogate (sia dallo Stato che dall'Amministrazione locale, anche da settori differenti). Il limite è però che tali strumenti sono utilizzati pressoché esclusivamente all'interno del servizio sociale e vengono impiegati prevalentemente come dispositivo di lavoro professionale del singolo operatore (diario di bordo) e molto meno come strumenti di monitoraggio e valutazione più complessivi delle misure in atto, utili anche ad una più efficace rimodulazione e riprogrammazione degli interventi

Efficienza organizzativa

Risulta molto complesso affrontare il tema della dotazione organizzativa a livello territoriale, poiché nei contesti osservati, soprattutto quelli composti da realtà di piccole dimensioni (ambiti), l'assistente sociale si occupa a 360° di tutte le aree di bisogno sociale. La povertà tra l'altro, per sua natura, è un'area trasversale (coinvolge altre aree: famiglia e minori, adulti in difficoltà e settori diversi, quali casa, lavoro, ed altri ancora) e dunque è molto difficile scorporare il dato quantitativo riferito al rapporto operatore-utente, anche a livello di stima. Peraltro molto dipende anche dal tipo di prestazioni considerate: se infatti un procedimento di presa in carico di tipo attivante comporta notevoli sforzi di natura tecnica, l'erogazione di contributi economici straordinari o a copertura delle utenze, non legati ad una progettualità, si sostanzia prevalentemente attraverso una pratica di tipo amministrativo, che certamente comporta investimenti differenti e consente un maggior numero di utenti 'processati'. Difficile dunque quantificare un rapporto operatore-utente ottimale, per le ragioni viste sopra e per il fatto che una stima richiederebbe un'analisi dedicata. A titolo puramente esemplificativo, da una recente ricerca realizzata da IRS in altri territori (Provincia autonoma di Bolzano), il numero medio annuo di utenti per operatore è pari a 140. Un rapporto significativo in termini di carico per gli operatori, con tutta probabilità il benchmark potrebbe essere anche inferiore (1:100).

In sintesi comunque è possibile affermare che il presidio di quest'area di *policy* è in capo agli assistenti sociali, specie nelle realtà territoriali più piccole, mentre un maggior presidio da parte del livello amministrativo caratterizza i grandi centri urbani, dove il gran numero di richieste da processare spiega in parte una maggiore standardizzazione delle procedure. Tutti i territori sono concordi nel rilevare una diffusa sottodotazione di organico.

Le esperienze che spingono maggiormente sull'attivazione della persona, come detto spesso sperimentali e innovative, prevedono l'ampliamento anche a figure di tipo educativo e animativo, che svolgono l'azione di affiancamento e mediazione e di attivazione territoriale. Emerge quindi una possibile indicazione di ampliamento delle competenze in campo.

Integrazione con gli attori del territorio

La rete di soggetti che interviene, in vario modo, sul contrasto delle povertà risulta articolata e cresciuta nel tempo. Ovunque si evidenzia il significativo apporto degli enti caritativi e delle realtà di terzo settore, attivi soprattutto sul disagio abitativo ed alimentare. In particolare le Caritas, con i centri di ascolto e l'azione di sostegno alimentare, e le realtà di terzo e quarto settore attive sul fronte dell'abitare e dell'inclusione sociale. Sono soggetti, spesso di piccole dimensioni, molto radicati territorialmente e con cui le singole amministrazioni costruiscono rapporti ad hoc avviando collaborazioni sul bisogno e,

spesso, per specifiche situazioni particolarmente critiche che richiedono investimenti plurimi. Non risultano ancora rapporti messi a sistema e pienamente coordinati.

È generalmente riconosciuto che l'intervento garantito dai soggetti sociali del territorio è in grado di offrire maggior prossimità (proprio per il radicamento di cui si è detto) e, per il volontariato in particolare, la possibilità di rapporti di maggior vicinanza, anche 1 a 1, non praticabili da parte del servizio pubblico.

Tra gli attori spiccano poi le Fondazioni, che a livello territoriale sono spesso promotrici di importanti azioni innovative. In tutti i territori, le operazioni di sviluppo del welfare territoriale in relazione all'impoverimento della popolazione, vedono infatti un importante concorso delle Fondazioni. A La Spezia, la Fondazione Carispezia è attiva su diversi fronti fornendo sostegno al servizio di microcredito, contribuendo all'avvio dell'intervento salvasfratti attivo dal 2014 e finanziando parte dell'emporio solidale cittadino. A Torino la Compagnia di San Paolo è tra i principali promotori della misura di lavoro accessorio, che ha contribuito a sostenere finanziariamente con quasi 1 milione e mezzo di euro e che sostiene l'inclusione lavorativa di oltre 500 persone all'interno di cooperative del territorio. Negli ambiti lombardi i bandi emanati dalla Fondazione Cariplo in particolare sull'*housing* sociale e, in questi ultimi due anni, il bando sperimentale Welfare in azione, hanno rappresentato per il territorio l'occasione di sviluppo di progettualità innovative importanti: a Crema Well-fare legami; a Garbagnate #Vai e a Merate il progetto di *housing* sociale d'ambito.

È da sottolineare che, con l'avvento della programmazione zonale, risultano ovunque attivi tavoli partecipati sul tema della povertà, alcuni più orientati sul fronte politico strategico, altri centrati sulla costruzione di diagnosi condivise e sull'analisi dei fenomeni, altri ancora più operativi e focalizzati sulla progettazione concreta di interventi. Luoghi dove i diversi attori attivi localmente, trovano spazi di confronto e connessione. È da questi luoghi che in genere sono nate le esperienze innovative rilevate.

Più debole invece l'integrazione con il mondo dell'impresa. Come si è detto gli interventi di inclusione lavorativa coinvolgono generalmente la pubblica amministrazione o le centrali cooperative e il mondo del non profit. L'ingaggio e la relazione con il *profit* è giudicata complessa, resa ancor più faticosa con l'avvento della crisi economica. Una parziale evoluzione, in tema di sostegno alimentare, si sta realizzando in alcuni territori con il mondo della grande distribuzione (ipermercati, società di distribuzione pasti) attraverso interventi di recupero delle eccedenze e redistribuzione di cibo, anche in connessione con pratiche di responsabilità sociale di impresa (Garbagnate).

Anche la relazione con i centri per l'impiego e i soggetti della formazione presenta ampi margini di miglioramento. Tutti i territori concordano nel definire generalmente la collaborazione non soddisfacente e una relazione parziale. Le ragioni paiono risiedere in una certa distanza

di tali soggetti dal territorio e una debole conoscenza diretta delle reali opportunità locali di inclusione nonché un'assenza di relazione con le reti locali. Per contro i servizi sociali non hanno sviluppato competenze specifiche su questo fronte, da spendere nel miglioramento dell'integrazione con il mondo dell'inclusione lavorativa, pertanto risultano spesso poco attrezzati.

Le aree di miglioramento dell'efficienza

Lo sviluppo di nuove e più efficaci connessioni con l'ampia platea degli attori che, sul territorio, toccano il tema della povertà e dell'inclusione sociale sembra la direzione di sviluppo più praticata. Molte delle progettualità innovative raccolte sui territori vanno nella direzione di un lavoro di rete con il territorio. Interessante notare che per rafforzare la connessione con il mondo del lavoro, si sta sviluppando una strada che prevede la qualificazione delle competenze dei comparti del servizio sociale che già si occupano di inclusione nel mondo occupazionale delle fasce deboli (servizi inserimenti lavorativi, nuclei integrazione lavorativa), valorizzando la loro relazione con il mondo *profit* e le competenze su questo settore, ma ampliando il loro intervento sociale anche ad altre fasce di popolazione (disoccupati di breve periodo), ovviamente modificando l'approccio e le modalità di intervento.

Sul fronte del *profit* e del sostegno alimentare, si sviluppano relazioni direttamente con il mondo della grande distribuzione e della raccolta eccedenze, in connessione a pratiche di *corporate social responsibility*, in sigla CSI.

In qualche caso le azioni migliorative toccano anche lo sviluppo di sistemi informativi per sviluppare funzioni gestionali o per aprirne l'utilizzo ad altri attori territoriali. A tal proposito la recente introduzione del sistema *web-based* ICARO della Maggioli va proprio nella direzione di una gestione più innovativa ed integrata delle informazioni sia all'interno dei servizi comunali che con gli altri soggetti della rete sociale e socio-sanitaria, INPS e ASL *in primis*.

4. LA SOSTENIBILITÀ DELLA RIFORMA PROPOSTA

Nelle realtà territoriali coinvolte in questa ricerca il welfare locale è in evoluzione. La concomitanza della crisi e l'incremento delle situazioni di fragilità economica, ha mostrato con evidenza - anche a livello territoriale - la necessità di un ripensamento complessivo del sistema di misure e interventi attivi sul contrasto alla povertà. Il

territorio è impegnato a costruire percorsi innovativi e trasformativi per migliorarsi, anche se ancora di tipo sperimentale e con progettualità che si giustappongono, ma non si sostituiscono, al sistema tradizionale.

Le direzioni di tale innovazione paiono pienamente convergenti con le ipotesi di riforma proposte in questa ricerca, in particolare su alcuni piani:

- l'investimento nell'attivazione e nella responsabilizzazione della persona;
- il superamento di una logica unicamente erogativa e risarcitoria, puntando invece sull'affiancamento e sostegno della persona nel percorso di inclusione, attraverso l'erogazione di servizi di mediazione, di formazione, di *tutoring*, di *capacity building*;
- l'integrazione con il territorio e la rete di attori (anche informali) delle comunità di vita delle persone, come snodi centrali dell'inclusione.

Anche un tema estremamente critico, come la possibilità di riordino delle misure, limitato dalla grande eterogeneità nella regolazione dei benefici, oggi presenta qualche possibilità, e anche esperienza, di maggiore convergenza. La revisione dei regolamenti comunali a seguito dall'introduzione del nuovo ISEE (da DPCM 159/2013), tesi a garantire più omogeneità ed una maggior equità, rappresenta una condizione che, se praticata effettivamente, favorirà certamente miglioramenti significativi.

I contesti territoriali dunque paiono già muoversi nelle medesime direzioni, sebbene in modo non ancora sistematico, generalizzato e pienamente maturo.

Tra le condizioni da promuovere con maggior incisività nel prossimo futuro vi è certamente lo sviluppo di competenze diffuse tra gli operatori, maggiormente orientate all'attivazione, nonché l'ampliamento dei profili professionali deputati ad intervenire sul contrasto alla povertà.

L'altra condizione fondamentale è certamente procedere verso un ri-orientamento significativo della spesa, oggi ancora prevalentemente destinata ad erogazioni economiche di tipo straordinario. A questa si aggiunge anche la necessità di un potenziamento delle risorse dato che, come illustrato, interventi maggiormente orientati all'inclusione attiva richiedono investimenti mediamente doppi rispetto a quelli per contributi continuativi e tripli rispetto a quelli straordinari.

Infine è di cruciale importanza investire in sistemi informativi integrati per il governo delle prestazioni e più in generale del sistema.

Provando a stimare l'azione utile a livello ter-

TAVOLA 7. Grado di investimento necessario, in termini di utenza e spesa, per la copertura della povertà assoluta (€)

	N° utenti in carico	Stima n. utenti in povertà assoluta	Delta con utenza attuale (%)	Spesa attuale	Spesa per coprire tutta la povertà assoluta	Delta con spesa attuale
Ambito di Garbagnate	2.008	3.585	+44,0	1.292.027	2.308.412,0	1.016.385
Ambito di Merate	618	2.223	+72,2	315.224	1.763.208,0	1.447.984
Ambito di Crema	1.023	3.459	+70,4	676.960	2.289.181,6	1.612.222
Comune di La Spezia	1.456	4.616	+68,5	1.094.668	3.406.919,4	2.312.251
Comune di Torino	5.941	26.860	+77,9	10.665.528	38.003.975,0	27.338.466

ritoriale, indipendentemente dall'applicazione della riforma nazionale, è infatti evidente che per garantire una maggior equità del sistema – dunque una maggior capacità di penetrazione territoriale – e una maggior efficacia – cioè maggiore copertura delle popolazione *target* – sarebbe necessario incrementare sensibilmente la spesa per il comparto (tavola 7). Solo in un caso il potenziamento sarebbe al di sotto del 50% (Garbagnate 44%), mentre per tutti gli altri contesti lo sforzo necessario sarebbe quasi vicino al

raddoppio delle risorse.

È verosimile immaginare che parte di questa dotazione aggiuntiva possa derivare dall'applicazione del SIA e dalla legge delega. Le altre potrebbero derivare da una redistribuzione della spesa nazionale, come da nostra proposta.

L'evidente conseguenza però è la necessità di veder potenziata anche la dotazione di personale, del sistema dei servizi e della rete di interventi, poiché l'incremento di utenza – per alcuni contesti in particolare – risulta significativo. ▮

i Quid di Prospettive Sociali e Sanitarie



- A. Casartelli, U. De Ambrogio (a cura di), *Allargare lo sguardo. Percorsi di valorizzazione delle risorse nell'intervento con i minori e i loro genitori*, 2015 [non in vendita]
- C. Scarcella, F. Auxilia, S. Castaldi, F. Lonati, R. Peasso, P. Peduzzi (a cura di), *La continuità del percorso dell'assistito tra cure primarie e cure specialistiche*, 2014 € 12
- D. Cicoletti, S. Stea (a cura di), *Primo monitoraggio dei Piani sociali di Zona della Regione Puglia*, 2014 € 12
- I. Simonelli, M. G. Caccialupi, *Le mutilazioni genitali femminili. Rappresentazioni sociali e approcci sociosanitari*, 2014 € 12
- D. Mesini, E. Ranci Ortigosa (a cura di), *Povertà, esclusione sociale e politiche di contrasto*, 2011 € 10
- M. G. Soldati, G. Crescini, *Interazioni in rete. Costruire spazi interculturali e legami intergenerazionali*, 2010 € 10
- C. Castegnaro (a cura di), *I sistemi informativi per il sociale*, 2010 € 10
- S. Sabatinelli (a cura di), *Politiche per l'infanzia in due grandi Comuni. Genova e Torino a confronto*, 2010 € 10
- U. De Ambrogio, S. Pasquinelli (a cura di), *Progettare nella frammentazione. Approcci, metodi e strumenti per il sociale*, 2010 € 10
- AA. VV., *Definire i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza*, 2009 € 10
- A. Casartelli, F. Merlini (a cura di), *Assistente sociale. Uno sguardo sulla professione in cambiamento*, 2009 € 10
- U. De Ambrogio (a cura di), *Piani sociali di zona nei Balcani*, 2008 € 10
- E. Ranci Ortigosa (a cura di), *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, 2008 [esaurito]
- U. De Ambrogio (a cura di), *Piani di zona tra innovazione e fragilità*, 2008 € 10

I volumi sono disponibili nelle maggiori librerie online, o acquistabili tramite versamento su CCP n. 36973204, IBAN IT57 J076 0101 6000 0003 6973204 intestato a Prospettive Sociali e Sanitarie, via XX Settembre 24, 20123 Milano.

