

# I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono diventati realtà? Considerazioni in materia di servizi sociali e sociosanitari, in base alla disciplina della legge 17 luglio 2020, n. 77\*

Anna Banchemo\*\*

**Sommario:** 1. I livelli essenziali delle prestazioni nei settori sanitario e sociale. – 2. L'evoluzione della legislazione in materia sociale. – 3. La pandemia come fattore di (ri)accelerazione dell'integrazione tra sanità e sociale sul territorio: un cenno all'Appello "Prima la comunità". – 4. Le innovazioni introdotte in materia sociale e sociosanitaria dalla legge n. 77 del 17 luglio 2020.

## 1. I livelli essenziali delle prestazioni nei settori sanitario e sociale

Da un esame della normativa in materia di politiche sociali dell'ultimo quinquennio, non emergono provvedimenti finalizzati alla determinazione livelli essenziali delle prestazioni (Lep) sociali (anche detti "livelli essenziali di assistenza sociale": Liveas). Emerge solo un atto di intesa ai sensi dell'articolo 13, comma 5, del d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68 da parte della Conferenza unificata, approvato il 7 maggio 2015, concernente: *"Prime indicazioni per un percorso finalizzato alla rilevazione della spesa sociale, dei fabbisogni e dei costi"*

\* Contributo referato dalla Direzione della Rivista.

\*\* Professore a contratto nell'Università di Genova, Corso di Laurea magistrale in Servizio sociale e Politiche sociali.

*standard dei servizi ed interventi aventi caratteristiche di generalità e permanenza all'interno delle Regioni e delle Province e degli Enti locali nell'ambito delle politiche sociali*".

L'atto citato, individuando un gruppo di servizi diffusi in maniera omogenea sul territorio nazionale, si proponeva di iniziare il percorso per la individuazione dei "livelli essenziali" nell'ambito dei servizi sociali, in analogia a quanto era stato fatto per il sistema sanitario e secondo quanto indicato dall'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione. In questi termini, le procedure previste dal d.lgs. 68/2011 proponevano – come percorso per giungere alla definizione dei Lep per le materie citate dall'articolo 14 dello stesso decreto legislativo<sup>1</sup> – l'individuazione di *macroaree di intervento*, definite anche *obiettivi di servizio*, omogenee al proprio interno per tipologia di servizi offerti, indipendentemente dal livello di governo che provvedeva all'erogazione.

A tale proposito, l'intesa in Conferenza unificata sopra citata, valutando che anche il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, nei propri riparti del Fondo nazionale delle Politiche sociali, faceva riferimento ai servizi maggiormente diffusi, seguendo la procedura dettata dal d.lgs. 68/2011, ha definito come macroaree di servizi, le seguenti:

- servizi per l'accesso e la presa in carico dalla rete assistenziale;
- servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio;
- servizi per la prima infanzia e servizi territoriali comunitari;
- servizi a carattere residenziale per le fragilità;
- misure di inclusione sociale e di sostegno al reddito.

È ovvio che all'interno di tali macroaree sono ricomprese prestazioni di dettaglio, ma tutti i contenuti di tali prestazioni sono riconducibili a quella che si può definire *area madre* del gruppo di servizi e ciò ha consentito di lasciare liberi i territori comunali e regionali di trovare l'offerta più adatta alle esigenze locali. Negli anni successivi al 2015, non vi sono più stati provvedimenti o norme nazionali che abbiano preso in considerazione i livelli essenziali sociali.

Per i servizi sanitari il percorso di individuazione dei livelli essenziali è stato molto più celere e lineare. Infatti, come noto, con il d.p.c.m. del 29.11.2001, si sono definiti ai sensi dell'articolo 1 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 s.m.i. e della L. 16 novembre 2001, n. 405, i livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea), classificati in tre grandi macroaree:

1. *assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;*
2. *assistenza distrettuale;*
3. *assistenza ospedaliera.*

Ovviamente, anche per i servizi sanitari, le macro aree sono comprensive di numerose prestazioni che vanno dalla prevenzione, all'assistenza sanitaria di base, alle attività ambu-

