

IL DIRITTO ALL'ASSISTENZA SOCIALE E SOCIO-SANITARIA A VENT'ANNI DALL'APPROVAZIONE DELLA LEGGE QUADRO N. 328/2000 (SECONDA PARTE)

MAURO PERINO

Vent'anni fa veniva approvata la legge 328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". Nello scorso numero abbiamo ripercorso una parte della storia di questa norma che abbiamo chiamato «senza diritti», perché priva di prestazioni esigibili per l'utente. In questo articolo, seconda e ultima puntata di quanto abbiamo voluto scrivere per ripercorrere questi vent'anni di fallimenti annunciati della legge, abbiamo voluto inquadrarne l'obiettivo: strumentalizzare il concetto dell'integrazione socio-sanitaria, utilizzando il comparto socio-assistenziale come «cavallo di Troia» per ridimensionare il sistema universalistico di protezione della salute disegnato dalla legge n. 833/1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale. Negato il ruolo dello Stato come soggetto superiore e regolatore, al "quasi mercato" del Terzo settore è subentrato il mercato tout court, secondo il principio della sussidiarietà e della prossimità ai bisogni. Scriveva autorevolmente Domenico Chirico (2013), fotografando la situazione dello sgretolamento dello Stato sociale in una filantropia di stampo capitalistico: «sono finiti i soldi degli enti locali e stanno progressivamente sparendo i servizi: quelli pubblici smantellati, quelli affidati al terzo settore non più finanziati. La destrutturazione del welfare è compiuta, Certo ci sono sempre stati molti sprechi nel pubblico in Italia, ma il privato, anche quello sociale, è sempre stato debole, compromesso con la politica, incapace di immaginare e lavorare per la trasformazione sociale». La legge 328 ha dato una mano decisiva in tutto ciò.

Se con la legge 328 del 2000 il legislatore avesse veramente inteso tutelare il diritto alla continuità terapeutica senza limiti di durata e senza alcuna distinzione tra malati acuti e cronici assicurato dall'articolo 2 della legge n. 833/1978, l'articolo 15 della legge che compie vent'anni in questo novembre 2020 avrebbe dovuto essere formulato diversamente. Nella versione approvata, al primo comma dell'articolo, si stabilisce infatti che «ferme restando le competenze del servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti, nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto emanato di concerto con i Ministri della sanità e per le pari opportunità sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, determina annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone che ne fanno richiesta». Decisa-

mente più esplicita è la formulazione del successivo comma tre dell'articolo: «Una quota dei finanziamenti di cui al comma 1 è riservata ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare secondo gli indirizzi indicati dalla presente legge. In sede di prima applicazione della presente legge le risorse individuate ai sensi del comma 1 sono finalizzate al potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata».

Costi a carico degli utenti

L'articolo così formulato non conferma affatto, come potrebbe apparire a prima vista, la totale competenza del Servizio sanitario nazionale per le patologie acute o croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti, perché se questi ultimi rientrano tra le persone anziane, si vedono attribuito l'onere economico di contribuire al costo delle prestazioni domiciliari, semire-

sidenziali e residenziali: cosa che, all'epoca dell'approvazione della legge quadro, non valeva per i malati giovani e adulti affetti dalle stesse patologie degli anziani (nel 2017, come vedremo, il legislatore ha pensato bene di estendere l'obbligo di compartecipazione a tutte le persone non autosufficienti a prescindere dall'età anagrafica).

L'artificio utilizzato per sgravare la spesa sanitaria – senza intaccare, almeno formalmente, la gratuità delle prestazioni di carattere sanitario prevista dalla legge n. 833/1978 – si sostanzia nell'applicazione del cosiddetto «universalismo selettivo» introdotto nel sistema dei servizi dalla legge n. 328/2000. Il sistema integrato di interventi e servizi ha infatti carattere di universalità ma è previsto che i servizi vengano resi con contribuzione da parte degli assistiti: fatto salvo l'intervento dei Comuni per le persone prive delle risorse necessarie (utilizzando, a tal fine, i finanziamenti destinati al comparto socio-assistenziale).

Fuori i malati cronici non autosufficienti dalla sanità!