Indicare sempre che cosa si intende acquistare e l'indirizzo presso cui inviare i volumi. **Sconto 10% per gli abbonati a PSS.**

Informazioni: tel. 02 46764276 – fax 02 46764312 – pss.abbo@irsonline.it – www.prosp.it/iQuid

7. Gli interventi e i servizi per il sostegno delle persone con non autosufficienza

1. IL LIVELLO DI EQUITÀ GARANTITO

L'evoluzione della domanda e il grado di penetrazione territoriale

Come noto, l'invecchiamento della popolazione porterà – ancora per lunghi anni – a un inarrestabile aumento dei bisogni legati alla non autosufficienza. Tutti i territori coinvolti in questo progetto hanno evidenziato la distanza crescente tra esigenze in aumento e possibilità di risposta. Possibilità che stentano a tenere il passo con il ritmo dei cambiamenti in corso.

I casi analizzati per la non autosufficienza sono i tre territori lombardi – Crema, Merate e Garbagnate – il Comune di Parma e il Consorzio socio-assistenziale del Cuneese: in termini di evoluzione dei bisogni, tutti condividono elementi comuni a molti altri contesti del nostro Paese.

Anzitutto cresce un'utenza maggiormente complessa: gli anziani che si presentano ai servizi si caratterizzano sempre più da una maggiore compromissione di salute, soprattutto sul terreno delle patologie di tipo cognitivo. Ne derivano domande che esprimono forti complessità a cui risulta difficile rispondere in modo appropriato e tempestivo.

Il mercato del lavoro privato della cura (badanti), ancora florido e sempre più sommerso, presenta perduranti forti elementi di criticità, e spesso si assiste al ricorso

urgente alla risposta residenziale dopo esperienze critiche con assistenti familiari.

Aumentano le ricadute sul sistema familiare: la perdita di autonomia incide sull'equilibrio di intere famiglie, anche se non conviventi ma legate da rapporti di parentela, e la domanda di aiuto che arriva ai servizi non riguarda solo l'anziano ma la struttura familiare nel suo complesso.

I servizi oggi faticano a coprire bisogni in costante evoluzione, soffrono di una certa frammentazione, seguono format ormai obsoleti e poco coerenti con la domanda. Esigenze sempre più connesse a bisogni del "sistema famiglia", compresi i *caregiver*, generano difficoltà

per servizi orientati alla progettazione individualizzata. Mentre la domanda pagante che si rivolge direttamente al privato è in aumento, con il moltiplicarsi di agenzie private dedicate.

C'è anche una bassa espressione della domanda: i bisogni arrivano poco, solo in parte, a servizi che hanno una visibilità e una attrattività mediamente limitate. Tanto è vero che non hanno liste di attesa infinite. Ne hanno di più i servizi residenziali, molto meno quelli domiciliari e a ciclo diurno. Per ragioni diverse. Per carenza di informazioni, una generale preferenza per l'auto-risposta familiare, per l'alternativa disponibile del mercato privato della cura, nonché per i crescenti costi di compartecipazione attribuiti all'utenza dei servizi.

Come si desume dai dati della tavola 1, il grado di penetrazione degli interventi analizzati, che non esauriscono gli interventi sociali per la non autosufficienza ma riguardano quelli più presenti e diffusi, risulta assai circoscritta in relazione alla popolazione residente. Come vedremo più avanti le cose vanno un po' meglio, ma sempre su dimensioni limitate, se ci riferiamo alla popolazione *target*, gli anziani non autosufficienti.

La regolazione dell'accesso alle prestazioni

Quello della regolamentazione dell'accesso ai servizi costituisce un punto critico. In primo luogo può favorire o viceversa limitarne l'uso, e quindi in senso lato l'efficacia. E poi in termini di equità, in quanto la disomogeneità delle regole discrimina tra un territorio e l'altro persone a parità di condizioni socio-economiche. La definizione di regolamenti unitari è un obiettivo presente in tutti i contesti e su cui, in diversi casi, si sono raggiunti risultati significativi per singole aree di servizio. Ma non per tutte e non ovunque. Per esempio a Crema è in corso la sottoscrizione di un regolamento unico che stabilisce criteri omogenei d'accesso e di compartecipazione, che punta a regolare anche l'area della residenzialità, sino ad ora rimasta in capo ai singoli comuni e caratterizzata da forti differenziazioni. L'introduzione del nuovo ISEE e la conseguente necessità di revisione delle soglie di accesso ha rappresentato un'occasione per accelerare un processo già in corso da tempo, avviatosi su misure gestite a livello associato. Si tratta di processi riscontrabili in diversi altri contesti. A Garbagnate per esempio l'accreditamento degli enti gestori (cooperative) e la gestione associata hanno portato in anni passati ad una regolazione omogenea

TAVOLA 1. Grado di penetrazione territoriale degli interventi di sostegno alla non autosufficienza

	Analisi trasversale	N° utenti	% su residenti
SAD	Comune di Parma	1.178	0,62
	Ambito di Cuneo	249	0,20
	Ambito di Garbagnate	247	0,13
	Ambito di Merate	220	0,18
	Ambito di Crema	321	0,19
Assegni/ buoni	Comune di Parma	531	0,28
	Ambito di Cuneo	102	0,08
	Ambito di Garbagnate	158	0,08
	Ambito di Merate	46	0,04
Residenze (integrazione rette)	Ambito di Crema	155	0,09
	Comune di Parma	197	0,10
	Ambito di Cuneo	257	0,21
	Ambito di Garbagnate	117	0,06
	Ambito di Merate	28	0,02
	Ambito di Crema	69	0,04

della domiciliarità, attraverso la condivisione di comuni criteri di accesso e compartecipazione, dove previsti. Dal punto di vista dei percorsi di accesso, Garbagnate si caratterizza per regole di accesso comuni ed omogenee a livello d'ambito e punti di accesso diversificati.

La presenza di aziende speciali, consorzi e gestioni associate favorisce senz'altro l'omogeneità e quindi l'equità dei trattamenti e delle regole di accesso.

Generalmente regole di accesso e fruizione dei servizi sono maggiormente unificate nel caso dei SAD, mentre l'integrazione economica alle rette di ricovero in struttura residenziale è ancora spesso lasciata alla discrezionalità comunale. A sedici anni dalla 328, l'accesso ai servizi risente ancora di una certa frammentazione, soprattutto per la residenzialità, e questo certo non va nella direzione di una riforma quale quella prefigurata dalla "Dote di cura".

Nella definizione dei criteri di accesso e per la compartecipazione ai costi intervengono due variabili:

Il livello di non autosufficienza dell'anziano, valutato in base a scale diverse (Bina, Svama, Barthel).

Le condizioni economiche, reddituali e patrimoniali, dell'anziano. In certi casi si valuta l'intero nucleo familiare compresi i co-obbligati. Il nuovo ISEE è ancora parzialmente adottato nei territori esaminati.

La distribuzione della spesa

L'analisi dei dati di spesa degli Ambiti che hanno partecipato al progetto offre spunti di un certo interesse.

In primo luogo si registra una forte disomogeneità nella spesa sia *pro capite* sugli anziani residenti, sia *pro capite* sugli utenti, per tutte le tipologie di intervento. Ciò denota logiche di intervento assai diverse: la spesa annua per utente dei SAD varia per esempio di quasi mille euro, da 1.700 a 2.600 euro. Ciò può essere legato sia a una diversa intensità, in termini di una assegnazione di ore settimanali di assistenza variabile, sia a un diverso *turn over* dell'utenza stessa, che può registrare una durata nel servizio solo parziale nell'arco dell'anno solare.

In secondo luogo, la compartecipazione dell'utenza al costo dei SAD registra anch'essa livelli molto disomogenei: si va da un livello quasi nullo come nel caso di Cuneo alla metà del costo del servizio, come nel caso di Parma.

Occorre tenere presente che queste disomogeneità incidono su una misura quale la "Dote di cura" qui proposta, se utilizzata come *voucher* per acquistare servizi: se tali servizi hanno un costo diverso per l'anziano anche la "capacità di spesa" di questa nuova misura diventa variabile.

Di particolare interesse è il Comune di Parma, che evidenzia un considerevole investimento economico sui SAD, cui corrisponde come vedremo tra breve una consistente copertura del bisogno (14,7% degli anziani non autosufficienti). Al tempo stesso evidenzia una spesa media per utente più contenuta rispetto agli altri contesti. Segno di una diversa articolazione delle scelte

TAVOLA 2. Criteri ricorrenti di accesso ai SAD e alla contribuzione rette

SAD	Residenza ed età. Patologia geriatrica accertata. Esenzione per anziani poveri (fino 6.000 € di ISEE). Compartecipazione variabile da 6.000 a circa 20.000 euro di ISEE. Oltre tale soglia il costo ricade interamente sull'utenza. Non sempre viene applicato ISEE, talvolta ancora i soli redditi dell'anziano.
Integrazione rette di ricovero	Residenza ed età superiore a 65 anni. Valutazione UVG/UMV. Valutazione della situazione economica: applicazione dell'ISEE; oppure valutazione dei redditi ai sensi dell'art 433 del cc e delle proprietà del beneficiario. Gli anziani versano la pensione e le indennità e il Comune integra la differenza della retta mensile.

TAVOLA 3. Analisi della spesa per il servizio SAD (€)

SAD	Spesa totale	Spesa pro capite >65 anni	Spesa media annua per utente	Di cui compartecipazione utenza in %
Comune di Parma	1.997.374	46,30	1.695	53,5
Ambito di Cuneo	505.149	18,04	2.029	1,1
Ambito di Garbagnate	591.570	15,17	2.395	11,6
Ambito di Merate	551.554	22,45	2.507	29,1
Ambito di Crema	828.123	26,71	2.580	11,5

allocative in merito a "quanto sostenere chi".

La tendenza all'aumento della compartecipazione al costo dei servizi, richiesta all'utenza, è trasversale e comune ai servizi sociali nel nostro Paese (Gori, Ghetti, Tidoli, 2014). È una tendenza positiva per le casse pubbliche ma portatrice di possibili criticità, per una utenza che ha delle alternative: le stesse risorse familiari, il mercato privato della cura.

Diversi dei contesti analizzati hanno recentemente rivisto i regolamenti di accesso e compartecipazione ai costi da parte dell'utenza dei SAD. Ciò non solo ne ha spesso ridotto il numero, ma ha anche selezionato la tipologia di utenza stessa, tendenzialmente più fragile economicamente, l'utenza su cui meno ricadono i costi della compartecipazione. Le famiglie più agiate preferiscono rivolgersi al mercato privato della cura, estemporaneo e scarsamente qualificato ma di più facile accesso.

Un discorso diverso va fatto per le residenze: in termini di rette di ricovero, gli anziani ricoverati spendono nei cinque contesti 7,6 milioni all'anno, a fronte di un'integrazione comunale per i cosiddetti insolventi di 3,6 milioni, una cifra rilevante, ancorché inferiore alla spesa sostenuta per i SAD.

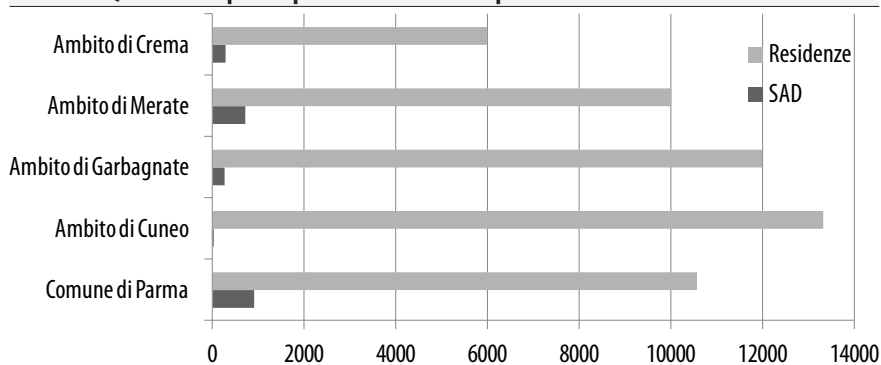
Un caso particolare è rappresentato dal Consorzio del Cuneese. Esso infatti evidenzia scelte inerenti la compartecipazione a carico dell'utenza relativamente eccentriche rispetto agli altri casi esaminati: la compartecipazione è quasi nulla

Livelli bassi di *co-payment* nei servizi domiciliari possono così essere "compensati", dal punto di vista dei bilanci pubblici, da maggiori livelli richiesti nelle strutture residenziali, e viceversa, come mostra bene il grafico riportato nella tavola 5.

TAVOLA 4. Spesa per la copertura delle rette di ricovero nei servizi residenziali (€)

	Spesa Comuni (integraz. rette)	Spesa a carico dell'utenza
Residenze		
Comune di Parma	1.478.418	2.080.879
Ambito di Cuneo	305.929	3.425.250
Ambito di Garbagnate	1.005.434	1.403.693
Ambito di Merate	192.617	280.050
Ambito di Crema	668.213	413.682

TAVOLA 5. Quota di compartecipazione media annua per utente nei SAD e nelle Residenze



Le aree di miglioramento dell'equità

La distribuzione della spesa ha evidenziato:

- una grande variabilità nella compartecipazione dell'utenza al costo dei servizi domiciliari, che va dal 2% al 50% dei costi complessivi;
- una grande variabilità nella integrazione delle rette di ricovero per anziani poveri (insolventi): I Comuni integrano tra il 10 e il 60% della spesa sociale delle residenze (al netto dei costi a carico del SSN).

Il miglioramento dell'equità nei territori è legato all'investimento reale verso una regolamentazione condivisa dei servizi, a livello di Ambiti ed eventualmente anche di aree più vaste, provinciali e regionali. L'introduzione dell'ISEE è ancora un obiettivo da raggiungere in diversi casi e costituisce una ulteriore area di miglioramento possibile. In tutti i contesti l'approvazione di regolamenti omogenei garantisce un significativo passo in avanti nella direzione di garantire una maggior equità territoriale, quanto meno in riferimento alle soglie di accesso alle prestazioni.

Su tutto giocano un ruolo importante due soggetti: le Regioni con le loro funzioni di indirizzo e regolazione, e i piani di zona e le gestioni associate, che possono aiutare a generare una omogeneità a situazioni di partenza generalmente molto frammentate.

2. IL LIVELLO DI EFFICACIA GARANTITO

Diversi sono gli aspetti che qualificano la rete dei servizi in termini di efficacia delle risposte o che la limitano, in relazione ai bisogni specifici della popolazione anziana.

Il sistema d'offerta

A favore della non autosufficienza i territori erogano sia sostegni economici sia servizi. In che rapporto stanno tra loro? Una integrazione tra *cash* e *care* è cruciale ai fini della introduzione della "Dote di cura", intesa non come semplice elargizione economica ma come titolo per l'acquisto di servizi: come interagiscono, se lo fanno, moneta e servizi? Con quali potenzialità? Con quali limiti e difficoltà?

Tutti i contesti analizzati offrono sia servizi sia prestazioni monetarie, sotto forma di buoni, assegni di cura, *voucher*. Il Comune di Parma è stato tra i primi in Italia a introdurre un sistema di *voucher* sociali con un sistema di accredita-

mento degli enti produttori,¹ ma anche i contesti lombardi conoscono buoni e *voucher* sociali ormai da molto tempo, da più di un decennio.

La relazione tra moneta e servizi non è semplice: richiede tempo per essere regolamentata con un giusto equilibrio tra libertà (di scelta, di assistenza, di cure) e finalizzazione dei contributi verso l'utilizzo di servizi qualificati.