---

<sup>1</sup> Art. 14, comma 1, d.lgs. 68/2011, rubricato "Classificazione delle spese regionali": "Le spese di cui all'articolo 8, comma 1, lettera a), numero 1), della citata legge n. 42 del 2009 sono quelle relative ai livelli essenziali delle prestazioni nelle seguenti materie: a) sanità, b) assistenza, c) istruzione, d) trasporto pubblico locale, con riferimento alla spesa in conto capitale, e) ulteriori materie individuate in base all'articolo 20, comma 2, della medesima legge n. 42 del 2009".

latoriali specialistiche, alla farmaceutica, all'assistenza integrativa, protesica, all'emergenza sanitaria territoriale e a tutte quelle attività ambulatoriali e domiciliari di carattere sociosanitario, comprendenti anche l'assistenza semiresidenziale e residenziale a favore di minori, adolescenti, anziani, disabili, pazienti psichiatrici e tossicodipendenti. Lo stesso vale anche per il livello ospedaliero, che va dal pronto soccorso alle prestazioni in degenza e in "day hospital". I Lea sono stati maggiormente articolati e precisati nella loro strutturazione, anche e – per quanto qui interessa – soprattutto per le prestazioni sociosanitarie, con il d.p.c.m. 12 gennaio 2017.

## 2. L'evoluzione della legislazione in materia sociale

Ritornando alle politiche sociali, gli atti più recenti di maggior rilievo sono del 2017 e riguardano le misure di contrasto alla povertà, in particolare il Rei (reddito di inserimento o di inclusione). In proposito, va sottolineato, che il d.lgs. 147/2017 ("Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà") riconosce a tale misura il valore di "livello essenziale" per la sua universalità e diffusione nazionale ed in tal senso, possiamo affermare, che il Rei è il primo Lep sociale.

La misura non si limita ad un beneficio economico, ma si inserisce nel contesto del sistema sociale per facilitare la soluzione di altri problemi della persona o della famiglia e, a tale proposito, introduce altri due elementi che fanno parte della presa in carico: la *valutazione multidimensionale* e il *progetto personalizzato*, provvedendo ad accreditare nella rete dei servizi di cui alla legge 328/2000, una quota finanziaria proveniente dal "Fondo Povertà", per rafforzare il sistema sociale a favore del Rei. All'interno del decreto legislativo che istituisce il Rei, altri articoli, quali il 21 e il 23, chiamano in causa il sistema dei servizi sociali istituendo la "Rete della protezione e dell'inclusione sociale" *quale organismo di coordinamento del sistema di interventi sociali*, presieduta dal Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali, con la partecipazione di altri Ministeri (Economia e Finanze, Istruzione, Università e Ricerca, Salute, Infrastrutture, Famiglia), Regioni e Province Autonome, ANCI ed un rappresentante dell'INPS.

La Rete deve provvedere anche alla elaborazione di tre piani: un Piano nazionale sociale come strumento programmatico per ripartire il FNPS (Fondo Nazionale Politiche Sociali), un Piano per gli interventi di contrasto alla povertà, un Piano per la non autosufficienza, come strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del "Fondo non autosufficienze". La Rete può consultare stabilmente le parti sociali e il terzo settore, nonché altri organismi che possano essere utili allo sviluppo dei servizi sociali. La Rete, inoltre, elabora anche linee di indirizzo per il sistema di interventi e servizi sociali. Mentre il già menzionato articolo 21 si occupa dell'organismo di coordinamento, l'articolo 23 disciplina l'assetto territoriale dei servizi sociali, promuovendo nei provvedimenti applicativi regionali la gestione associata intercomunale e definisce degli interventi e servizi, come "livello essenziale" delle prestazioni nei limiti delle risorse disponibili. Da evidenziare che appare abbastanza singolare individuare "l'atto dell'offerta" come un Lep!

Sembra evidente, dall'esame della legislazione, che l'istituto dei Lep sociali sia considerata dal legislatore come un veicolo normativo per consolidare una o più misure, diffondendole a livello nazionale.

Proseguendo la rassegna, va aggiunto che al decreto legislativo del 2017 di contrasto alla povertà, fanno seguito altri atti, come il decreto ministeriale 18 maggio 2018, che, nel disciplinare il riparto del Fondo per il contrasto alla povertà, include anche il Piano degli interventi e servizi sociali di contrasto alla povertà, chiedendo alle Regioni un atto di programmazione triennale per tutta la rete dei servizi sociali per erogare il Rei come livello essenziale delle prestazioni.