In buona sostanza la legge quadro 328/2000 si inserisce in modo organico, con piena consapevolezza tecnico giuridica e politica, nel processo di espulsione dalla pienezza della tutela sanitaria e nella collocazione all'interno della cosiddetta area dell'integrazione socio-sanitaria – nella quale non è prevista la piena gratuità degli interventi se non per gli indigenti – dei disabili gravi che necessitano di assistenza continuativa, degli anziani malati cronici non autosufficienti, dei soggetti dipendenti da alcool e da droga, degli affetti da patologie psichiatriche; degli affetti da Hiv. Per questi soggetti la sanità assume a proprio carico solo una percentuale variabile di spesa per gli interventi che vengono inoltre effettuati per periodi temporali predefiniti.

Il decreto Craxi

Il quadro normativo che ha determinato il processo di espulsione finalizzato ad intaccare nella sostanza gli articoli 1, 3, 19, 26 e 53 della legge n. 833/1978 – integralmente fatto proprio dagli estensori della legge n. 328/2000 (1) –

viene avviato con la legge n. 730/1983 (legge finanziaria 1984) che, all'articolo 30, recita testualmente: «*Per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, gli Enti locali e le Regioni possono avvalersi, in tutto o in parte, delle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali. Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per le funzioni di tipo socio-assistenziale ad esse delegate*». La determinazione delle «attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali», viene poi demandata ad un successivo apposito decreto.

A definire la nuova tipologia di attività per l'erogazione delle quali il sistema sanitario è autorizzato ad attingere al Fondo sanitario, interviene il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 agosto 1985, «Atto d'indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833». Conosciuto come «decreto Craxi», all'articolo 1 recita: «*Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali di cui all'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730 sono le attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi e produrre effetti*». Come stabilito nella legge finanziaria del 1984, queste attività vengono fatte gravare sul Fondo sanitario nazionale, mentre viene stabilito che «*non rientrano tra attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, le attività direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, comunque estrinsecantisi, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino*».

Il decreto del 1985 si configura come un atto amministrativo di indirizzo e coordinamento alle

(1) Come evidenziato nella nota 2, l'articolo 22, secondo comma, della legge n. 328/2000 chiarisce che vengono fatte

salve, tra le altre: «(...) le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni (...)».

Regioni che – dalla seconda metà degli anni Ottanta e per tutti gli anni Novanta – all’individuazione di una competenza professionale socio-assistenziale (o comunque non strettamente medica o infermieristica) nell’esercizio di attività sanitarie (ad esempio le lungodegenze residenziali), fa conseguire una competenza di spesa a carico dei Comuni titolari delle funzioni sociali per il finanziamento di tutte le attività (cosiddette “alberghiere”) rivolte agli anziani malati cronici non autosufficienti, agli affetti dal morbo di Alzheimer o da demenze, ai pazienti psichiatrici, tutti soggetti originariamente a completo carico sanitario. Si realizza in tal modo – per le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali individuate come tali dalle Regioni – una tripartizione della spesa: una quota a carico della sanità; una quota a carico dell’utente e/o una quota a carico dei servizi socio-assistenziali dei comuni ad integrazione o a totale copertura della spesa per gli indigenti. Il tutto a beneficio dei bilanci sanitari sui quali, precedentemente, gravava la totalità della spesa e a danno degli utenti poiché la qualità delle prestazioni sanitarie è inferiore nell’ambito socio-sanitario e pressoché in tutti i casi, l’intervento socio-assistenziale è esclusivamente di ordine economico (integrazione della quota di retta corrisposta dall’utente) e mai di prestazioni o di professionalità, che peraltro sarebbero quasi sempre inutili, avendo gli utenti bisogni sanitari e non assistenziali, ovvero necessità di cure e non di interventi di mantenimento o assistenza sociale in quanto sprovvisti dei mezzi per vivere (2).

La legge Bindi

Nell’anno che precede l’emanazione della legge n. 328/2000 viene approvato il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, “*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*” (3) al quale la legge quadro fa esplicito riferimento per quanto attiene alle tematiche relative all’area socio-sanitaria.