Per questo sembra utile osservare come le tre esperienze regionali in cui si collocano i contesti analizzati – Emilia-Romagna, Lombardia e Piemonte – hanno articolato e sviluppato esperienze diverse di sostegni monetari agli anziani, che hanno preso la forma di assegni di cura o di buoni e *voucher* sociali.

Tre "modelli" regionali

Gli Assegni di cura in Emilia-Romagna

In Emilia-Romagna l'assegno di cura per gli anziani è attivo dal 1999. Si tratta di un assegno articolato su tre fasce di intensità assistenziale: media, alta ed elevata, per importi giornalieri rispettivamente di 13, 17 e 22 euro. In presenza di indennità di accompagnamento l'assegno non può essere erogato nel caso di intensità media e viene ridotto a 8 e 5 euro giornalieri per le altre due. Quasi tre quarti dei beneficiari percepisce l'indennità di accompagnamento. L'uso delle somme viene concordato con gli operatori dei servizi nell'ambito di progetti personalizzati.² L'accesso a tali benefici è rivolto a chi ha un ISEE (estratto, solo dell'anziano) fino a 22.300 euro.

Ebbene, il numero di beneficiari ha visto negli ultimi anni *un calo consistente*. Dal 2009 al 2013 sono passati da 23.241 a 13.394. Anche la durata del beneficio si è ridotta: da 280 giorni in media a 176. Colpisce questa riduzione a fronte di una misura non particolarmente "vincolante" ma anzi bene legata al sistema dei servizi e alla possibilità di connettere l'assegno con interventi integrativi. A cosa si deve dunque questa riduzione? In parte è legata alla riduzione della spesa dedicata, ma non completamente: i tempi di assegnazione, forse criteri di accesso selettivi e una percepita "complessità" per accedere alla prestazione a fronte dei benefici offerti possono aver giocato nella direzione di una riduzione dell'utenza.

La misura "B2" in Lombardia

Nel 2013 la Regione Lombardia ha introdotto la cosiddetta misura "B2", un contributo destinato a persone con elevato indice di fragilità sociale,³ sia anziane che disabili, con uno stanziamento di 28,4 milioni di euro per il 2015, che si prospetta analogo per quest'anno. Di entità variabile, fino ad un massimo di 800 euro mensili, la sua gestione è affidata ai Comuni, sia in termini di gestione degli accessi, sia in termini di organizzazione della misura. L'anziano può utilizzare il contributo mensile erogato in vario modo: per compensare l'attività di un *caregiver* familiare o per pagare una badante, per sostenere periodi di sollievo della famiglia con ricoveri temporanei dell'anziano, per potenziare servizi dei SAD o ancora come *voucher* per acquistare prestazioni specifiche di tipo domiciliare. Il monitoraggio

finora disponibile⁴ evidenza che, per la maggior parte, si è trattato di buoni destinati al caregiver familiare o all'assistente personale. Si tratta della voce di spesa meno vincolata e più libera in termini di utilizzo: sono pochi gli Ambiti infatti che hanno richiesto una rendicontazione per esempio delle spese per una badante regolarmente assunta. Di fatto, la misura ha assunto quindi la forma di una compensazione economica delle prestazioni di assistenza del *caregiver* familiare o dell'acquisto di prestazioni di un assistente familiare. Il trasferimento monetario aperto e non controllato rischia in questo modo di riproporre una formula risarcitoria già propria dell'indennità di accompagnamento, proponendosi come integrazione ai redditi *tout court* piuttosto che come sostegno mirato agli oneri di cura.

Il Piemonte

Nel 2009 il Piemonte delibera uno stanziamento per assegni di cura a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti (DGR 39-1190/2009). Il Contributo economico⁵ – a copertura del costo dei servizi di assistenza tutelare sociosanitaria (assistenza domiciliare da parte di operatori Adest/OSS o di una assistente familiare; cure familiari; affidamento; telesoccorso; pasti a domicilio) – prevede tre livelli di intensità assistenziale e relativi massimali di spesa mensile: bassa, fino a 800 euro; media, fino a 1.100 euro; medio-alta fino a 1.350 euro. Il beneficiario concorre alla copertura della componente sociale della spesa in base alla sua situazione economica e alla disponibilità dell'indennità di accompagnamento.

È interessante rilevare come, analogamente all'Emilia-Romagna, i beneficiari di assegni di cura e buoni socio-sanitari siano calati negli anni: dai 7.275 del 2011, sono passati a 6.357 nel 2012, per poi giungere a 5.140 nel 2013. Una diminuzione che sfiora il 30% in due anni.⁶ È probabile che le ragioni di un simile calo siano ascrivibili a fattori analoghi a quelli emiliano romagnoli: difficoltà burocratiche, lunghezze procedurali, preferenza per il mercato privato della cura, al netto di oggettive contrazioni della spesa dedicata a questa misura, una spesa più facilmente contraibile rispetto a un taglio dei servizi.

Grado di copertura del bisogno

In termini di copertura del *target* potenziale, la rete dei servizi copre una porzione molto circoscritta del bisogno. In prospettiva si fatica a prefigurare una estensione della copertura della domanda e dei bisogni, in evoluzione.

Tra i diversi territori, e stiamo parlando di territori virtuosi in termini di servizi offerti alla popolazione anziana, la media della copertura del bisogno si attesta tra il 2 e il 6% della popolazione non autosufficiente, con due punte sui servizi domiciliari a Parma (14,7%) e a Cuneo (8,3%). Si noti che tali tassi di copertura riguardano la sola popolazione anziana non autosufficiente. Non tutti gli ultrasessantacinquenni, nei confronti dei quali queste percentuali sarebbero molto più basse, non molto distanti dalla media

italiana: per i SAD pari all'1,3% degli anziani, per le residenze del 2,3% (NNA, 2015).

Ma il problema non riguarda solo il fatto che i tassi di copertura del bisogno risultano molto limitati.

Infatti, l'introduzione della compartecipazione ai costi o la sua revisione ha ridotto l'utenza dei servizi in particolare domiciliari, oltre ad aver modificato il tipo di utenza: con una crescita di anziani soli e anziani poveri, per i quali i servizi fruiti sono più convenienti.

Il percorso di presa in carico

L'accesso al sistema dei servizi

I percorsi di presa in carico seguono strade che vedono diversi livelli di integrazione sociosanitaria. Nei casi lombardi in particolare troviamo una tipica differenziazione: da una parte l'accesso al sistema d'offerta socio-assistenziale, di titolarità comunale, che qui vede il punto privilegiato di ingresso negli sportelli di segretariato sociale dei singoli comuni; e dall'altra il sistema dei servizi di tipo sociosanitario di titolarità ASL, sul quale è in corso la sperimentazione regionale di un punto unico d'accesso, detto SUW o sportello unico per il welfare, che attualmente però riguarda alcuni territori e unicamente l'area sociosanitaria (ADI, protesica, riabilitazione...), seppur con una prospettiva di ampliamento progressivo a tutto il sistema di welfare locale. Sebbene nel tempo vi siano stati tentativi di sperimentare dispositivi unitari per l'accesso, integrati sia tra i comuni dell'ambito che con la ASL (per esempio, CEAD sulla domiciliarità), questi non sembrano essere andati molto oltre il percorso sperimentale. Diversa è l'esperienza del Comune di Parma, dove l'integrazione tra Comune e AUSL è forte e radicata sia nel momento iniziale di una valutazione congiunta dei casi, nelle UVG, sia nella definizione e proposta di un Piano di cura, con l'assistente sociale che opera da vero e proprio case manager entro un sistema di *voucher* che

TAVOLA 6. Grado di copertura del bisogno

	Analisi trasversale	N° utenti	% su pop. non auto-suff. >65 (stima)
SAD	Comune di Parma	1.178	14,7
	Ambito di Cuneo	249	8,3
	Ambito di Garbagnate	247	4,0
	Ambito di Merate	220	5,6
	Ambito di Crema	321	6,5
Assegni/ buoni	Comune di Parma	531	6,6
	Ambito di Cuneo	102	3,4
	Ambito di Garbagnate	158	2,6
	Ambito di Merate	46	1,2
	Ambito di Crema	155	3,1
Residenze (integrazione rette)	Comune di Parma	197	2,5
	Ambito di Cuneo	257	8,6
	Ambito di Garbagnate	117	1,9
	Ambito di Merate	28	0,7
	Ambito di Crema	69	1,4

Note

- 1 Si veda in particolare Rotolo, 2014.
- 2 Un contributo aggiuntivo di 160 euro al mese viene erogato nel caso di impiego regolare di una badante. Questo viene fruito da circa il 29% dei beneficiari dell'assegno di cura. Per questo la soglia ISEE (estratto, del solo anziano) è pari a 15.000 euro. Tutti i dati sono tratti dalla "Relazione periodica della Regione Emilia sulla applicazione della DGR 1377/1999. Anno 2013".
- 3 DGR 740/2013. Si tratta in particolare di persone con gravi limitazioni che ne compromettono l'autosufficienza ed autonomia personale nelle attività della vita quotidiana e, in particolare: persone affette da disabilità gravi e gravissime di tipo fisico-motorio, tra i 18 e i 65 anni; anziani non autosufficienti; soggetti affetti da patologie del motoneurone.
- 4 Si veda il *Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*: www.maggioli.it/lombardiachecura
- 5 Si veda anche la DGR 15 febbraio 2010, n. 56-13332.
- 6 Cfr. Regione Piemonte, Direzione Coesione Sociale, *I servizi sociali territoriali in cifre*, Torino, 2015.

lascia alle famiglie la facoltà di scegliere l'ente a cui rivolgersi.

In termini di accesso ai servizi, tutti i casi considerati risentono tuttavia, ancorché in misura variabile, di un contesto generale di difficoltà nella interazione tra cittadini e sistema dei servizi. Difficoltà recentemente messe in evidenza dal *Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*. Molte famiglie e molti anziani risultano poco informati su ciò che il sistema pubblico offre. Le famiglie che si prendono cura sono poco abituate a esprimersi, propense al welfare fai-da-te, al passaparola come fonte primaria di informazione su ciò che il contesto offre in termini di aiuti possibili. I servizi formali, gli aiuti domiciliari in particolare, in Lombardia per esempio sono utilizzati da meno di tre non autosufficienti su dieci. La maggioranza delle famiglie con anziani non autosufficienti a carico non usa ed è poco interessata a fruire degli aiuti che la rete dei servizi offre loro.

Una realtà più rassegnata che rivendicativa, distante dal sistema dei servizi, interessata casomai ad avere più soldi, possibilmente senza vincoli. L'interesse maggiore è verso un aiuto "monetizzato" che dia la possibilità di un uso libero delle somme ricevute.

Da questo punto di vista l'integrazione tra "moneta e servizi" costituisce prima ancora che un obiettivo operativo, una scommessa culturale. Che richiede azioni quali: una informazione corretta e diffusa, la capacità di comunicare con un pubblico vasto, la capacità di sostenere i vantaggi di un mercato regolato.

Le aree di miglioramento dell'efficacia

Le aree di miglioramento dell'efficacia sono diverse. In base all'analisi effettuata e la nostra proposta di "Dote di cura" ci preme porre l'attenzione in particolare su due ambiti: quello dell'accesso e il rapporto tra moneta e servizi.

Il tema dell'accesso riguarda l'informazione sui servizi, su come accedervi, su ciò che offrono, sulle alternative a disposizione, degli anziani e delle famiglie. Alla base di bassi tassi d'uso sui servizi (domiciliari) sta anzitutto un problema di informazione.

Vanno sviluppati luoghi di primo livello che informino e che comunichino proattivamente le informazioni alle famiglie, cioè luoghi che "sifanno vicini alle famiglie". Occorre porre attenzione a come questa informazione viene comunicata, diffusa, resa disponibile e intercettata dal bisogno potenziale.

Questi luoghi sono punti di primo accesso e devono integrare, valorizzandole, le diverse offerte informative già esistenti nei territori. Serve per questo un grande lavoro di connessione, di collaborazione, e di ricomposizione su due assi: tra pubblico, privato sociale e parti sociali (pensiamo alle associazioni, i sindacati, la cooperazione sociale, il mondo ecclesiale) e tra comparti diversi del pubblico: sociale, sociosanitario e sanità (Comuni, ASL, Ospedali). Servono *one stop shop*, punti di accesso a bassa soglia, luoghi unificati tra sociale puro e sociosanitario che semplificano l'accesso alle possibilità esistenti,

che agganciano precocemente il bisogno usando strumenti e linguaggi che partono da ciò che le famiglie possono aver bisogno. A Crema per esempio si lavora sui "Punti comunità", gestiti in stretta collaborazione con associazioni del terzo settore.

Una seconda area di miglioramento, con riferimento alla nostra proposta di "Dote di cura", riguarda la possibilità di offrire contributi che si legano al sistema dei servizi, superando la logica dei binari paralleli.

Da questo punto di vista i casi qui esaminati ci dicono almeno tre cose:

- *Interventi monetari troppo vincolati*, complessi nelle modalità di accedervi, o deboli nei vantaggi che offrono risultano poco appetibili per una popolazione che trova alternative nel mercato privato della cura (anche se si tratta di un mercato dequalificato, che lascia anziani e famiglie in balia della loro solitudine e alla continua rincorsa di soluzioni migliori).
- *La possibilità di scegliere*, quindi di usare le erogazioni monetarie per fruire di servizi non deve essere vissuta come un onere in più, una complicazione, ma come una opportunità. Per questo servono procedure semplici e snelle, poca burocrazia, basse soglie di accesso. La *possibilità di scegliere* va sostenuta e deve accompagnarsi con la *capacità di scegliere*.
- *Moneta e servizi* si integrano meglio là dove lo spettro delle offerte possibili è ampio, riguarda aiuti anche non tradizionali: pensiamo alle soluzioni intermedie tra casa e ricovero in struttura, pensiamo agli aiuti "domiciliari" semplici: piccole manutenzioni, trasporti, prenotazione di visite, telecontrollo e così via.

3. IL LIVELLO DI EFFICIENZA GARANTITO

In termini di efficienza complessiva del sistema territoriale degli interventi di sostegno alle persone con non autosufficienza, le osservazioni locali mettono in evidenza alcuni aspetti ulteriori.

Integrazione delle conoscenze

L'efficienza migliora con un uso ottimizzato delle conoscenze. Conoscenze puntuali sull'andamento dei servizi, e sui singoli casi in carico, sono essenziali. Per questo servono sistemi informativi efficienti. Tutti i casi presi in esame assegnano un'importanza particolare al ruolo che può avere un sistema informativo basato su "Cartelle sociali" informatizzate: da anni attivo a Crema a Parma per esempio. Ma variabili sono i livelli di effettiva realizzazione di un sistema informativo capace di fornire sia un supporto gestionale, sia elementi di monitoraggio e conoscitivi sulle politiche in atto. La Cartella sociale può diventare un buon dispositivo per realizzare ricomposizione e il coordinamento degli interventi. Diversi territori ci stanno lavorando, nella consapevolezza della necessità di un lavoro di rete tra servizi che devono condividere informazioni di interesse comune e che questo richiede tempo e investimenti specifici.