Al Rei fa seguito il Reddito di Cittadinanza (RdC), introdotto dal d.l. 28 gennaio 2019, n. 4 "*Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni*", convertito con modificazioni, nella Legge n. 26, del 28 marzo 2019. Il reddito di cittadinanza è considerato una misura di politica attiva del lavoro, anche se il suo ruolo ad oggi – con le difficoltà del mercato del lavoro – è soprattutto di contrasto alla povertà, alle disuguaglianze e all'esclusione sociale. Con l'entrata in vigore del reddito di cittadinanza, il Rei non è stato più riconosciuto ed i percettori hanno continuato a fruirne fino alla data fissata nel provvedimento di assegnazione.

Nel 2020, con la depressione economica collegata al Covid 19, è stata istituita, con l'articolo 82 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 (Decreto Rilancio), un'altra misura di sostegno economico denominata "Reddito di emergenza", a favore dei nuclei familiari in difficoltà per l'emergenza epidemiologica. Tutte le misure economiche sono "formalmente" erogate a tempo, fino all'ottenimento di un posto di lavoro, con possibilità di prolungamento, qualora l'obiettivo lavoro non si raggiunga.

Per concludere la disamina, come si può valutare da quanto già osservato, dopo il 2015 la maggioranza dei provvedimenti dell'area sociale, sono orientati a contrastare la povertà, anche se in essi vi sono richiami all'intera rete dei servizi. L'ultimo atto che richiama le macroattività sociali e che si aggiunge agli atti inizialmente citati, è il Decreto 4 settembre 2019 del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali che ripartisce il Fondo Nazionale Politiche Sociali per il 2019, tra macroattività, utilizzando la nomenclatura di servizi già elencata.

Quanto illustrato, porta a due importanti considerazioni per la materia sociale:

- nessun provvedimento, dal 2000, data di approvazione della legge 328, ha fissato i livelli essenziali tra le diverse prestazioni indicate all'articolo 22 di tale legge, fatta eccezione delle misure contro la povertà;
- un primo spunto per definire i LEP sociali è stato offerto dal comma 4 dello stesso articolo 22, della l. 328/2000, prevedendo che le Regioni, nel disciplinare l'applicazione della legge sui loro territori, dovessero disciplinare la diffusione in tutti gli ambiti territoriali sociali, dei seguenti servizi:
  - a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
  - b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;

- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Il lavoro di sviluppo e applicazione della legge 328/2000 ed i confronti avvenuti in sede di Conferenza Stato-Regioni dalla data di emanazione della legge fino al 2015, hanno portato le definizioni dei servizi inserite nel comma 4 dell'articolo 22, ad un aggiornamento lessicale, recepito dall'intesa in Conferenza Unificata di cui si è detto in premessa, ma nel ventennale della legge 328, alla Camera, durante la discussione della legge di conversione del d.l. 34/2020 è stato fatto un emendamento all'articolo 89, con il comma 2-*bis*, che ha riportato l'attenzione sui livelli essenziali sociali in un'epoca in cui gravi problemi come quelli del Covid 19 hanno imposto al Servizio Sanitario una maggior strutturazione delle attività territoriali, ed anche un potenziamento anche dei servizi sociali locali, per intercettare le fragilità e poter affrontare in tempo interventi che possano evitare i gravi problemi indotti dalla pandemia Covid.

### **3. La pandemia come fattore di (ri)accelerazione dell'integrazione tra sanità e sociale sul territorio: un cenno all'Appello "Prima la comunità"**

Prima di esaminare le innovazioni introdotte dal "Decreto Rilancio", va osservato che l'irrompere della pandemia ha richiesto ai servizi sanitari territoriali un impegno del tutto inedito e che proprio le realtà regionali e infraregionali che hanno saputo, negli anni, conservare e/o sviluppare servizi di prevenzione e di assistenza primaria più strutturati sono quelle che hanno anche saputo offrire una migliore risposta alle esigenze poste dal contenimento del virus. Questa circostanza ha contribuito a far emergere diverse iniziative e prese di posizione, anche da parte del mondo dell'associazionismo e del volontariato, a favore di un rafforzamento delle reti territoriali, tra le quali merita una menzione particolare l'Appello "Prima la comunità: vogliamo un futuro per la nostra salute", promosso da un gruppo di enti del terzo settore coordinati dalla Fondazione Casa della Carità.