(2) Cfr. articolo 38 della Costituzione

(3) Il decreto legislativo n. 229/1999 modifica ed integra il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, “Riordino delle discipline in materia sanitaria a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, con il quale venne per la prima volta modificata ed integrata la legge di riforma sanitarie del 1978 (per questo il decreto legislativo n. 502/1992 è anche conosciuto come «riforma bis»).

Conosciuto come «legge Bindi» o anche come «riforma sanitaria ter», il decreto fornisce una ulteriore e più articolata definizione delle prestazioni socio-sanitarie che comprendono: a) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale; b) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria; c) le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria. A norma dell’articolo 2, primo comma, lettera n) della legge n. 419/1998 (4), il decreto demanda ad un apposito atto di indirizzo e coordinamento l’individuazione delle prestazioni da ricondurre alle tipologie a), b) e c) ed i criteri di finanziamento delle stesse per quanto di competenza della sanità e dell’assistenza.

Il nuovo provvedimento amministrativo indirizzato alle Regioni viene emanato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”. Sono passati tre mesi e sei giorni dall’approvazione della legge n. 328/2000 ed il decreto è firmato, oltre che dal Presidente del Consiglio Giuliano Amato e dal Ministro della Sanità Umberto Veronesi, anche dal Ministro per la Solidarietà sociale Livia Turco: è dunque più che verosimile che l’atto di indirizzo non sia frutto di una svista ma esprima pienamente gli intendimenti degli estensori della legge quadro.

Ebbene, con il decreto si procede, senza ripensamento alcuno, nella direzione indicata dal “decreto Craxi”, ridefinendo i confini delle prestazioni socio-sanitarie ed introducendo nuovi criteri di ripartizione della spesa tra Aziende sanitarie e Comuni. Si scaricano inoltre dal comparto sanitario a quello socio-sanitario (con il conseguente accollo degli oneri di intervento relativi alle attività non ritenute strettamente sanitarie agli utenti o, per loro, ai Comuni) le competenze su alcune tipologie di assistiti risparmiate dal decreto del 1985. All’utenza a suo tempo individuata dalle Regioni in applicazione del precedente Atto di indirizzo si aggiungono infatti le persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative; i soggetti dipendenti da alcool e da droga; gli affetti da patologie psichiatriche; gli affetti da Hiv.

Anche questo secondo Atto di indirizzo chia-

(4) Legge 30 ottobre 1998, n. 419, “Delega al Governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale e per l’adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

ma in causa le Regioni che «*nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari determinano gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento*», naturalmente senza potersi discostare dalle percentuali di addebito dei costi delle prestazioni dettagliatamente elencati nella tabella allegata al decreto.

Ma l'Atto di indirizzo va oltre, richiedendo ai Comuni (e non già alle Aziende sanitarie) di adottare – per quanto attiene alle prestazioni socio-sanitarie ed a quelle ad elevata integrazione – «*sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini per consentire l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle suddette prestazioni*».

È di una sfrontatezza disarmante che a fronte di una legge di riforma dell'assistenza che non prevede alcun diritto soggettivo a beneficiare delle prestazioni sociali – e dunque nessun dovere per i Comuni di assicurarle – si abbia l'ardire di richiedere, a questi ultimi, di assicurare un diritto costituzionale che è già pienamente azionabile in sanità.

I Livelli essenziali di assistenza (Lea): realizzazione della sanità di Serie B

Per tagliare in modo strutturale la spesa sanitaria – accollandone almeno una parte ai cittadini ed ai loro Comuni – il legislatore va ben oltre. Dopo la riforma del titolo V della Costituzione (legge 3 del 2001) la ripartizione convenzionale ed in percentuale degli oneri finanziari degli interventi prevista dal decreto del 14 febbraio 2001, approvato dal Governo Amato, viene integralmente ripresa dal decreto del Presidente del Consiglio del 29 novembre 2001, “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, approvato dal governo Berlusconi subentrato in quell'anno.

A testimonianza della pressante esigenza di «razionalizzare» il sistema sanitario, il decreto procede con inconsueta tempestività all'applicazione dell'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione riformata che, nella nuova formulazione, riserva allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni – nella fattispecie quelle sanitarie e socio sanitarie – che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale. I Lea previsti dal decreto divengono però cogenti, e quindi esigibili ed azionabili, solo

in forza dell'approvazione dell'articolo 54 della legge n. 289/2002 (legge finanziaria 2003).