Inoltre, l'integrazione delle conoscenze può alimentarsi attraverso lo sviluppo di "luoghi" di integrazione: UVG, sportelli, e così via, che possono essere oggetto di interessanti percorsi formativi e di aggiornamento professionale. L'esperienza di Garbagnate è interessante da questo punto di vista: la formazione degli operatori comunali e delle ASL insieme è identificata quale strategia per fornire un quadro di riferimento comune rispetto al sistema dei servizi in essere e alle opportunità esistenti, indipendentemente dalla responsabilità diretta sulla specifica misura. Una scelta orientata a far sì che un operatore del segretariato sociale del singolo comune (o del servizio fragilità della ASL), nel momento della diagnosi del bisogno e nel percorso di presa in carico, possa orientare l'utente con consapevolezza e progettualità nell'integrazione delle diverse opportunità esistenti (anche quelle che non governa direttamente), in modo rispondente al suo bisogno. La formazione emerge dunque come dispositivo utile a sostenere gli operatori nel proprio lavoro, a garantire l'appropriatezza della presa in carico rispetto a contesti e problemi in continua evoluzione ed anche per favorire omogeneità ed integrazione rispetto all'informazione, orientamento e accesso ai servizi.

Efficienza organizzativa

Quanto raccolto non ci consente di sviluppare una analisi puntuale dei rapporti tra risorse (economiche e umane) impiegate e risultati ottenuti. Ma segnala le criticità di un servizio, il SAD in particolare, che soffre la concorrenza delle alternative a disposizione delle famiglie e che sembra sempre più appartenere ad una realtà oggi superata: in cui le risorse familiari erano molti più forti, le patologie degli anziani molto diverse e in cui non esistevano le badanti.

Realtà come Parma, Crema, Merate, Garbagnate esprimono la necessità di andare verso un sistema più aperto e flessibile: una rete che valorizza i servizi più consolidati, li connette con interventi e progetti innovativi, che fa sintesi in termini di governo di sistema, tra il quadro dei bisogni e quello delle risposte. Una rete che mette in relazione aiuti diversi: assistenza di base con quella specialistica, trasporti, residenzialità temporanea, ristorazione, acquisto di medicine, pratiche burocratiche. Una rete che si adatta a bisogni diversi, che richiedono forte specializzazione ma anche aiuti semplici e a bassa complessità. È una rete che guarda ai caregiver, non solo agli anziani, e all'incremento delle patologie cognitive e cronico degenerative in età avanzata. Una rete che valorizza tutte le risorse che gli enti possiedono sul territorio, comprese Rsa e Centri diurni, a favore della permanenza delle persone a casa propria.

L'esperienza del progetto "Home Care Premium" (tavola 7) ha finora mostrato elementi di interesse in questa direzione.

Integrazione tra gli attori del territorio

Si registra un disomogeneo livello di integrazione istituzionale e organizzativa tra enti (Comu-

TAVOLA 7. Home Care Premium

L'**Home Care Premium** è una misura destinata a dipendenti o pensionati pubblici non autosufficienti che sostiene l'assistenza domiciliare sia mediante contributi diretti di tipo economico (fino a 1.200 euro mensili) che la possibilità di accedere a prestazioni assistenziali integrative (fino ad un tetto annuo di 3.000 euro).

Parma, Cuneo e Garbagnate sono, tra i casi analizzati, quelli che hanno partecipato al progetto, attraverso il quale hanno complessivamente dato un sostegno a oltre 200 anziani.

Gli elementi di valutazione emersi hanno dato evidenza di come il progetto sia stato un'occasione interessante per sperimentare e consolidare percorsi di progettazione sul caso:

- capaci di dedicare attenzione all'analisi della situazione, in una prospettiva d'insieme;
- orientati alla valorizzazione delle risorse presenti, sia umane (familiari e reti informali) che economiche (anche ad esempio l'indennità di accompagnamento viene conteggiata e sottratta al contributo stabilito in base ai criteri definiti);
- basando la progettazione di un *mix* di interventi che contemplano sia risorse monetarie che l'attivazione di servizi;
- declinata a partire da un budget legato alle condizioni della persona e quindi calibrato sulle singole specificità mediamente di circa 1.800 euro a persona, (da un massimo di 4000 euro, soprattutto minori e giovani, a un minimo di 1.000)

Una sperimentazione che ha provato a modificare la logica di intervento spesso vincolata dall'offerta esistente, più che motivata dal reale bisogno dalla persona, favorendo un approccio più progettuale.

Una sperimentazione che ha visto mettere in campo da parte degli enti accreditati una flessibilità nel proprio intervento, calibrando interventi diversificati per prestazioni e modalità, una flessibilità che faticosamente perseguita all'interno del tradizionale servizio Sad.

La presa in carico, secondo questa modalità, ha ottenuto un certo apprezzamento da parte delle famiglie, con un buon livello di soddisfazione dell'assistenza ricevuta, anche se abbiamo anche riscontrato una certa complessità nella gestione della misura.

ni e ASL), tra servizi (SAD e ADI), tra professioni (assistenti sociali e medici di base) e tra livelli: territoriale e residenziale. Le situazioni da questo punto di vista risentono di modelli regionali che hanno storicamente visto una integrazione tra sociale e sanitario diversa, più avanzata in Emilia-Romagna, minore in Lombardia, e forse in una posizione intermedia in Piemonte. La frammentazione degli interventi, le loro sovrapposizioni, disorientano il cittadino utente e tendono a privilegiare chi riesce a informarsi meglio rispetto a chi ha un bisogno maggiore.

La ricognizione effettuata evidenzia l'importanza sia di intese di tipo istituzionale sia di sinergie sul piano professionale e organizzativo. Facciamo un esempio: possiamo definire eccellenti protocolli sulle dimissioni protette, ma senza una sintonia tra operatori, canali fluidi di comunicazione, gli accordi presi rimangono accordi sulla carta. Cabine di regia e altri luoghi della programmazione congiunta devono riconoscere l'importanza del livello di collaborazione professionale: nelle equipe di lavoro, nel lavoro congiunto sui casi, nelle Unità di valutazione e nelle funzioni, sempre più necessarie, di *case management*.

Le aree di miglioramento dell'efficienza

Una programmazione dei servizi integrata tra ambito sociale e sociosanitario è chiave di volta per migliorare i livelli di efficienza organizzativa, con una implementazione di luoghi dedicati alla *governance* di sistema, con una organizzazione, strumenti e dotazioni congruenti a realizzare una programmazione integrata delle risorse e delle attività territoriali.

Il nuovo ISEE va colto come opportunità per

introdurre regolamentazioni omogenee di compartecipazione alla spesa a livello prima regionale, poi di Ambiti distrettuali, per singole tipologie di servizio, con l'obiettivo di raggiungere nel tempo convergenze a livello di ASL. L'adozione del nuovo ISEE da parte dei Comuni deve assicurare la sostenibilità della compartecipazione a carico dei destinatari delle prestazioni agevolate con l'applicazione di tariffe che corrispondano a criteri di proporzionalità ed equità.

Una regia di sistema deve superare i rischi di un "welfare duale" quale quello che si configura, per esempio, in Lombardia. Dove il welfare dei servizi sociali, delle innovazioni e delle sperimentazioni, è completamente demandato ai Comuni e al Terzo settore, e dove la Regione proietta i suoi investimenti su misure monetarie aggiuntive, che non modificano la struttura dell'offerta già presente.

Questa *governance* deve essere prima nazionale, poi regionale e locale, deve strutturalmente dotarsi di strumenti di monitoraggio e valutazione di sistema, perché uno strumento come la "Dote di cura" ha costantemente bisogno di essere verificato, valutato, corretto.

4. LA SOSTENIBILITÀ DELLA RIFORMA PROPOSTA

L'analisi fin qui svolta ha evidenziato una geometria variabile del sistema di offerta per la non autosufficienza sui territori indagati, anche in considerazione della presenza di modelli regionali di *welfare* molto diversi tra loro, in termini di ruoli ricoperti dall'ente Regione, integrazione socio-sanitaria e percorsi di presa in carico.

Limitata è la copertura della popolazione *target*, specie con riferimento ai servizi domiciliari che hanno visto diminuire progressivamente la loro utenza in considerazione dell'aumento abbastanza generalizzato della richiesta di compartecipazione al costo del servizio.

L'eterogeneità maggiore riguarda la regolamentazione degli accessi ai servizi, più uniforme e unificata nel caso dei SAD, ma decisamente frammentata e per lo più lasciata alla discrezionalità comunale nel caso delle strutture residenziali.

I territori, nonostante le differenze che li caratterizzano, hanno mostrato convergenza sulla necessità di investire su un sistema misto di trasferimenti e sostegni diretti, *in kind*, in linea con la nostra proposta di "Dote di cura".

Tuttavia, l'attrattività di sostegni monetari sotto forma di buoni e assegni di cura è in calo, come hanno mostrato i dati regionali esposti, soprattutto se vincolanti nel loro uso e se limitati nelle cifre erogate.

Un'indennità di accompagnamento riformata, sotto forma di "Dote di cura", quindi collegata a una presa in carico e alla fruizione di servizi, richiederà soprattutto un investimento organizzativo, sulle piante organiche, che dovranno adeguarsi nei confronti di una utenza in aumento. Proviamo a vedere come.

Assumiamo che i beneficiari della Dote di cura siano in numero analogo a quello della indennità di accompagnamento. Quanti di questi sono già utenti dei servizi, e quanti non lo sono, risultando essere nuovi possibili fruitori? Quantificare i nuovi possibili fruitori dei servizi ci dà una misura del nuovo carico di cura che peserà sui servizi.

Nella tavola 8 si evidenzia, ancora una volta, la limitatezza della rete dei servizi pubblici rispetto al volume del bisogno potenziale, la rilevanza del mercato delle badanti e in ultima colonna una stima dei beneficiari della Dote di cura che – come detto – li assume numericamente analoghi a quelli dell'attuale indennità di accompagnamento.

Nei servizi domiciliari e a ciclo diurno i dati raccolti nei territori ci dicono che circa il 30-40% dell'utenza riceve l'indennità di accompagnamento. Molto più elevata la quota nei servizi residenziali: intorno al 90% – se non di più – degli ospiti. Seguendo queste proporzioni, dei 19.600 anziani potenzialmente beneficiari della Dote di cura nei cinque contesti esaminati, circa 15.000, ossia la larga maggioranza, non sono seguiti da alcun servizio e potrebbero in parte transitarvi.

Nel capitolo relativo alla proposta sulla Dote di cura abbiamo ipotizzato che circa il 20% dei beneficiari la userà come *voucher*: *stiamo parlando di un totale di 3.000 anziani*. Si tratta tuttavia di anziani diversi in termini di condizioni di autosufficienza, esigenze, complessità del caso. Per questo impegneranno in modo variabile il sistema dei servizi, nei suoi diversi passaggi.

È indispensabile prevedere un rafforzamento del personale:

- nella gestione dei primi accessi;
- nella valutazione dei casi (UVM);
- nella coordinamento delle attività e nella gestione amministrativa;
- nelle funzioni di *case management*.

Il fabbisogno di personale si riduce attraverso un sistema efficiente dotato di un solido sistema informativo, monitorato in tempo reale, strutturato in termini di possibilità di intervento e relativi costi, al tempo stesso capace di adattarsi a bisogni diversi in quanto non tutti gli anziani rappresentano "casi complessi" e hanno bisogno delle stesse procedure di presa in carico.

Naturalmente la nuova misura non avrà bisogno solo di un organico rinforzato, ma di tutti quei fattori che abbiamo richiamato in queste pagine parlando di "Aree di miglioramento" e che riguardano servizi di tipo domiciliare, residenziale, semi residenziale e a ciclo diurno. $\square$

TAVOLA 8. Servizi tradizionali, badanti e Dote di cura

	Popolazione >65	Utenti SAD + assegni + RSA	Stima n. badanti *	Stima anziani con Dote di cura **
Comune di Parma	43.170	2.917	3.700	5.000
Ambito di Cuneo	28.000	810	2.400	3.200
Ambito di Garbagnate	39.000	522	3.300	4.400
Ambito di Merate	24.570	294	2.100	3.000
Ambito di Crema	31.000	545	2.700	4.000
Totale	165.740	5.088	14.200	19.600

Note: * Stima su dati IRS e Qualificare.info. ** Si tratta di una proiezione che prende come riferimento il numero stimato di beneficiari di indennità di accompagnamento.

Gli interventi e i servizi a sostegno e promozione delle persone con disabilità

8.

L'analisi trasversale qui presentata si basa sulla lettura dei dati e delle evidenze raccolte nei cinque territori approfonditi – Crema, Garbagnate, Merate, Cuneo e Parma – in relazione alle parti di servizi e di spesa riferiti all'area della disabilità. I sistemi regionali di welfare presentano differenze e peculiarità a livello normativo, organizzativo e di governo locale delle risorse (in alcuni casi riferito solo alla spesa sociale di titolarità comunale, in altri ampliato ai trasferimenti di fonte regionale). Per l'analisi trasversale dei dati si è reso pertanto necessario operare una selezione dei dati relativamente agli interventi e servizi meglio comparabili. Si rimanda alla lettura dei report specifici di ciascun territorio per avere il quadro completo della *policy* a livello locale.

1. IL LIVELLO DI EQUITÀ GARANTITO

L'evoluzione della domanda e il grado di penetrazione territoriale garantito

In relazione all'evoluzione della domanda, le analisi territoriali hanno evidenziato, in analogia all'area non autosufficienza, un incremento della complessità delle situazioni in carico e l'emergere di nuova utenza, precedentemente fuori dal circuito della presa in carico sociale. Sono citati ad esempio l'incremento delle persone con sindrome dello spettro autistico, l'aumento della presa in carico di persone ad elevato carico assistenziale (SLA e stati vegetativi), l'incremento delle demenze, anche in relazione all'allungamento delle aspettative di vita delle persone con disabilità. A queste si aggiunge una crescita della difficoltà nella gestione del carico di cura familiare in un contesto di generale impoverimento e crisi socio-economica del Paese.

È interessante notare come, a differenza delle altre aree di *policy*, la percezione degli operatori territoriali è di una buona capacità di intercettare la domanda potenziale: in effetti, il tasso di copertura della popolazione *target* – ovvero la stima *proxy* delle persone residenti con gravi limitazioni funzionali e con meno di 65 anni di età – è per alcuni territori decisamente significativo (Cuneo, Merate).

Gli approfondimenti condotti hanno evidenziato tuttavia come la conoscenza del bisogno sia generalmente riferita alle situazioni di disabilità medio-grave, che necessitano di percorsi strutturati, mentre da più parti si evidenzia come le disabilità lievi, soprattutto in età adulta, sfuggano spesso alla presa in carico dell'ente locale.

Risultano particolarmente critici, nel presidio della domanda potenziale, i momenti di passaggio alle diverse fasi di vita: la maggiore età, il passaggio verso la vita adulta autonoma (il cosiddetto Durante/Dopo di noi) o verso la vecchiaia, fasi spesso accompagnate dal cambio di interlocutori nella rete dei servizi e di titolarità istituzionali.