L'Appello denuncia che una parte dei problemi di gestione dell'epidemia da parte dei servizi territoriali dipende anche dall'assenza di "sensori" di misurazione e di controllo dei livelli di salute e del ben-essere, i quali saranno ancor più essenziali di fronte allo scenario sociale ed economico che la pandemia sta determinando. Da qui, la richiesta di specifici finanziamenti finalizzati al territorio per attivare e stimolare azioni di prevenzione e cura, ma anche ad attività sociali che possano affrancare il cittadino ed i nuclei familiari da condizioni di emarginazione e povertà. La salute è un progetto sociale ed un importante indicatore dello sviluppo, quindi il pesante richiamo alla responsabilità dei comportamenti individuali arriva a sollecitare le persone solo se queste si sentono partecipi nel costruire tale progetto.

Sono decenni, si legge nel documento, che si contesta il sistema ospedalocentrico, ma del tutto insufficienti sono gli sforzi affinché i servizi territoriali siano rafforzati e partecipati dalla comunità. Si può dire che ci sono i Distretti, la medicina di base, i poliambulatori e altre strutture specialistiche, ma tutte hanno una logica prestazionale senza alcun coinvolgimento dei cittadini. Non sono certo i questionari di gradimento che molte strutture propongono uno strumento di coinvolgimento e di partecipazione delle persone, i quali, al massimo, possono restituire dati sul buon livello di funzionamento di una struttura nella logica della *customer satisfaction*.

Quello che chiedono i promotori dell'Appello, costituitisi in un vero e proprio "movimento", è una risposta concreta del territorio visibile, partecipata e condivisa con i cittadini anche per comprenderne la sua efficacia e modificarla secondo le esigenze poste dalla comunità.

I servizi sanitari, si sottolinea, sono importanti ma non sono l'unica risorsa per il benessere. Sono necessarie politiche intersettoriali con la scuola, il lavoro, la garanzia di reddito, l'abitazione e l'ambiente, perché sono gli stili di vita che generano salute. In sintesi, non si può riordinare la sanità pubblica se non si opera in termini intersettoriali. Per completare l'opera si deve fare riferimento anche ad una adeguata formazione professionale degli interlocutori del cittadino e l'infermiere di famiglia/comunità deve essere il facilitatore di questa interlocuzione che misura il livello di salute. Un altro agente importante è il terzo settore, individuato come risorsa per arrivare alle persone e non solo come "controparte convenzionata".

Come proposta, la Fondazione ed il suo Movimento, chiedono la costituzione di un gruppo di lavoro e quindi la elaborazione di un Piano a livello nazionale, che possa raccogliere tutte le esperienze virtuose territoriali delle "Case della salute/Case della comunità" in modo da rivedere l'organizzazione delle Cure primarie orientata a sostenere fortemente la "domiciliarità" e soprattutto a riconoscere il primato della salute nell'economia e nella politica.

L'Appello, come vedremo, sembra essere stato in parte ascoltato dal legislatore, poiché il c.d. Decreto Rilancio, specialmente a seguito delle modifiche introdotte in sede di conversione, interviene significativamente proprio sulla rete dei servizi territoriali, consolidando in un quadro più organico alcune "innovazioni" introdotte in via strettamente emergenziale, come le unità speciali di continuità assistenziale, la cui necessità confessava, peraltro, l'attuazione del tutto insufficiente che, fino ad oggi, è stata fatta della riforma dell'assistenza primaria di cui all'art. 1 del d.l. 158/2012 (conv. l. 189/2012)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Sulla quale v. E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti Supreme e Salute*, 2019, n. 2, pp. 259 ss.

## 4. Le innovazioni introdotte in materia sociale e sociosanitaria dalla legge n. 77 del 17 luglio 2020

La legge 77/2020 di conversione del d.l. n. 34 del 19 maggio 2020, “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da Covid-19”, approvata il 16 luglio scorso, offre la preziosa occasione di riprendere il percorso attuativo della riforma del 2012 e di connetterlo anche con quanto si è sopra riferito circa l’individuazione dei livelli essenziali del settore sociale in base alla legge 328/2000 e al d.lgs. 68/2011.