Il nuovo decreto ha sicuramente due pregi rispetto a quello precedente: in primo luogo la encomiabile franchezza con cui, nell'allegato 1.C. “Area dell'integrazione socio-sanitaria”, si afferma che: «*Nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale. In particolare, per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da Hiv*».

Chiarito che il problema non è la (impossibile) distinzione tra ciò che è assistenza e ciò che è sanità sul piano della pratica operatività, ma il costo delle prestazioni, e che il Governo ha adottato la scelta – tutta politica – di non porre gli oneri delle stesse ad intero carico della sanità, ma solamente per una percentuale convenzionalmente determinata, si passa ad elencare i soggetti d'ora in poi confinati nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, cioè una sanità di Serie B, che non funziona secondo il principio universalistico di quella di serie A (destinata di fatto all'acuzie).

Per fortuna di questi nostri concittadini e di tutti noi, visto che potremmo ritrovarci nelle stesse loro condizioni anche indipendentemente dalla nostra volontà – e qui sta il secondo pregio del decreto rispetto a quello precedente – nel provvedimento viene dato atto che le prestazioni socio-sanitarie elencate nell'allegato 1.C., in quanto rientranti tra le competenze del Servizio sanitario nazionale, rappresentano un diritto soggettivo esigibile. Titolarità sanitaria degli interventi, dunque, con però una quota degli oneri economici posta a diretto carico del cittadino assistito o del Comune nel quale risiede se privo dei mezzi per far fronte alla spesa.

L'obiettivo di ridurre la spesa sanitaria strumentalizzando il concetto dell'integrazione socio-sanitaria ed utilizzando il comparto socio-assistenziale come “cavallo di Troia” per ridi-

mensionare il sistema universalistico di protezione della salute disegnato dalla legge n. 833/1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale, viene in questo modo raggiunto e poi confermato negli anni successivi (5). Inutile dire che i livelli essenziali di assistenza sociale, relativi agli interventi indicati nel mitizzato articolo 22 della legge n. 328/2000, li stiamo ancora aspettando.

Dal welfare state alla welfare society: tornano in auge filantropia e beneficenza

Come ben ricorda Luciano Gallino «*alla fine, in politica, ciò che conta è la legislazione approvata dalle massime istituzioni di un paese – o di un gruppo di paesi che han deciso di darsi una legislazione comune. I movimenti, i moti di piazza, gli umori e le idee che come correnti carsiche attraversano masse di persone sono essenziali per il processo democratico, ma se gli umori o le idee non diventano legge pesano poco o nulla nella vita delle persone*» (6).

L'essenza dello Stato sociale delineato dalla nostra Costituzione – che ha al centro, come fonte di “benessere” il lavoro e non l'assistenza – è il prodotto del conflitto sociale che ha accompagnato, quasi senza soluzione di continuità, lo sviluppo del nostro Paese nell'ambito del mondo occidentale moderno.

Soprattutto negli anni Sessanta e Settanta si impone una interpretazione dello Stato in economia che fa capo non tanto alla necessità di correggere il mercato per sostenere determinati gruppi sociali altrimenti ingiustamente penalizzati (gli operai ed i lavoratori in generale) quanto per ridurre le disuguaglianze con il fine di promuovere un benessere generalizzato.

Tra i molti aspetti della vita economica nei quali la politica fa sentire il suo potere regolatore, uno di quelli più significativi è quello dei sala-

ri e degli stipendi, i cui livelli vengono difesi un po' in tutti i paesi occidentali attraverso meccanismi di ordine giuridico e contrattuale che ne assicurano, per esempio, l'adeguamento proporzionato ed automatico all'eventuale aumento dei prezzi.

Equità sociale all'interno di una economia di mercato: così esprimeva le finalità dello Stato sociale la socialdemocrazia tedesca nel programma di Bad Godesberg del 1959. La democrazia politica non come valore in sé, ma come strumento per perseguire la democrazia sociale: perché – come osserva Zygmunt Bauman – «*si può essere sicuri dei propri diritti personali soltanto se si possiede la facoltà di esercitare i diritti politici e si è in grado di far pesare questa facoltà nel processo di elaborazione delle leggi; e se il patrimonio (economico e sociale) controllato personalmente e protetto dai diritti personali non è sufficientemente consistente da meritare l'attenzione delle autorità costituite, allora le possibilità di incidere sul processo di elaborazione delle leggi si fanno a dir poco evanescenti*» (7).