In alcuni territori si evidenzia una progressiva flessione, come per l'area non autosufficienza, dei servizi di tipo domiciliare (per esempio, SADH) e una evidente correlazione con la recente introduzione di soglie di compartecipazione al costo (Merate). In altri territori si sottolineano invece ragioni riferite alla progressiva riduzione delle risorse pubbliche e dunque la possibilità di servire un numero inferiore di utenti, nonché un conseguente schiacciamento del servizio verso prestazioni assistenziali che però interessano poco alle famiglie (Garbagnate).

Il grado di penetrazione maggiore è quasi ovunque riferito ai servizi semiresidenziali e a ciclo diurno, che risultano tra l'altro gli unici ser-

TAVOLA 1. Grado di penetrazione territoriale degli interventi di sostegno alla disabilità e grado di copertura della popolazione target, su una selezione di interventi/servizi rilevati

		N° utenti	% su residenti	% su pop. target *
Servizi domiciliari	Ambito di Crema	247	0,15	17,53
	Ambito di Garbagnate	83	0,04	5,03
	Ambito di Merate	133	0,11	13,87
	Ambito di Cuneo	294	0,24	26,85
	Comune di Parma	229	0,12	12,50
Servizi semi-residenziali	Ambito di Crema	145	0,09	10,29
	Ambito di Garbagnate	182	0,09	11,93
	Ambito di Merate	227	0,19	23,67
	Ambito di Cuneo	488	0,40	47,33
	Comune di Parma	308	0,16	16,90
Servizi residenziali	Ambito di Crema	30	0,01	2,13
	Ambito di Garbagnate	63	0,03	3,72
	Ambito di Merate	53	0,04	5,53
	Ambito di Cuneo	125	0,10	12,12
	Comune di Parma	87	0,05	4,77

Legenda

Servizi domiciliari: SADH, buoni e *voucher*, vita indipendente.

Servizi semiresidenziali: Centri diurni, CDD, CSE, SFA, SIL.

Servizi residenziali: RSD, RSD aperte, CSS, Gruppi appartamento e accoglienze temporanee, Comunità alloggio.

Nota: * stima delle persone <65 anni con gravi limitazioni funzionali (da Indagine multiscopo ISTAT).

vizi su cui si riscontra la presenza di liste d'attesa e dunque la presenza di una domanda espressa non soddisfatta.

La regolazione dell'accesso alle prestazioni e compartecipazione

Il sistema di prestazioni per la disabilità, nei contesti sovra-comunali analizzati (cioè tutti tranne Parma), presenta una regolazione dell'accesso tendenzialmente omogenea a livello d'ambito per quanto riguarda le prestazioni domiciliari ed è diffusa anche per quelle a ciclo diurno. Risulta invece abitualmente regolato in modo eterogeneo da parte del singolo comune il comparto residenziale relativo all'integrazione delle rette per i servizi quali RSD e CSS.

Abitualmente l'accesso è regolato dall'età della persona e dal livello di gravità della sua disabilità, dato che spesso l'articolazione dell'offerta è differenziata in base a questi due ultimi aspetti. Solo per specifiche misure (per esempio, erogazioni economiche a sostegno della domiciliarità vincolate alla residenza a Crema; alcuni servizi semiresidenziali a Parma).

L'ISEE non viene assunto, tendenzialmente, quale requisito d'accesso alle prestazioni; viene considerato quale parametro per la definizione delle soglie di compartecipazione al costo da parte dell'utenza. In alcuni casi l'accesso risulta vincolato all'ordine cronologico della richiesta e alla progressione delle liste d'attesa (Crema).

È interessante notare che la valutazione della condizione di gravità della persona, soprattutto per le prestazioni di tipo socio-assistenziale, non fanno riferimento a strumenti codificati e condivisi, se non in rari casi legati per lo più a progettualità o sperimentazioni specifiche (per esempio, Misura B2 in Lombardia; progetto 0-18 a Garbagnate; Servizio SAI a Merate, protocollo "Un approdo in ogni snodo" di Crema). Fanno eccezione le realtà dove esistono dispositivi strutturati di valutazione della persona, spesso in integrazione con la parte socio-sanitaria, come il caso delle Unità di Valutazione Multidimensionale Disabili di Cuneo e la UVM di Parma.

In tema di compartecipazione, l'orientamento dei territori osservati appare variegato. Vi sono contesti in cui il livello di compartecipazione richiesto all'utenza è storicamente molto limitato, come Parma, ad altri in cui il tema della compartecipazione è stato introdot-

to e perseguito negli anni, addirittura con una regolazione omogenea a livello provinciale (per esempio, Merate). La maggior parte dei territori prevede la compartecipazione al costo per l'erogazione di servizi-struttura a ciclo diurno e residenziale. Più recente, e generalmente su percentuali di copertura inferiori, è invece l'introduzione di tariffe a carico dell'utenza per i servizi domiciliari.

Ad esempio per il servizio SADH la compartecipazione è fissata con tariffe progressive che vanno dall'esenzione a quote orarie comprese tra i 14 a 19 euro. Per i servizi a ciclo diurno vengono più spesso applicate tariffe fisse giornaliere. Interessante notare che in alcuni contesti l'applicazione del nuovo ISEE (DPCM 159/2013) sta portando a definire criteri di riferimento omogenei anche per l'area della residenzialità, superando l'eterogeneità regolativa del passato (per esempio, Garbagnate).

In termini di soglie ISEE di riferimento, dai contesti per i quali si è riusciti a raccogliere il dato (Garbagnate, Merate e Crema), emerge un livello di esenzione per valori ISEE prossimo al minimo vitale INPS (6.000-7.000 euro a Crema), sino a soglie massime intorno ai 18-20.000 euro, oltre alle quali l'utente copre il costo totale del servizio (Garbagnate e Crema).

L'esperienza dell'ambito di Merate aggiunge, oltre alla regolazione omogenea dei requisiti di accesso e della tariffazione per i servizi diurni, anche una definizione omogenea del costo complessivo del servizio. In questo modo si è riusciti a pervenire a livello territoriale alla definizione di quote uniche di integrazione da parte dei comuni (quote distrettuali per i CDD e quote provinciali per CSE e SFA).

Distribuzione della spesa

In riferimento alla spesa precisiamo, come anticipato in premessa, che i dati di seguito riportati comprendono la parte di spesa effettivamente comparabile riferita a servizi omogenei, vale a dire la quota di spesa comunale/d'ambito più l'eventuale compartecipazione dell'utenza. La ratio di questa selezione è data dalla diversa impostazione della regolazione della spesa che si ha per il welfare territoriale nelle diverse regioni. In alcune (per esempio, in Emilia-Romagna e Piemonte) parte delle risorse erogate dalla Regione sono di diretto governo locale (per

TAVOLA 2. Articolazione della regolazione dell'accesso e della compartecipazione alle prestazioni per la disabilità

	Accesso			Compartecipazione utenti	
	Regolazione	Criteri economici	Criteri non economici	Regolazione	Criteri
Servizi domiciliari	Generalmente d'ambito per contesti sovra zonali. Comunale per Parma	Generalmente assenti	Età, grado di gravità e, dove previsto, valutazione UVM. Raramente certificazione livello di invalidità e residenza	Generalmente d'ambito per contesti sovra zonali. Comunale per Parma	Generalmente tariffe progressive in base all'ISEE. Soglia max ISEE >15-20.000 €* e tariffe sino a 14-19 €/h
Servizi semi-residenziali	Generalmente d'ambito, talvolta provinciali o regionali	Generalmente assenti	Età, grado di gravità e, dove previsto, valutazione UVM. Raramente residenza	Variabile, d'ambito in alcuni casi, comunale in altri. Comunale per Parma	Diffuse tariffe fisse giornaliere
Servizi residenziali	Generalmente comunali, raramente omogenee a livello d'ambito	Generalmente assenti	Età, grado di gravità e, dove previsto, valutazione UVM. Raramente residenza	Variabile	Variabili

Nota: * Dato riferito a Parma (assegni di cura) e Crema e Garbagnate (SADH).

esempio, la spesa per la residenzialità anche di tipo sociosanitario); mentre in altre il sistema vede una netta separazione tra ASL e Comuni, per cui la ricomposizione della spesa totale per il comparto risulta molto complicata e, di fatto, impraticabile.

Confrontando i dati di spesa riferiti alle specifiche tipologie di prestazioni/servizi è visibile una certa differenza nei diversi territori, sia sui livelli di compartecipazione, di cui abbiamo in parte detto, che di spesa media annua per utente (tavola 3).

A Cuneo, per esempio, la spesa media per utente ospitato in Comunità socio-sanitaria ammonta a 17.663 euro mentre gli utenti compartecipano al costo dei servizi in misura rilevante e differenziata a seconda del sub-ambito (il 18,0% nel caso del Consorzio CSAC, il 49,5% della Comunità Montana).

In merito alla compartecipazione si aggiungono alcune osservazioni ulteriori:

i servizi domiciliari mostrano livelli di compartecipazione limitati, dal livello nullo di Parma al 22% di Merate; la residenzialità è l'area che vede generalmente la quota di compartecipazione maggiore, sebbene, come per i servizi a ciclo diurno, vi siano posizionamenti molto diversi;

ci sono territori che sembrano fare scelte nette rispetto ai servizi da sottoporre a compartecipazione (per esempio, a Cuneo la compartecipazione è prevalentemente sulla residenzialità); altri in cui la compartecipazione riguarda in modo pressoché equilibrato tutte le tipologie di servizi (per esempio, Crema).

In riferimento alla spesa, i servizi per la domiciliarità (SADH e buoni e voucher) sono quelli a cui i territori sembrano generalmente destinare il minor numero di risorse, ad eccezione di Crema. È da precisare tuttavia che tale dato triplica se si considerano anche i servizi ausiliari erogati dai comuni, come pasti e trasporto, e soprattutto il servizio di assistenza scolastica (si vedano i report specifici di Cuneo e Parma in proposito).

I servizi residenziali, come noto, sono quelli con i livelli superiori di spesa media annua per utente, sebbene anche in questo caso la variabilità sia piuttosto ampia, in ragione dei diversi contesti geografici di provenienza - e dunque dei relativi costi - ma anche, come detto in apertura, di differenti politiche regionali (copertura dei LEA per servizi sociosanitari). È da precisare che il dato di Merate è con tutta probabilità sottostimato, in ragione della difficoltà segnalata nel ricostruire puntualmente il dato di spesa da parte di tutti i 26 comuni dell'ambito. Questo porta a considerare, verosimilmente, un certo riequilibrio nella distribuzione della percentuale di spesa per i semiresidenziali rispetto al totale (tavola 4).

Anche i servizi a ciclo diurno mostrano una certa variabilità, in alcuni casi spiegabile con i recenti investimenti specifici su quest'area di servizi (per esempio, Garbagnate e Merate).

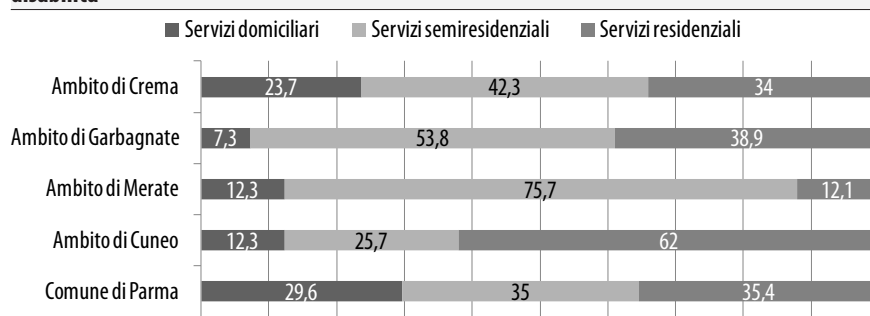
I dati raccolti possono essere letti anche per dare valore alle politiche costruite sul territorio. Una progettualità personalizzata e di vita autonoma in Lombardia, ad esempio, è pensabile tenendo insieme i servizi domiciliari (di

TAVOLA 3. Distribuzione della spesa, incidenza della compartecipazione e spesa media annua per utente (€)

		N° utenti	Spesa comparabile	% compartecipazione	Spesa media annua utente
SADH	Ambito di Crema	85	345.204	11,54	4.061,22
	Ambito di Garbagnate	77	255.050	4,34	3.312,34
	Ambito di Merate	43	102.201	22,03	2.376,77
	Ambito di Cuneo	250	280.272	2,14	1.121,09
	Comune di Parma	121	373.257	0,00	3.084,77
Buoni e voucher	Ambito di Crema	162	217.565	12,29	1.342,99
	Ambito di Garbagnate	6	31.200	0,00	5.200,00
	Ambito di Merate	90	175.899	0,00	1.954,43
	Ambito di Cuneo	44	156.446	0,00	3.555,59
	Comune di Parma	108	468.574	0,00	4.338,65
Servizi diurni	Ambito di Crema	145	1.003.267	28,20	6.919,08
	Ambito di Garbagnate	182	2.098.875	8,46	11.532,28
	Ambito di Merate	227	1.715.948	9,85	7.559,24
	Ambito di Cuneo	174	721.616	2,08	4.147,22
	Comune di Parma	147	563.712	11,53	4.276,95
Servizi residenziali	Ambito di Crema	30	807.081	25,05	26.902,70
	Ambito di Garbagnate	63	1.517.334	35,32	24.084,67
	Ambito di Merate	53	273.691	44,70	5.163,98*
	Ambito di Cuneo	125	2.207.842	42,62	17.662,74
	Comune di Parma	87	1.007.415	13,40	11.579,48

Nota: * Con tutta probabilità il dato è sottostimato.

TAVOLA 4. Ripartizione % della spesa dei territori per alcuni servizi comparabili sull'area disabilità



natura prevalentemente assistenziale) e quelli semiresidenziali (di natura più progettuale). Nei contesti lombardi si è realizzato, sebbene talvolta ancora in modo sperimentale e limitato, un lavoro specifico per costruire luoghi di progettazione per seguire le persone con disabilità nel tempo e accompagnarle nei propri percorsi di vita (a Crema il protocollo "Un approdo in ogni snodo"; a Merate il servizio SAI; a Garbagnate il progetto o-18). A Parma, invece, le progettualità sono legate anche a percorsi in strutture residenziali, parzialmente ad elevata protezione sociosanitaria.

Interessante infine osservare, in termini di equità, l'incidenza della spesa locale rispetto a quanto erogato a livello territoriale comprendendo le misure di invalidità civile e indennità di accompagnamento (stima su dati IT-SILC 2013). La spesa locale, come detto sottostimata poiché depurata delle eventuali quote derivanti da fonte regionale e da alcuni servizi aggiuntivi erogati a livello territoriale, incide mediamente per quasi un terzo della spesa totale, confermando

TAVOLA 5. Spesa sull'area disabilità, territoriale e nazionale (€)

	Spesa territoriale	Stima spesa invalidità civile	Stima indennità di accompagnamento	Spesa totale	Incidenza spesa territoriale su totale
Ambito di Crema	2.373.117,00	3.116.000,80	5.045.197,86	10.534.315,66	22,5
Ambito di Garbagnate	3.902.460,00	3.482.516,00	5.728.692,19	13.113.668,19	29,8
Ambito di Merate	2.267.740,00	2.144.263,20	3.559.334,14	7.971.337,34	28,4
Ambito di Cuneo	4.048.580,00*	2.683.522,40	3.840.218,28	10.572.320,68	38,3
Comune di Parma	5.260.639,00*	6.861.003,20	6.457.159,43	18.578.801,63	28,3

Note: * La spesa territoriale considera anche i servizi di trasporto e assistenza scolastica.

l'investimento rilevante che viene dal territorio su questa asse di *policy*.