Anzitutto, va preso in considerazione l’art. 1, comma 4-*bis*, del decreto legge convertito. Con esso il legislatore si propone di realizzare gli obiettivi di cui ai commi precedenti dello stesso articolo per intercettare le persone colpite da Covid-19 e/o di consentire una sorveglianza di coloro che sono in condizioni di fragilità, attraverso sperimentazioni che devono trovare modalità attuative nell’ambito di un’intesa sancita in Conferenza Stato Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano. La sperimentazione è ispirata al principio della piena integrazione sociosanitaria, coordinata dal Ministero della Salute per il biennio 2020-2021, e riguarda le strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili. Ovviamente tutto deve avvenire con il pieno coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, con particolare riferimento al volontariato locale e degli enti del terzo settore.

I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi, quale il budget di salute individuale e di comunità.

Per tali sperimentazioni lo stesso articolo 1, prevede 25 milioni di euro.

La legge di conversione è intervenuta poi anche in materia di politiche sociali, in particolare con l’articolo 89, comma 2-*bis*, che testualmente afferma che “i servizi sociali di cui all’articolo 22, comma 4, della legge 328/2000 sono da considerarsi servizi pubblici essenziali, anche se svolti in regime di concessione, accreditamento o mediante convenzione in quanto volti a garantire il godimento di diritti della persona costituzionalmente tutelati” Per valutare l’importanza della norma, anche ai fini di quanto sopra sottolineato, per la prevenzione, intercettazione o il controllo di chi è affetto da Covid-19, va ricordato che i servizi in questione consistono in:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;

e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Il comma prosegue stabilendo che, allo scopo di *assicurare l'effettivo e continuo godimento* di tali diritti, le Regioni e le Province Autonome, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto, devono definire le modalità per garantire l'accesso e la continuità dei servizi sociali, socio-assistenziali e sociosanitari essenziali di cui allo stesso comma, anche in situazione di emergenza, sulla base di *progetti personalizzati*, tenendo conto delle specifiche e inderogabili esigenze di tutela delle persone più esposte agli effetti di emergenze e calamità.

Purtroppo, l'articolo comprende anche la così ben nota di "formula di rito" per cui le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione del dettato legislativo nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque, *senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica*. Sorge in proposito un pensiero spontaneo...proviamo a coordinare entrambi gli articoli in maniera tale che anche piccole somme come quella stanziata per l'integrazione sociosanitaria (25 milioni) possano contemplare tutte le novità poste dalla legge che si è osservata.

Se continuiamo l'analisi potremmo vedere quanti punti in comune hanno i due articoli:

1. in entrambe le situazioni le Regioni dovranno procedere ad un Piano/Programma, per disciplinare in chiave locale la materia;
2. nelle sperimentazioni previste all'articolo 1 si fa riferimento ai servizi di prossimità, alla presa in carico e all'integrazione tra sanità e sociale;
3. all'articolo 89 si vanno a definire *servizi pubblici essenziali* sia la presa in carico, sia i servizi di prossimità ed in particolare l'assistenza domiciliare che, nella versione sperimentale, realizzerà quanto previsto dai nuovi Lea sociosanitari (art. 22 del DPCM 12/01/2017), cioè *cure domiciliari* (CD) di differente intensità assistenziale in relazione al grado di autonomia e alla patologia della persona.

È ben noto a tutti che le cure domiciliari sono "garantite" a persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità, componendo in maniera sistemica prestazioni mediche, riabilitative, infermieristiche e di aiuto infermieristico, con lo scopo di curare la fase acuta della patologia per riportare la persona ad una stabilizzazione del quadro clinico, contrastando e limitando il declino funzionale, per migliorare la qualità della vita nel proprio ambiente familiare, evitando, possibilmente il ricorso all'ospedale o la collocazione in struttura residenziale. Il percorso assistenziale garantito al paziente delle CD prevede:

- un primo colloquio per l'accesso alle cure;
- la valutazione multidimensionale dei bisogni (sotto il profilo clinico), funzionale (bisogni di autonomia) e socio-familiare (bisogni relazionali, sociali ed economici), attraverso idonei strumenti e scale di autonomia standardizzate;
- la presa in carico del paziente, da parte dell'équipe dell'ASL che si occupa di CD, attraverso il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) con l'erogazione delle prestazioni mediche, infermieristiche, assistenziali e riabilitative e se necessari, anche accertamenti diagnostici, fornitura di farmaci e di dispositivi medici, nonché preparati per la nutrizione artificiale;

- la stesura di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI) o di un “Progetto riabilitativo individuale” (PRI) che descrive le prestazioni necessarie, le modalità di esecuzione e la durata del trattamento;
- la individuazione di un *Case manager* che possa supportare la famiglia e provveda al collegamento dei diversi professionisti che erogano assistenza alla persona;
- un aiuto personale e domestico familiare all’assistito, quando si trova nella impossibilità di provvedere a sé stesso o nel caso di non autosufficienza e di mancanza di supporti familiari.