I fallimenti (già contenuti alla radice) della legge 328

Lo scenario sociale in cui si situa la legge n. 328/2000 è caratterizzato dalla condizione di povertà e di emarginazione dei soggetti che, in quanto inabili, non possono procurarsi un reddito lavorando e l'impovertimento – determinato dalla sotto occupazione, dai bassi salari e dalla disoccupazione generalizzata – di chi è invece abile al lavoro. La legge quadro non risponde ai primi perché, come si è detto, non assicura loro il diritto al mantenimento ed all'assistenza sociale (articolo 38, primo comma della Costituzione) come ulteriore protezione nell'ambito di un sistema di sicurezza sociale valido per tutti. Quanto ai secondi si deve provvedere nell'ambito del settore del lavoro, sostenendo – economicamente e con interventi di formazione finalizzati al reinserimento produttivo – chi perde, o non trova, una occupazione. E dunque nell'ambito della previdenza e della tutela del lavoratore (articolo 38, secondo e terzo comma della Costituzione) (8) e non del sistema dei servizi

(5) Nel 2017, dopo 16 anni dal primo, viene approvato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” che lascia inalterate le percentuali di suddivisione della spesa e conferma l'istituzione nei fatti di una sanità di serie A, destinata ai malati acuti o comunque alle situazioni di malattia che rivestono un qualche interesse scientifico e/o economico sul piano della ricerca e della sperimentazione, e una sanità di serie B che viene estesa a tutte le persone malate non autosufficienti o gravemente disabili con esigenze di assistenza continuativa.

(6) Luciano Gallino. *Op. Cit.*

(7) Zygmunt Bauman, “*Il demone della paura*”, Editori Laterza – La Repubblica, Bari, Roma, 2014.

(8) Il secondo comma dell'articolo 38 della Costituzione preve-

socio-assistenziali come è invece negli intendimenti della legge quadro.

Ma soprattutto occorre che vengano individuate e rimosse le cause che originano l'impoverimento. E tra queste occupa un posto di rilievo la spesa che le famiglie si ritrovano a dover sostenere, di tasca propria, per assistere i propri congiunti affetti da patologie croniche che determinano una condizione di non autosufficienza o con disabilità e limitatissima autonomia (9). Ciò avviene in violazione dalla legge n. 833/1978 e con l'oggettiva copertura della legge n. 328/2000 che, come si è visto, si colloca organicamente nel processo di riduzione delle tutele offerte da un sistema sanitario che la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale voleva universalistico e gratuito per l'assistito (con spesa a carico delle fiscalità generale).

L'altra causa è la sotto occupazione o la disoccupazione che rimanda all'ormai desueta questione della doverosa promozione della massima occupazione da parte delle istituzioni repubblicane. Quand'è che si tornerà a chiedere a tutte le imprese – sempre più impersonali

de che «I lavoratori hanno diritto che siano loro preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria»; nel terzo che «Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale».