Le aree di miglioramento dell'equità

In riferimento allo sviluppo di una maggior equità del sistema di prestazioni e servizi territoriali in sostegno della disabilità, i territori stanno procedendo verso una progressiva regolazione dell'accesso e della compartecipazione. L'introduzione del nuovo indicatore ISEE, e la concomitante revisione dei regolamenti, sta rappresentando anche per quest'area di *policy* un'occasione per fare passi in avanti concreti.

2. IL LIVELLO DI EFFICACIA GARANTITO

Il sistema d'offerta

Il sistema d'offerta per la disabilità è diversamente articolato nei territori analizzati in riferimento, come sottolineato, alle differenti impostazioni dei sistemi di welfare a livello regionale e locale. È tendenzialmente più rigida e strutturata l'offerta lombarda, più articolata e diversificata quella emiliano romagnola, soprattutto sul fronte residenziale. In una via intermedia si colloca il territorio del cuneese.

Ovunque sono presenti prestazioni e servizi che evolvono dal sostegno alla domiciliarità sino alla residenzialità protetta, seppur, come si è visto anche in termini di spesa, con equilibri differenti. In generale, per questa area di *policy* le prestazioni dirette di servizio prevalgono sul sostegno monetario che appare limitato alla formula degli assegni di cura/buoni per il riconoscimento dell'assistenza offerta dai *caregiver*, professionali e non.

Tra i **servizi domiciliari** erogati in ogni territorio, spicca il Servizio di assistenza domiciliare (SAD), che associa spesso a interventi di tipo assistenziale, finalizzati all'accompagnamento alla vita quotidiana (con la garanzia di un assistente personale tramite assegno di cura a Parma o misura B2 in Lombardia), delle prestazioni di carattere educativo (vale soprattutto nel caso dei minori). Una erogazione che si differenzia per gravità di disabilità e generalmente gestita da enti del terzo settore tramite appalto o accreditamento e voucherizzazione.

A questi si aggiungono i servizi di assistenza scolastica rivolta a minori, la cui rilevazione tuttavia non è avvenuta in modo omogeneo per tutti i contesti in ragione di un governo spesso ancora legato al singolo comune e, talvolta, a

settori diversi dal sociale (pubblica istruzione). Tuttavia è bene ricordare come questa voce abbia un peso specifico significativo nell'ambito delle attività messe a disposizione dai comuni. A titolo esemplificativo si riporta il dato di Parma dove il servizio di integrazione scolastica raggiunge 309 utenti, raddoppiando il dato di utenza sulla domiciliarità.

Sul fronte dei percorsi di vita indipendente, in tutti i territori sono stati rilevati dei percorsi ancora poco strutturati e piuttosto fragili. Si tratta di pochi progetti attivati che raccontano una fatica a intraprendere la strada progettuale, tentativi di rendere flessibili e mirate le risorse disponibili, in una dimensione dinamica con continue verifiche e riprogettazioni.

I **servizi semiresidenziali o a ciclo diurno** sono articolati generalmente per livello di intensità assistenziale e rilevanza della componente sanitaria (dai CSE e SFA lombardi e Centri socio-occupazionali a Parma ai CDD nei territori lombardi e Cuneo e Centri socio-riabilitativi diurni a Parma). È in particolare su quest'area di servizi che si registra un orientamento a sviluppare innovazione, data la differenziazione delle attività svolte all'interno delle unità d'offerta nell'ambito dei progetti di vita delle persone con disabilità. Gli approfondimenti territoriali hanno messo in evidenza lo sviluppo di proposte fuori dal perimetro delle unità d'offerta codificate (per esempio, CSE piccoli di Merate e accoglienze temporanee diurne di Parma) ovvero l'investimento in percorsi di ripensamento e riorganizzazione dei servizi più tradizionali (per esempio, Centri socio-occupazionali a Parma, riorganizzazione verso servizi nuovi e più flessibili in atto nel cuneese). Gli spazi di innovazione sembrano orientati a sviluppare maggior appropriatezza rispetto alle esigenze delle persone e delle loro famiglie, una maggior flessibilità dell'offerta, una maggior connessione tra servizi nelle diverse fasi di vita, recuperando terreno sugli obiettivi di sostegno dell'autonomia e dell'attivazione di risorse ancora spendibili.

Anche in questo caso la gestione è prevalentemente tramite affidamento a soggetti del terzo settore, con l'eccezione di qualche contesto che mantiene ancora una gestione diretta (Cuneo e qualche comune del Garbagnatese).

L'offerta contempla poi i **servizi residenziali**, alcuni dei quali più orientati alla vita autonoma, declinati secondo forme aperte e comunitarie, seppur in contesti abitativi protetti (per esempio, gruppi appartamento a Parma e in parte anche le esperienze di CSS e RSD aperte lombarde); altri a maggior protezione sociosanitaria e socio-assistenziale, offerti in strutture di piccole dimensioni (per esempio, CSS a Cuneo).

Integrano infine il sistema di offerta presente, le **numerose progettualità** attive nei territori attraverso le quali si sviluppano percorsi utili ad affrontare alcuni nodi critici del sistema o aree di innovazione possibili. Ad esempio percorsi per sostenere i passaggi di vita delle persone con disabilità (progetto 0-18, progetti ponte) percorsi in supporto alle famiglie (per esempio, nell'accettazione della diagnosi o nel sollievo); percorsi rivolti a "nuove" forme di disabilità (autismo).

Grado di copertura del bisogno

In riferimento al grado di copertura del bisogno, i dati presentati nella tavola 1 mostrano buoni posizionamenti in tutti i territori. Si ricorda che il *target* stimato è riferito a persone con gravi limitazioni funzionali. In alcuni contesti (per esempio, Cuneo) il livello di copertura supera il 100% mostrando una capacità del welfare territoriale di intercettare e prendere in carico non soltanto i casi “più gravi”. In altri contesti è emersa un’attenzione specifica verso l’ampliamento della platea dell’utenza. A Parma ad esempio si punta sul tema dell’accessibilità e della domotica (per esempio, con il servizio CAAD) non solo per migliorare la qualità di vita delle persone ma anche per avvicinare ai servizi nuove famiglie. A Merate, anche a fronte della presenza di liste d’attesa, si punta a potenziare la dotazione con l’aumento di posti di CDD e CSE.

Dagli approfondimenti territoriali è però emerso come il sistema dei servizi risulti oggi ancora piuttosto rigido e non riesca ancora pienamente a garantire quella flessibilità e articolazione desiderata dalle persone disabili e dalle loro famiglie. Il servizio che si riesce a garantire, cioè, non sempre rappresenta il percorso più appropriato – e auspicato – per la persona.

I problemi sono legati alla difficoltà di perseguire l’obiettivo della vita indipendente o autonoma, proprio perché il nostro sistema dei servizi è strutturato per settori e prestazioni. La Convenzione ONU a tutela dei diritti delle persone con disabilità (2008) richiama l’inclusione sociale come paradigma, il quale richiede un’inversione di tendenza rispetto alle logiche abituali: al centro deve esserci il progetto, intorno tutto ciò che può aiutare la persona a svilupparlo. Questo appare ovunque un terreno su cui si reputa necessario realizzare investimenti ulteriori e sul quale i territori sono consapevoli di dover crescere. Tra le esperienze interessanti in questa direzione si rileva quella di Crema, che sta provando a lavorare sulla domanda, con il tentativo di proporre una valutazione multidimensionale in collaborazione con l’ASL e un sostegno nel tempo alla singola persona per lo sviluppo del proprio progetto di vita.

Il percorso di presa in carico

L’accesso ai servizi per la disabilità avviene di norma attraverso i servizi comunali. Il punto di accesso è generalmente decentrato (i servizi sociali territoriali) mentre sono ancora rari i casi che applicano sistemi di accesso integrati (Cuneo con Sportello Unico). Il percorso di presa in carico è presente in tutti i territori, ma attuato con modalità differenti, anche per i limiti presenti dal punto di vista dell’integrazione istituzionale (ASL-Aziende ospedaliere e Comuni-ambiti).

Il percorso di valutazione della domanda, in alcuni contesti, vede l’attivazione di équipe di valutazione, anche integrate da operatori sanitari (Crema, Cuneo, Parma); in altri viene svolto unicamente dall’assistente sociale comunale, attraverso gli strumenti della professione (osservazione, colloquio, analisi documentale).

Come indicato anche nell’analisi dedicata all’area non autosufficienza, in Lombardia è recente la sperimentazione di Unità di valutazione multidimensionale che vengono attivate per l’assessment in casi complessi, ma ancora limitate all’erogazione della specifica misura B2 legata al fondo non autosufficienza.

Il percorso di valutazione esita generalmente nella declinazione di un progetto (PAI) in cui si prevede l’eventuale attivazione di servizi e misure solo talvolta – come detto – integrate anche con la parte sanitaria o sociosanitaria.

Una delle questioni rilevate dagli approfondimenti territoriali riguarda il posizionamento delle funzioni di accesso e valutazione/progettazione: occorre scegliere se governarle a livello di singolo servizio o al contrario centralizzarle e gestirle omogeneamente per tutto il territorio di riferimento. La seconda opzione vorrebbe garantire una maggiore efficacia nel produrre risposte adeguate al bisogno.

Nel merito, a Cuneo la valutazione e progettazione è svolta dai responsabili di area (territoriale, inclusione), dagli operatori UVMD e da un Assistente sociale che ha in gestione il caso. A volte vengono coinvolte anche le famiglie o si programmano visite domiciliari, soprattutto per inserimenti in struttura o centro diurno. In questa realtà si condivide in UVMD la scelta di inserire o meno la persona in struttura e l’ASL partecipa conseguentemente ai costi, a seconda della tipologia di struttura prescelta.

Similmente a Parma, sebbene non ci sia una “commissione mista”, esiste un luogo di co-decisione e orientamento dato a livello territoriale. Talvolta se ne evidenzia un utilizzo più certificatorio che effettivamente progettuale.

In Lombardia la progettazione è generalmente in mano al singolo operatore, salvo alcuni casi, in cui sono in atto specifiche sperimentazioni. Il paradosso lombardo, legato alla separazione dei percorsi sociali e sociosanitari, è che ci possono essere inserimenti in servizi-struttura che avvengono senza la presa in carico del servizio sociale e il comune può trovarsi inaspettatamente a contribuire alla retta per la quota sociale. Sebbene la situazione attuale sia questa, anche nei territori lombardi si stanno sviluppando percorsi di integrazione con l’ASL (la citata misura B2, il protocollo di Crema con ASL e Azienda ospedaliera, i percorsi formativi congiunti di Garbagnate) nonché esperienze di accompagnamento del percorso di presa in carico della persona con disabilità vicine alla logica del *case management* e del tutoraggio del caso (per esempio, servizio SAI di Merate).

Le aree di miglioramento dell’efficacia

I territori coinvolti nelle nostre analisi hanno mostrato grande attenzione al tema dell’efficacia della presa in carico delle persone con disabilità, e conseguentemente a quello dell’appropriatezza dei percorsi assistenziali e di accompagnamento. Gli operatori sono consapevoli dei limiti del sistema, legati a eccessiva strutturazione e rigidità dell’offerta e a una generale frammentazione evidente in particolare nei momenti di

passaggio delle diverse fasi di vita. C'è consapevolezza anche sul piano degli investimenti da realizzare in direzione di una maggior promozione della vita indipendente e dell'autodeterminazione delle persone.

Alcuni percorsi sono stati messi in campo e tendenzialmente sembrano gravitare intorno a tre assi:

- il sostegno a un approccio progettuale nel costruire percorsi adeguati in termini di appropriatezza;
- il ripensamento del sistema dei servizi e dell'offerta presente, articolando e rendendo più flessibili i percorsi proposti;
- il rafforzamento degli spazi di integrazione tra servizi, in particolare con la scuola e la parte sanitaria, orientati a governare meglio e con maggior efficacia le delicate fasi di passaggio.

Le direttrici di sviluppo sono presenti e sviluppate in modo differente nei cinque contesti territoriali analizzati. Emerge in modo trasversale che i percorsi evolutivi sono raramente pratiche ormai consolidate e messe a sistema, ma piuttosto rappresentano ancora eccezioni o sperimentazioni che faticano a diffondersi come pratiche.

I vincoli entro cui i territori e i servizi si muovono sono spesso legati a fattori esogeni, esterni all'organizzazione del servizio singolo. Lavorare in termini di appropriatezza significa scardinare modalità e pratiche "sicure" e di immediata valutazione anche in termini di costi, per affrontare il non conosciuto. Ciò rappresenta la sfida per operatori e servizi. Questo vale sia per i progetti di vita indipendente o autonoma o di accompagnamento all'abitare autonomo, che per quei percorsi più strutturati entro le unità d'offerta classiche (CSE, CDD), percorsi che comunque oggi richiedono di modificarsi nel corso del tempo e di rompere la staticità della collocazione sine die in determinati tipi di servizi.

Sempre in termini di appropriatezza, le esperienze in campo danno indicazioni incerte e poco nette in termini di impegno organizzativo, di modalità operative attivabili, affinché ogni percorso possa diventare progettuale in senso pieno.

3. IL LIVELLO DI EFFICIENZA GARANTITO

In termini di efficienza complessiva del sistema territoriale degli interventi di sostegno alla disabilità, le osservazioni locali mettono in evidenza alcuni aspetti ulteriori.

Integrazione finanziaria

In nessun contesto è ancora praticata operativamente la logica del budget unico, quale dispositivo di integrazione delle risorse finanziarie provenienti da diverse fonti, in attuazione di un progetto di presa in carico globale coordinato da un referente del caso (*case manager*).

Questa configurazione appare ovunque ancora piuttosto lontana, tuttavia il coordinamento tra finanziamenti vede situazioni differenziate. In alcuni contesti, anche per strutturazione del welfare regionale, gli spazi di integrazione sono

più frequenti: parte delle quote provenienti da fondi regionali sono mantenute entro un governo locale o esistono luoghi di ricomposizione sul singolo caso (Parma, Cuneo). È interessante rilevare che in alcuni casi sono oggi allo studio applicazioni possibili vicine alla logica del budget unico della persona (a Cuneo si sta portando avanti uno studio sul modello tedesco). In altri invece il tema rimane un nodo debole del sistema di welfare, su cui il livello locale fatica a trovare significativi margini di azione.

Integrazione della conoscenza

L'integrazione finanziaria è correlata anche a quella riferita al livello di conoscenza: quanto più il sistema è frammentato all'interno di diverse competenze e settori (scuola, sanità, sociale, territorio) tanto più difficile sarà garantire un adeguato livello di conoscenza e informazione a favore di una presa in carico integrata della persona.

Le parziali informazioni raccolte sui sistemi informativi rispecchiano i posizionamenti emersi anche nelle altre sezioni di analisi. I dati di dettaglio sulle caratteristiche delle persone con disabilità che accedono ai servizi non sono quasi mai immediatamente disponibili. Ricostruire le caratteristiche degli utenti è tendenzialmente possibile solo leggendo la frequenza nei servizi e i loro movimenti all'interno delle diverse unità d'offerta. Molto più difficile farlo leggendo dati raccolti in maniera omogenea e su base longitudinale da uno stesso soggetto istituzionale, come prefigurato dalla stessa legge 328/2000, dalle normative quadro regionali, da autorevoli esperti.