Le cure domiciliari, per la componente dell’aiuto domestico familiare, sono integrate dal supporto dei familiari, quando esistenti ed in grado di prestare le proprie attività al domicilio dell’assistito; nel caso contrario il Comune provvede attraverso propri servizi o in convenzione con soggetti della cooperazione o del Terzo settore. Come si può facilmente osservare, l’intreccio delle CD richiama sia quanto indicato dall’articolo 1, che quanto disciplinato dall’articolo 89 in parola.

Un ultimo insieme di osservazioni per sottolineare che l’articolo 89 della legge in trattazione non effettua solo un mero richiamo alla legge quadro dei servizi sociali n. 328/2000, recepita da tutte le Regioni in maniera non omogenea, ma ripropone alle stesse e ai Comuni una indicazione che può essere importante per rendere più completi ed omogenei i servizi sociali. Si ricorda in proposito che le norme di recepimento sono diversificate nel tempo, e, in alcune Regioni, sono state successivamente integrate ed implementate secondo altre norme che disciplinano il contrasto alla povertà (Rei, reddito di cittadinanza ed il recente reddito di emergenza) e in base alle nuove e diverse esigenze espresse dalla popolazione locale.

Anche sul piano della programmazione i comportamenti delle Regioni sono stati differenti con l’adozione di uno o più Piani sociali annuali o triennali oppure Piani sociosanitari coordinati con i Lea sociosanitari. Maggiore uniformità la troviamo sulla dimensione territoriale dove sono ovunque diffuse le gestioni associate dei Comuni per costituire gli Ambiti Territoriali Sociali previsti dalla stessa Legge 328/2000 (nel territorio nazionale sono attive circa 600 forme di gestione associativa).

Un’ultima osservazione cruciale, collegata allo sviluppo dei servizi riguarda il tema delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS) che, nell’ultimo triennio 2018/2020, ha oscillato da 276 a 394 milioni, con integrazioni nel 2019, cifra che parrebbe confermata dalla vigente legge di Bilancio anche per il 2020. Ovviamente, tali importi sono integrati da finanziamenti regionali che, in alcune realtà, sono ben più elevati della quota nazionale, cui vanno aggiunti anche i finanziamenti da parte dei Comuni, anche qui, disomogenei infatti, come rileva l’ISTAT, nell’analisi della spesa sociale dei Comuni, permane una sensibile sperequazione territoriale: dai 20 euro annui pro capite della Calabria ai 325 della Provincia autonoma di Bolzano, con una media nazionale di circa 100 euro pro-capite. Cifre molto piccole se si comparano con la spesa media pro-capite sanitaria intorno ai 1.800 euro.

Per concludere, la legge 77/2020 non definisce i livelli essenziali che devono essere garantiti in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, di cui alla lettera m), secondo

comma dell'articolo 117, come rivisitato dalla legge costituzionale n. 3 del 2001 di modifica del Titolo V della Costituzione, ma individua come *prestazioni essenziali* interventi già indicati dalla legge 328/2000, introducendo l'indicazione di *diritti costituzionalmente tutelati per le persone più esposte*. Questo può essere considerato un elemento che rivitalizza gli interventi in atto nei sistemi regionali e locali e, soprattutto, la riprogrammazione chiesta dall'articolo 89 può rendere l'offerta di servizi più omogenea sul territorio nazionale.

È di tutta evidenza che i vari attori istituzionali dovranno fare uno sforzo condiviso per rimuovere almeno, in parte, l'esiguità del FNPS per rendere concretamente esigibili i servizi richiamati nella legge, anche per poter fronteggiare l'aumentato carico di prestazioni assistenziali richieste dai cittadini nell'attuale stato di emergenza. Ci auguriamo che le risorse europee di cui si sta discutendo in questi giorni, a partire dal c.d. Recovery Fund, possano, almeno in parte, essere destinate anche a questo scopo e che con gli apporti della legge 77/2020, si possa avviare un effettivo *sistema* sociosanitario, l'unico che possa tutelare in maniera complessiva le fragilità