(9) Dalla ricerca realizzata nel 2017 dalla società Innovation Team e presentata nel primo Rapporto dell'Osservatorio sul bilancio di welfare delle famiglie italiane (*“La spesa delle famiglie per la non autosufficienza”*, www.condicio.it), emerge infatti che l'area assistenziale considerata più critica è quella della non autosufficienza. Il 79 per cento di famiglie prestano direttamente assistenza ai propri componenti e, nella maggior parte dei casi, la motivazione per cui si rinuncia ai servizi è di natura economica (50,2 per cento). Il 21 per cento ricorre invece all'acquisto di servizi di cura, per un importo medio di 8.627 euro. In particolare il servizio più diffuso è quello delle “badanti”, cui ricorre l'11,5 per cento delle famiglie con persone non autosufficienti, per una spesa media di 10.348 euro. Le spese di cura per la non autosufficienza incidono significativamente sul bilancio familiare: molto o moltissimo per il 31 per cento delle famiglie che vi ricorrono, abbastanza per il 44,4 per cento, poco o niente per il restante 25 per cento. Complessivamente, tra le famiglie che hanno sostenuto spese per l'assistenza di congiunti non autosufficienti, solo il 23 per cento ha potuto coprirle interamente con il proprio reddito (14,3 per cento) o intaccando i risparmi (29,1 per cento) o ricorrendo all'aiuto di amici o parenti (56,6 per cento). Nella stragrande maggioranza dei casi (76,2 per cento) le famiglie hanno invece dovuto rinunciare ad un maggiore livello di assistenza per la persona non autosufficiente (40,4 per cento), oppure hanno ridotto le spese per la salute (26,4 per cento) o per i consumi alimentari (33,2 per cento). Giova ricordare che si tratta di interventi di cura rivolti a persone con gravissime carenze di salute e, dunque, con pieno diritto ad accedere, senza discriminazione alcuna, alle cure sanitarie e socio sanitarie previste dalla normativa vigente (legge n. 883/1978; D.lgs. n. 502/1992; Dpcm n. 15 del 12 gennaio 2017 sui Livelli essenziali di assistenza).

ed orientate alla rendita attraverso la speculazione finanziaria – di rendere alla società posti di lavoro veri, indirizzando e coordinando la propria attività ai fini sociali come prevede l'articolo 41 della nostra Costituzione (10)? Ed inoltre: siamo sicuri che la ricerca di un giusto equilibrio tra l'utilità sociale dell'impresa ed il diritto alla sicurezza sociale, alla libertà ed alla dignità umana dei cittadini possa avvenire senza recuperare il ruolo regolatore dello Stato?

L'illusione della sussidiarietà

Al principio di sussidiarietà – assunto a fondamento della legge n. 328/2000 e successivamente introdotto in Costituzione con la modifica apportata all'articolo 118, quarto comma, della legge costituzionale n. 3/2001 – può essere data attuazione in modi diversi, più o meno aderenti al modello di Stato sociale delineato dalla nostra Carta costituzionale. La tendenza sempre più evidente è ad una lettura liberista del principio. Una *governance* sempre più sfumata sostituisce il *governo* originariamente posto in capo al pubblico. Lo Stato, assiologicamente neutro, si ritira da tutti i settori in cui il privato può fare da sé (e per sé): tutti i valori morali, religiosi e filosofici devono essere confinati alla sfera privata e dunque tutto può essere privatizzato.

È infatti ormai dominante l'idea che il soggetto che deve avere «l'ultima parola» sulle politiche di protezione sociale non sia più lo Stato nelle sue articolazioni istituzionali, bensì la società nel suo complesso, in forza del concetto di solidarietà circolare che prevede la relazione e l'interazione tra l'ente pubblico, le imprese (definite con il termine, non casualmente anglosassone, di «*business community*») e la società civile organizzata con il settore non profit nelle sue varie declinazioni.

Soggetti tra i quali si verrebbe ad instaurare una armonica condivisione di intenti, a partire dalla progettazione delle azioni, se il rapporto a tre venisse inteso in senso paritario e le istituzioni rinunciassero ad esercitare quel governo

(10) L'articolo 41 della Costituzione recita: «L'iniziativa privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali».

della cosa pubblica che, nella prima fase di messa in pratica del principio di sussidiarietà, sembrava ancora irrinunciabile.

Gli imprenditori sarebbero così disponibili a concorrere alle spese a condizione di poter dire la loro sul modo di progettare e sul modo di gestire gli interventi. Le organizzazioni del Terzo settore – alle quali viene ormai riconosciuta una sorta di esclusiva nella capacità di lettura dei bisogni del territorio – potrebbero adottare il modello organizzativo più appropriato per erogarli, e all'ente istituzionale resterebbe unicamente la responsabilità di garantire l'universalismo – ovviamente selettivo – impiegando le proprie risorse (pubbliche) per far sì che i cittadini accedano agli interventi «secondo equità».