A Cuneo la cartella sociale informatizzata è integrata in parte con ASL e Azienda ospedaliera e quindi potenzialmente collegabile alla proposta di budget per l'inclusione. In Lombardia questi dati sono invece gestiti direttamente dagli enti gestori oppure dai comuni, ma solo per i servizi sociali o socio-educativi a gestione diretta. Un patrimonio importante di dati sulle unità d'offerta sociosanitarie, anche di natura gestionale, restano in mano alle singole ASL.

Complessivamente risulta ancora molto difficile unire alla frequenza di un servizio un progetto di vita che includa diversi passaggi verso altre strade percorribili: formazione, lavoro, casa e vita indipendente costituiscono dei domini non tracciati dai servizi sociali, se non in caso di persone già in carico per altre prestazioni.

Integrazione organizzativa

Equipe strutturate e protocolli operativi sull'organizzazione di servizi, e più frequentemente di processi, riguardano i momenti di valutazione del bisogno (UVM e UVM-D) e i coordinamenti, utili nei passaggi fra cicli di vita – si pensi a quello connotato dal compimento della maggior età – e di titolarità del caso tra enti/istituzioni diverse.

All'interno di questa ricerca è risultato molto complesso affrontare il tema della dotazione organizzativa a livello territoriale, poiché nei contesti osservati, soprattutto quelli composti

dagli ambiti di piccole dimensioni, l'assistente sociale si occupa a 360° di tutte le aree di bisogno sociale. Il dato raccolto sul rapporto operatore-utente deve necessariamente essere considerato un'esemplificazione utile a stimolare riflessioni sul tema.

A Parma si è rilevato un rapporto di 1 operatore per 100 utenti, su base annua, e si reputa il dato in coerenza con altri contesti territoriali limitrofi. A Garbagnate (dato unicamente del comune) viene segnalato un rapporto di 1 a 50, mentre il progetto SAI di Merate indica l'impegno di 1 operatore per 110 casi seguiti annualmente. Interessante notare come da più parti, in relazione allo sviluppo di un approccio progettuale orientato all'inclusione e alla vita indipendente, è emersa l'utilità di completare il profilo sociale con quello educativo. Nella proposta di riforma descritta nel rapporto ci siamo spinti a evidenziare una stima del possibile fabbisogno finanziario, a livello nazionale, per riuscire a garantire il diritto per le persone con disabilità di elaborare un progetto personalizzato in stretta interazione con un operatore competente.

Integrazione con gli attori del territorio

Dell'integrazione con la parte sanitaria, si è già scritto. Il terzo settore risulta ovunque impegnato nella erogazione di servizi e progettualità in favore delle persone con disabilità e in relazione con l'ente pubblico mediante contratti di appalto o gestioni tramite accreditamento e, in qualche caso, "voucherizzazioni" (ad esempio per il SADH). Il rapporto tra ente regolatore e terzo settore è giudicato ovunque positivo, in alcuni territori l'integrazione pare più sviluppata, soprattutto attraverso il coinvolgimento degli enti gestori e delle organizzazioni di *advocacy* all'interno di percorsi di ri-orientamento delle *policy* locali (per esempio, percorso formativo a Garbagnate).

Le innovazioni sviluppate nei territori, spesso in termini di progettualità sperimentali, vedono un ruolo di protagonismo del terzo settore nella ricerca e costruzione di proposte integrative ai servizi strutturati che sono già gestiti.

L'associazionismo è un interlocutore presente, seppur con profili differenti in relazione alla specifica storia locale: in alcuni contesti nato proprio all'interno di servizi a gestione pubblica, in altri generato da percorsi di rappresentanza e tutela delle persone e famiglie con disabilità. L'associazionismo è al tempo stesso risorsa anche nell'attivazione di specifiche sperimentazioni, ma può assumere talvolta una posizione rivendicativa, quasi di controllo dell'azione politica, soprattutto sul tema della tutela dei diritti e della garanzia dell'intervento.

Nell'attuale situazione del welfare spesso i comuni devono provare a ri-organizzare i servizi senza togliere diritti e convincere che la proposta di modifica dell'assetto dei servizi porta a miglioramenti proprio perché agisce in un'ottica progettuale, quindi più vicina alla personalizzazione degli interventi. In alcune esperienze territoriali incontrate ritroviamo lo sforzo di ri-costruire un dialogo tra ente pubblico e asso-

ciazionismo familiare fondato sulla necessità di progettare quasi alla pari, cogliendo opportunità nell'incontro tra soggetti che partecipano a luoghi non solo perché "istituzionali", ma proprio perché luoghi di progettazione che tentano di ripartire dalla realtà vissuta dalle famiglie e dagli operatori dei servizi. Si tratta quindi di ricostruire fiducia, più che di strutturare percorsi rispondenti ad un bisogno specifico, percorsi che oggi non sembrano poter essere sostenuti dal sistema territoriale dei servizi.

Le aree di miglioramento dell'efficienza

Un punto di sviluppo cruciale è quello dell'integrazione tra organizzazioni e tra parti del sistema di welfare incontrato dalla persona con disabilità e dalla sua famiglia.

Come sottolineato in riferimento all'efficacia, la direttrice in relazione all'inclusione su cui si stanno muovendo i territori, in ottica di miglioramento del sistema, è proprio quella della costruzione di connessioni con il mondo sanitario, con quello della scuola e con la comunità. Questi sforzi oltre a generare miglioramenti in termini di efficacia, poiché consentono una maggior appropriatezza dei percorsi, hanno evidenti risvolti anche in termini di efficienza: migliori coordinamenti riducono infatti le sovrapposizioni disfunzionali.

Si registra una carenza diffusa di modalità di registrazione sistematica delle prese in carico e dell'erogazione di interventi e servizi, con una conseguente difficoltà di programmazione e di previsione di spesa, la quale si basa spesso sull'analisi del dato storico di quel determinato servizio sul territorio. Questo è in generale un problema di tutto il mondo della disabilità, che limita molto la possibilità di lettura del fenomeno sociale in termini evolutivi, e che struttura le analisi a partire dai dati epidemiologici che forniscono una lettura prevalentemente sanitaria della disabilità.

In tema di budget integrato rileviamo una residuale esperienza a livello nazionale di risorse economiche utilizzate in maniera integrata. La Lombardia ha storicamente un'attribuzione di budget codificata e vincolata su specifiche linee (misura B2, B1), mentre l'esperienza dell'Emilia-Romagna disegna un modello regolatorio opposto: il budget è sociosanitario e confluisce nel Fondo Regionale per la Non Autosufficienza ripartito pro quota ai territori i quali sono titolati a deciderne l'utilizzo. Vista dalla Lombardia l'esperienza dell'Emilia-Romagna è una rivoluzione necessaria, ma al tempo stesso richiede una cura organizzativa delle modalità di gestione delle risorse integrate: UVM, progetti personalizzati, *case management* sono dispositivi organizzativi che possono favorire un utilizzo efficace ed efficiente delle risorse.

4. LA SOSTENIBILITÀ DELLA RIFORMA PROPOSTA

Il lavoro di ricerca e analisi portato avanti in questi mesi ha consentito di costruire dei ponti tra realtà e riforma possibile. In tutti i territori è attiva una riflessione su cambiamenti organizzativi

orientati a migliorare il sistema di presa in carico, rendendolo più adatto a sostenere percorsi di vita delle persone con disabilità e accompagnare le famiglie nelle scelte possibili. In tutti i territori si sta costruendo un linguaggio comune anche grazie alla diffusione della Convenzione ONU e al lavoro diffuso dall'Osservatorio nazionale sulla Condizione delle persone con disabilità. Vi sono alcuni ostacoli verso i quali il processo di cambiamento sta tentando di muovere passi significativi e conseguenti punti cardine di attenzione.

È già avviato un ripensamento generale sulla disabilità, tuttavia non sembra pensabile un coinvolgimento radicale su tutti i fronti (politico-istituzionale, organizzativo-gestionale, operativo-professionale) senza un'attenta analisi di fattibilità. Le risorse ad oggi disponibili obbligano a considerare fortemente queste come vincolo e i territori non sono nelle condizioni di allargare la disponibilità organizzativa dedicata alla disabilità. Il cambiamento dovrebbe proprio riguardare una migliore possibilità di integrare risorse, elaborare strategie per utilizzare in modo più funzionale ciò che già c'è, incontrare le famiglie ed elaborare insieme progetti sostenibili nella direzione di una maggiore appropriatezza ed efficacia. La proposta di riforma deve quindi rispettare le configurazioni organizzative locali.

Le nuove progettualità, ispirate ai principi della riforma qui proposta, potrebbero essere assunte dai territori cercando di avviare un percorso di co-progettazione direttamente con le persone coinvolte, come già avviene in alcune realtà e per alcune tipologie di servizi: per esempio la domiciliarità condivisa a Parma nell'ottica della vita indipendente, in cui il Comune promuove e sostiene economicamente solo se i redditi non sono sufficienti, assicurando comunque un minimo di assistenza (per esempio, educativa).

Un altro punto strategico è la necessità di allineare o ripensare cosa sia LEA e cosa no, definendo in modo più puntuale le prestazioni e i servizi coinvolti. Su questo è opinione diffusa che debba essere il livello nazionale ad intervenire anche per formare, informare e uniformare le attese nelle famiglie. Questo processo dovrebbe avviarsi anche per superare le interpretazioni e i tanti modi di definire limiti e soglie per l'accesso a determinati servizi e prestazioni (come nel caso dell'integrazione scolastica e del trasporto dove ogni comune interpreta a suo modo i servizi identificando limiti e soglie).

La necessità di definire in modo sostanziale e uniforme i punti di accesso al mondo dei servizi è cruciale per ripensare il sistema d'offerta per la disabilità. Oggi in Lombardia le famiglie faticano a capire a chi rivolgersi e solo una volta "entrate" nel sistema trovano servizi di qualità. Questo significa che le funzioni di *case management* restano in capo al familiare. Diversa è la situazione in sistemi più "governati" come in Emilia-Romagna e Piemonte. Emerge prepotentemente l'importanza di costruire Porte di accesso visibili e facilmente raggiungibili, capaci di rispondere ai bisogni informativi e di orientamento, nonché di attivare un secondo livello specialistico

dedicato alla valutazione multidimensionale e co-costruzione del progetto personalizzato.

Per parlare di riforma nell'area della disabilità occorre tenere conto delle resistenti storiche, legittime su molti versanti, ma di fatto di ostacolo ad ogni ipotesi di miglioramento nella direzione di una maggiore equità e possibilità redistributiva delle risorse. Di fatto è sempre stato impossibile pensare di modificare l'indennità di accompagnamento, perché unico trasferimento nazionale di carattere universale, esigibile, uguale per tutti. Proprio quest'ultima caratteristica della misura non sembra oggi più adeguata a gestire in modo appropriato ed efficace le sperimentazioni e le nuove progettualità che vanno nella direzione di rendere tutti corresponsabili nell'utilizzo inclusivo delle risorse a disposizione, ricomponendole nel complesso delle risposte offerte dal sistema pubblico.

Le ultime sentenze del Consiglio di Stato mettono bene in evidenza questo conflitto non solo nell'includere l'indennità di accompagnamento tra i redditi ISEE, ma anche nel considerare i trasferimenti economici universalistici intoccabili. Abbiamo cercato di dimostrare come invece sarebbe possibile rimodulare la misura sostituendola con la Dote di cura, con innegabili vantaggi.

Come abbiamo rilevato in alcuni territori (per esempio, il Cuneese) sono presenti elementi di forza che potrebbero sostenere una politica innovativa rivolta alle persone con disabilità. Qui ricordiamo i rapporti di fiducia, la buona collaborazione professionale e la consolidata integrazione tra enti locali e ASL. Inoltre, la capacità di risposta dei servizi nell'intercettare la domanda potenziale, almeno per i casi gravi.

Nella logica di una verifica di fattibilità delle nostre proposte di riforma a livello nazionale, richiamiamo tuttavia due elementi di criticità: il già alto carico di lavoro degli operatori (nel Cuneese, ad esempio, sono almeno 180 i nuclei familiari in carico alla singola assistente sociale territoriale, impegnata su tutte le tipologie di utenza) e la quota minoritaria di utenti dei servizi che percepiscono l'indennità di accompagnamento (1 su 3). Il che porta a valutare come consistente un eventuale processo di decentramento territoriale di questa misura i cui percettori, nella maggioranza dei casi, non sono intercettati dal sistema dei servizi (i responsabili ASL stimano che circa il 70% dei beneficiari della misura, una volta concessa la certificazione, non venga poi seguito dalla rete dei servizi).

È fondamentale agire anche sulle percezioni da parte dei beneficiari. La Dote di cura descritta nel presente rapporto, nell'ipotesi di innovare l'indennità di accompagnamento, va a ricomporsi assieme ad altre risorse di fonte nazionale, regionale e locale all'interno del Budget per l'inclusione. Le somme monetarie o in alternativa i voucher potranno fruttare risultati migliori all'interno di un "pacchetto" composto da trasferimenti monetari e servizi previsti da un progetto personalizzato. Sembra opportuno legare il progetto al reddito personale. Alle persone con capacità di spesa, ad esempio, si può proporre un servizio che nessun altro gestore può offrire sul

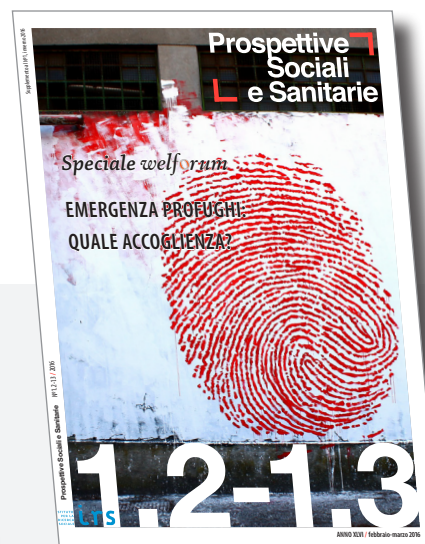
territorio, richiedendo una compartecipazione al costo.

Appare necessario un percorso per unificare gli interventi, in modo da ricondurre tutte le informazioni di archivio a livello di singola persona assistita e di nucleo familiare. Sono infatti fondamentali flussi informativi di qualità, sia per la programmazione sia per la gestione dei casi, grazie a software gestionali condivisi da enti gestori, Comuni e ASL.

I referenti dei servizi concordano sull'utilità di un punto di raccolta delle informazioni sul complesso dell'offerta territoriale di servizi e interventi per condividere conoscenza fra opera-

tori, associazioni e organizzazioni di terzo settore, ma anche fra i cittadini/utenti; un dispositivo oggi assente nei territori indagati ma realizzato in altri contesti (per esempio, Carta dei Servizi, portale web con mappatura georeferenziata).