Non è però solo sollecitandone la filantropia che si pensa di spingere i privati a fornire il capitale iniziale per la gestione di progetti sociali. È certamente più efficace che uno o più enti pubblici diano la garanzia di elargire, come remunerazione del capitale investito, parte dei risparmi generati per le casse pubbliche dal successo del progetto stesso: verificato, *ça va sans dire*, da un garante *super partes* (è noto infatti che per l'ultima ideologia rimasta ai giorni nostri – quella liberista – la pubblica istituzione non è più considerata tale) (11). In pratica si tratta di remunerare, con una rendita, il capitale investito per retribuire il lavoro degli operatori del Terzo settore ai quali è demandata l'attuazione delle azioni. A questo scopo vengono ad esempio utilizzati, ancora in termini anglosassoni, i *social impact bond*: strumenti finanziari (una sorta di obbligazione) che consentono di mettere in campo, remunerandole con una rendita, le risorse del privato profit e/o delle fondazioni.

Profit, non profit, fondazioni di origine bancaria (12), fondazioni di erogazione che «fanno

anche bene, come quando forniscono servizi sanitari essenziali in luoghi dove lo Stato è scomparso o non arriva nessuno. Ma con loro finisce il welfare come lo abbiamo conosciuto e per cui le generazioni del dopoguerra hanno lottato. Finisce l'utopia dell'impegno sociale come luogo di trasformazione. Inizia definitivamente l'epoca del welfare caritatevole, anzi ricomincia da dove era rimasta durante il primo capitalismo». E tutto ciò accade perché in Italia si è operato, nell'ultimo ventennio, prima per delegare il welfare al “quasi mercato” del Terzo settore e successivamente al mercato *tout court*, secondo il principio della sussidiarietà e della prossimità ai bisogni; poi però «sono finiti i soldi degli enti locali e stanno progressivamente sparendo i servizi: quelli pubblici smantellati, quelli affidati al terzo settore non più finanziati. La destrutturazione del welfare è compiuta, Certo ci sono sempre stati molti sprechi nel pubblico in Italia, ma il privato, anche quello sociale, è sempre stato debole, compromesso con la politica, incapace di immaginare e lavorare per la trasformazione sociale» (13).

A questo lascito ha contribuito anche la legge n. 328/2000, con la quale il legislatore ha disegnato un welfare che non persegue la tutela dei diritti sociali, ma riprende e rilancia il concetto ottocentesco della beneficenza adattandolo alla moderna logica del mercato: la cui «mano invisibile» – lungi dall'armonizzare i diversi interessi sociali attraverso la «legge» della domanda e dell'offerta – ha invece determinato l'ineluttabilità della disoccupazione e della sotto occupazione di ampie quote della popolazione e, conseguentemente, della povertà – anche di chi è occupato e lavora (14) – come dato strutturale e fisiologico.

(11) Eppure l'articolo 28 della Costituzione recita: «I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti. In tali casi la responsabilità civile si estende allo Stato e agli enti pubblici».

(12) «In Italia 40 miliardi di patrimonio pubblico sono gestiti da 88 enti privati. Sono le ottantotto fondazioni bancarie che governano le più grandi realtà italiane. (...) Create nel 1990 su input dell'allora ministro del Tesoro Giuliano Amato (e infatti la legge porta il nome dell'ex presidente del consiglio), dovevano essere un semplice passaggio tecnico per privatizzare il sistema bancario: consisteva nel creare degli enti a cui affidare momentaneamente le azioni di controllo delle rispettive banche, in attesa di venderle ai privati. Una volta compiuta la missione, questi enti sarebbero

spariti. Così non è andata: le fondazioni sono sopravvissute diventando sempre più potenti ed ereditando quella parte di patrimonio un tempo in mano alle banche pubbliche: palazzi, quadri, patrimoni. In questo modo oggi le fondazioni sono praticamente il governo “ombra” di molte città italiane. (...) L'origine dei patrimoni delle fondazioni è oggettivamente pubblico, anche se non lo sappiamo o ce lo siamo dimenticati». Giuseppe Pipitone, “Fondazioni bancarie, in un libro-inchiesta i segreti del potere degli 88 enti privati che gestiscono 40 miliardi di patrimonio pubblico”, *l'fattoquotidiano.it*, 7 aprile 2020.

(13) Domenico Chirico, “Le multinazionali del bene e il welfare caritatevole”, *www.lostraniero.net*, 25 settembre 2013.

(14) L'articolo 36 della Costituzione, primo comma, recita: «Il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia una esistenza libera e dignitosa».