Non dovrebbe mancare, infine, una dotazione di personale sociale e sanitario per le fasi di accesso, valutazione e gestione di un ipotetico fondo di finanziamento in capo al territorio. I criteri e la metodologia del Servizio Home Care Premium, ad eccezione di una nota critica riferita alla complicata procedura online, potrebbero essere un valido modello di riferimento almeno per quanto riguarda la Dote di cura. ▮



Per usufruire appieno dell'abbonamento a **Prospettive Sociali e Sanitarie**, accedendo anche ai 12 fascicoli pubblicati solo in formato elettronico, è necessario registrarsi al nostro sito come abbonato:

<http://pss.irsonline.it/registrazione.php>

Se non è ancora registrato, i campi obbligatori sono:

1. Indirizzo e-mail
2. Password (e conferma)
3. Codice abbonato
4. Provincia
5. Spunta per accettazione privacy

Appena cliccato sul pulsante "Invio registrazione" in fondo alla pagina, riceverà un messaggio di posta elettronica contenente un *link*, cliccato il quale la registrazione sarà completata.

Chi è già registrato e deve solo identificarsi come abbonato, dovrà accedere al proprio profilo sul sito e riempire i campi "Codice abbonato" e "Provincia", poi cliccare sul pulsante "Salva le modifiche" in fondo alla pagina. A quel punto, dovrà chiudere il *browser* affinché le modifiche abbiano effetto.

L'Ufficio abbonati è a disposizione per chiarimenti e supporto alla registrazione: tel. 02 46764276, e-mail pss.abbo@irsonline.it

Troverà il suo codice numerico di abbonamento, necessario per il completamento della registrazione, sull'etichetta dell'indirizzo applicata alla rivista (oppure potrà richiederlo all'Ufficio abbonati, telefonicamente o via posta elettronica).

VVVVVVVV WWWWWWWW
Via XXXXXXXXX 45
00123 YYYYYYYY ZZ

Nel corso degli ultimi quindici anni abbiamo realizzato come IRS e come ARS diverse analisi, valutazioni e studi di fattibilità per l'introduzione in Italia di misure assimilabili al RMI. A partire dalla valutazione delle due sperimentazioni nazionali di cui l'Istituto è stato capofila insieme ad altri partner, si ricordano le attività svolte per conto della Regione Emilia-Romagna, Toscana, Basilicata, Puglia, Friuli Venezia Giulia e Provincia Autonoma di Bolzano, nonché la pubblicazione curata da D. Mesini ed E. Ranci Ortigosa, *Povertà, esclusione sociale e politiche di contrasto*, i Quid, 10, 2011. Abbiamo anche svolto ricerche ed elaborato proposte sul tema della disabilità e del-

la non autosufficienza sia a livello nazionale sia a livello di singole regioni, in particolare in Friuli Venezia Giulia, Toscana e Basilicata. Nel 2015 abbiamo realizzato il *Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*, curato da S. Pasquinelli e pubblicato da Maggioli. È del 2013 la nostra precedente proposta di riforma nazionale dell'assistenza realizzata di concerto con il CAPP e pubblicata, a cura di P. Bosi ed E. Ranci Ortigosa, in *Prospettive Sociali e Sanitarie* n. 8-10, 2013. Su queste basi abbiamo realizzato ulteriori analisi e approfondimenti per giungere a formulare le proposte raccolte in questo numero di PSS.

Bibliografia

- Alleanza contro la Povertà, AA. VV., *REIS - Reddito di Inclusione Sociale*, 2015, www.redditoinclusione.it
- Baldini M., Bosi P., Matteuzzi M., "Il sostegno al reddito e alle responsabilità familiari: proposta di istituzione dell'assegno per i minori", in Guerzoni L. (a cura di), *Le politiche di sostegno alle famiglie con figli*, Fondazione Gorrieri, Il Mulino, Bologna, 2007
- Baldini M., Bosi P., Colombini S., Mesini D., Ranci Ortigosa E., "Un reddito minimo possibile", *Lavoce.info*, 14 giugno 2013
- Beltrametti L., "Politiche per la non autosufficienza: una riforma possibile", *Neodemos.info*, 2010
- Beltrametti L., "Voucher sociali a sostegno del lavoro di cura", in Pasquinelli S., Rusmini G. (a cura di), *Badare non basta*, Ediesse, Roma, 2013
- Boeri T., *Non per cassa ma per equità*, INPS, 2015
- Bosi P., Colombini S., Ranci Ortigosa E., Sala M., "Il programma di sostegno alle responsabilità familiari", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 8-10, 2013
- Bosi P., Ranci Ortigosa E. (a cura di), "Nella crisi, oltre la crisi. Costruiamo il welfare di domani", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, speciale, 8-10, 2013
- Caritas Italiana, *Dopo la crisi, costruire il welfare - Rapporto 2015*, 2015
- Castegnaro C., Cicoletti D., "Il ruolo della famiglia nella cura della persona disabile e nella costruzione del dopo di noi", in Vivaldi E. (a cura di), *Disabilità e sussidiarietà. Il dopo di noi tra regole e buone prassi*, Il Mulino, Bologna, 2012
- Cicoletti D., Abet L., Merlo G., "Presenza in carico della disabilità, in Lombardia e altrove", *Superando.it*, 8 aprile 2013
- Colleoni M., "L'evoluzione delle politiche sociali rivolte alla disabilità", in Medeghini R. (a cura di), *Disabilità e corso di vita*, Franco Angeli, Milano, 2006
- Crepaldi C., Castegnaro C., Mesini D., Naaf S., *The role of minimum income for social inclusion in the European Union 2007/2010*, European Parliament's Committee on Employment and Social Affairs, 2011, www.europarl.europa.eu
- Crepaldi C., Mesini D., et al., *Families in the economic crisis: changes in policy measures in the EU*, Eurofound, 2015, www.eurofound.europa.eu
- Dovis P., Saraceno C., *I nuovi poveri: politiche per le disuguaglianze*, Il Mulino, Bologna, 2011
- Fosti G., Notarnicola E. (a cura di), *Il welfare e la long term care*, Egea, Milano, 2014
- Frazer H., Marlier E., *Minimum income scheme across UE Member States*, Peer Review in Social Protection and Social Inclusion and Assessment in Social Inclusion, 2009
- Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna, 2006
- Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci, Roma, 2008
- Gori C., Fernandez J.-L., Wittenberg R., *Long-term care reforms in OECD countries*, Policy Press, University of Bristol, 2015
- Gori C., Ghetti V., Rusmini G., Tidoli R., *Il welfare sociale in Italia, realtà e prospettive*, Carocci, Roma, 2014
- Granaglia E., Bolzoni M. (a cura di), *Il reddito minimo di inserimento. Analisi e valutazioni di alcune esperienze locali*, Quaderni CIES, 3, Commissione di indagine sull'esclusione sociale, Roma, 2010
- Granaglia E., "Un welfare per donne e bambini?", in *Genere*, 2013
- Immervoll H., *Reforming the Benefit System to 'Make Work Pay': Options and Priorities in a Weak Labour Market*, IZA Policy Papers, 50, Institute for the Study of Labor (IZA), 2012
- ISTAT, *La povertà in Italia. Anno 2014*, 2015
- Mesini D., "Evoluzione della povertà e della domanda per interventi e servizi di contrasto", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 12, 2012
- Mesini D., "Non c'è tregua per il nuovo ISEE: e ora cosa accadrà?", *LombardiaSociale.it*, 2016
- Mesini D., Ranci Ortigosa E., *Povertà, esclusione sociale e politiche di contrasto*, i Quid, 10, Prospettive Sociali e Sanitarie, Milano, 2011
- Mesini D., "Stato di recepimento dell'ISEE e adempimenti necessari", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 11, 2016
- Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Direzione generale per l'Inclusione e le Politiche sociali, "Il nuovo ISEE. Monitoraggio del primo semestre", *Quaderni della ricerca sociale flash*, 35, 28 ottobre 2015
- NNA - Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Quarto Rapporto*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, 2013, www.maggioli.it/rna
- NNA - Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Quinto Rapporto*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, 2015, www.maggioli.it/rna
- Ocse, *Help wanted? Providing and Paying for Long Term Care*, Ocse, 2011
- Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, *Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità*, Decreto del Presidente della Repubblica 4 ottobre 2013, www.osservatoriodisabilita.it
- Pasquinelli S., "Un nuovo welfare per disabili e anziani", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 4.2, 2015
- Pasquinelli S. (a cura di), *Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, 2015, www.maggioli.it/lombardiachecura
- Pasquinelli S., Rusmini G. (a cura di), *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*, Ediesse, Roma, 2013
- Payne M., *Case management e servizio sociale*, Erickson, Trento, 2005.
- Ranci C. (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza*, Carocci, Roma, 2008
- Ranci Ortigosa E., "Il reddito minimo di inserimento", in: Guerzoni L. (a cura di), *La riforma del welfare. Dieci anni dopo la "Commissione Onofri"*, Quaderni Astrid, Il Mulino, Bologna, 2008
- Ranci Ortigosa E. (a cura di), "Disegniamo il welfare di domani. Una proposta di riforma dell'assistenza attuale e fattibile", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, speciale, 20-22, 2011
- Ranci Ortigosa E., "Più equità nel sistema assistenziale", *Lavoce.info*, 18 dicembre 2015
- Ranci Ortigosa E., Da Roit B., Sabatinelli S., "Per una politica pubblica dei servizi delle famiglie con figli", in Guerzoni L. (a cura di), *Le politiche di sostegno alle famiglie con figli*, Il Mulino, Bologna, 2007
- Ranci Ortigosa E., Mesini D., "Il RMI nel primo biennio di sperimentazione: luci e ombre della sua realizzazione", *L'Assistenza Sociale*, 3-4, 2002
- Ranci Ortigosa E., Mesini D., "Le politiche di contrasto all'esclusione sociale: una proposta", in Pinelli C. (a cura di), *Esclusione sociale. Politiche pubbliche e garanzie dei diritti*, Rapporto Astrid, Passigli, Firenze, 2012
- Rotolo A., "Italia: il percorso nei servizi a Parma", in Fosti G., Notarnicola E. (a cura di), *Il welfare e la long term care*, Egea, Milano, 2014
- Sacchi S., *Le esperienze europee di misure di contrasto della povertà: che cosa possiamo imparare?*, Patto aperto contro la povertà, Paper tecnico, 3, 2013
- Saraceno C., *Il lavoro non basta. La povertà in Europa negli anni della crisi*, Feltrinelli, Milano, 2015
- Spano P., Trivellato U., Zanini N., *Le esperienze italiane di misure di contrasto della povertà: che cosa possiamo imparare?*, IRVAPP working paper, 1, 2013
- Tangorra R., "Il welfare locale in Italia: nella morsa tra deficit storici e mancanza di disegno futuro", *La Rivista delle Politiche Sociali*, 1, 2015
- Zanisi M., "Come se fossi io... Sguardi, sentimenti, posizionamenti e movimenti differenti in tema di disabilità", *LombardiaSociale.it*, 29 gennaio 2016



NEL 2016 CI FACCIAMO IN 16 PER VOI

Tariffe di abbonamento 2016

Enti pubblici e privati	€ 89,00
Ass. di volontariato e Coop. sociali	€ 69,00
Privati	€ 59,00
PRO	€ 99,00

L'abbonamento annuale a **Prospettive Sociali e Sanitarie** comprende 4 uscite speciali a stampa e 12 supplementi in formato elettronico.

L'abbonamento **PRO** comprende anche l'accesso *online* all'archivio di vent'anni di fascicoli arretrati, tutti i volumi della collana **i Quid Album** in uscita nell'anno, nonché l'accesso in anteprima a novità e iniziative, sconti su corsi di formazione, ecc.

CCP 36973204

IBAN IT57 J076 0101 6000 0003 6973204

via XX settembre 24, 20123 Milano

tel. 0246764276 • fax 0246764312

pss.abbo@irsonline.it

www.prospettivesocialiesanitarie.it

PRO
come

Prospettive
Sociali
e Sanitarie

COSTRUIAMO IL WELFARE DEI DIRITTI



Ridefinire le politiche sociali su criteri di equità ed efficacia *Terzo incontro nazionale per una riforma del welfare sociale*

8 APRILE 2016 - 9.30-17.30

Centro Servizi Banca Popolare di Milano – Sala Conferenze – via Massaua 6, Milano

MATTINA

- 9.30 Registrazione partecipanti
- 10.00 Intervento di saluto e apertura **Giuseppe Guzzetti**, presidente Fondazione Cariplo e ACRI
- 10.15 *L'oggi e la visione del nuovo welfare. Un'opportuna provocazione*, **Emanuele Ranci Ortigosa**, presidente ARS, e **Paolo Bosi**, CAPP, Università di Modena
- 10.45 Proposte attuali e concrete di riforma, a livello nazionale e territoriale
Politiche per l'integrazione dei redditi e la promozione sociale delle persone e delle famiglie, **Daniela Mesini**, IRS e ARS, e **Massimo Baldini**, CAPP, Università di Modena
Politiche per il sostegno e l'inclusione delle persone con disabilità e non autosufficienza, **Sergio Pasquinelli**, **Claudio Castegnaro** e **Diletta Cicoletti**, IRS e ARS
- 11.30 Intervengono: **Tito Boeri**, presidente dell'INPS; **Maria Cecilia Guerra**, senatrice, Università di Modena; **Elena Granaglia**, Università degli studi Roma 3; **Stefano Sacchi**, commissario straordinario ISFOL; **Debora Serracchiani**,* presidente della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia
Modera: **Gad Lerner**
- 13.00 Light lunch offerto dall'organizzazione

POMERIGGIO

- 14.00 *Dall'oggi alla visione. I requisiti dei sistemi territoriali di servizi e interventi*, **Ugo De Ambrogio** e **Valentina Ghetti**, IRS e ARS
- 14.30 Dati di realtà e prospettive di sviluppo dei 7 territori partecipanti alla sperimentazione
Intervengono: **Laura Rossi**, **Elena Meroni**, **Stefania Branchini**, **Flavio Donina**
Presentazione della 2^a edizione del premio CNOAS IRS PSS "Costruiamo il welfare dei diritti nei territori". **Gianmario Gazzì**, Presidente Consiglio nazionale Ordine Assistenti sociali (CNOAS).
- 15.30 Intervengono: **Elide Tisi**, vicesindaco Comune di Torino; **Pierfrancesco Majorino**, Assessore Politiche sociali Comune di Milano; **Anna Maria Candela**, direttore Programmazione sociale e Integrazione socio-sanitaria, Regione Puglia; **Virginio Colmegna**, Casa della Carità; **Valeria Negrini**, vicepresidente nazionale di Federsolidarietà; **Carlo Francescutti**, coordinatore del Comitato tecnico dell'Osservatorio nazionale Disabilità.
Introduce e modera: **Cristiano Gori**, direttore *LombardiaSociale.it* (IRS), coordinatore esperti Alleanza contro la povertà, direttore Network Non Autosufficienza
- 17.00 Intervento conclusivo **Giuliano Poletti**,*
Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali
- 17.30 Chiusura **Emanuele Ranci Ortigosa**

* Salvo sopravvenienti impegni istituzionali



In collaborazione con la Scuola IRS di Aggiornamento e Formazione per il Sociale sono stati attribuiti dal CROAS 7 crediti formativi per assistenti sociali (ID 12767)

Si ringrazia



BANCA POPOLARE
DI MILANO