

LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI E DIRITTI: DI CHE COSA SONO FATTI E COME DEFINIRLI?

MAURIZIO MOTTA

DOCENTE A CONTRATTO PRESSO L'UNIVERSITÀ DI TORINO

La riflessione prende in esame due aspetti della costruzione dei livelli esenziali. Quali siano le componenti di una "prestazione di welfare afferente ai livelli essenziali" e "dove" sia opportuno definire le componenti di un livello essenziale, ossia quali aspetti non possono essere lasciati alla sola regolazione degli enti (Comuni - Asl) gestori dei servizi

Il tema descritto nel titolo non sembra essere molto presente nell'attuale agenda del dibattito e delle scelte politiche, almeno per queste ragioni:

- nella "politica" (e di tutti gli schieramenti) è difficile trovare impegno e interesse all'argomento, sia perché assorbita da tutti altri temi della attualità più recente, sia per una sua più cronica incapacità a concentrarsi su come costruire diritti sociali. Tra i sintomi di questa disattenzione c'è l'attuazione del federalismo, che procede da un lato secondo il macchinoso processo della legge 42/2009 (con passaggi e iter poco comprensibili ai più) e dall'altro assumendo i caratteri di una riforma che riguarda solo modifiche della fiscalità¹; ossia senza molta attenzione ai meccanismi che debbono legare i livelli di spesa (costi e "fabbisogni standard") ai livelli di prestazione da garantire, e ai contenuti di questi ultimi;
- la morsa della crisi economica, e le conseguenti scelte nazionali di drastico taglio dei finanziamenti nel welfare², inducono ad allontanare la ricerca di come dare migliore esigibilità a prestazioni oggi precarie e poco solide, per ripiegare su tentativi di "almeno mantenere ciò che esiste".

I livelli essenziali

Riflettere sui temi del titolo di questa nota sembra dunque fuori tempo, o rischia di assumere il carattere di un esercizio teorico. Ma forse è proprio per non dimenticare il rilievo del problema che merita ragionarci ancora; e peraltro nell'ordinamento giuridico sono vive e operanti almeno due disposizioni che "prima o poi" imporranno di adottare misure sui livelli essenziali: la già citata legge 42 del 2009 e l'obbligo previsto nell'art. 117 (comma "m") della Costituzione, che ha radicato il dovere

dello Stato di definirli.

Questa nota intende proporre una riflessione su due aspetti della costruzione dei livelli essenziali:

a) interrogarsi su quali siano le componenti di una "prestazione di welfare afferente ai livelli essenziali" che è opportuno regolare affinché essa sia compiutamente disegnata. Cercando quindi di individuare "come" è utile descrivere un intervento che vuole assumere il rango di livello essenziale; quali aspetti è opportuno siano esplicitati per offrire ai cittadini la fruizione di una prestazione che sia ovunque riconoscibile come adeguata a soddisfare un "diritto sociale" (che è appunto l'obiettivo che la Costituzione assegna ai livelli essenziali).

b) Dall'altro, considerando i diversi livelli istituzionali che concorrono a regolare il welfare (Stato, Regioni, Enti locali, ASL), chiedersi "dove" sia opportuno definire le componenti di un livello essenziale, ossia quali aspetti non possono essere lasciati alla sola regolazione degli enti locali gestori dei servizi (Comuni e loro forme associative, ASL), pena lo snaturamento di ciò che vorrebbe essere un livello essenziale tutelante diritti in modo indipendente dai localismi.

Per essere concreti proverei a snodare queste due riflessioni con riferimento al tema dell'assistenza sociosanitaria ai non autosufficienti (anziani e disabili), sia perché materia di grande rilievo nel welfare, per le famiglie, gli operatori e le Amministrazioni, sia in quanto su questa materia già l'ordinamento ha introdotto regolazioni importanti. Dunque, sebbene questo tema voglia qui essere utilizzato solo come un esempio di ragionamenti estensibili ad altri tipi di prestazioni e utenza, l'attuazione del federalismo non potrà evitare di esprimersi

anche sull'argomento specifico.

Potremmo iniziare da questa domanda: per il cittadino (o la sua famiglia) che si trova in una condizione di non autosufficienza e che chiede aiuto al welfare pubblico, "che cosa" costituisce nucleo essenziale di un suo diritto a ricevere aiuto? Quali componenti degli interventi sono per lui decisivi?

Questa domanda ha oggi un senso, pensando agli interventi sociosanitari per disabili o anziani non autosufficienti, residenziali o domiciliari, per queste ragioni:

- a) la normativa nazionale sui LEA da un lato ha attribuito forza di legge³ ai livelli essenziali descritti nel DPCM 29/11/2001, ma dall'altro ha definito i contenuti delle prestazioni, la sostanza concreta degli interventi da garantire, in modo molto generico. Il DPCM 29/11/2001, nella tabella 1.C, infatti si limita a descrivere sinteticamente che tra i livelli di assistenza devono essere presenti l'assistenza domiciliare sociosanitaria e quella in strutture semiresidenziali e residenziali, e definisce per ciascuna la percentuale di costo a carico dell'utente o del Comune. Ma nulla prevede circa la quantità e le modalità con cui devono essere fornite queste prestazioni;
- b) l'impianto attuale dei LEA dunque affida agli atti delle singole Regioni la traduzione dei livelli essenziali citati in concreti interventi, da costruire peraltro anche con atti di intesa locali delle ASL e dei Comuni o loro organismi associativi.

Dunque se oggi ci si chiede "in che cosa consiste per il cittadino" il livello essenziale che può richiedere per ricevere assistenza al domicilio per un non autosufficiente, la risposta è "...dipende da dove si trova". E non solo perché le regolazioni regionali sono molto differenti, ma anche perché entro le Regioni si riscontra un'ampia variabilità tra i territori sub regionali.

Torniamo però al punto di vista del cittadino:
- l'ordinamento giuridico gli dice che a fronte di bisogni riconosciuti il welfare pubblico deve fornire livelli essenziali di prestazioni, i quali assumono il carattere di un suo diritto soggettivo⁴;
- ed il bisogno "... sono non autosufficiente, oppure ho un coniunto non autosufficiente" è tra quelli assunti dall'ordinamento come suscettibile di tutela;
- e l'ordinamento riconosce che tra gli inter-

venti adatti a questa circostanza (livelli essenziali da garantire) ci sono tra gli altri l'assistenza al domicilio e l'inserimento in strutture residenziali.

Ma dunque per il cittadino non autosufficiente, o che ha un coniunto non autosufficiente, che cosa è importante ricevere e si aspetta di vedere? Quali ingredienti danno sostanza reale per lui al livello essenziale? Chiediamocelo rispetto a due interventi (usati solo come esempio del ragionamento): l'assistenza al domicilio e l'inserimento in struttura residenziale.

Riguardo gli interventi di assistenza domiciliare sociosanitaria

Per il cittadino sono importanti:

- 1) **Il tempo di attesa per poter ottenere un intervento significativo.** Per la persona non autosufficiente, e la sua famiglia, ricevere assistenza domiciliare in tempi troppo lunghi genera noti effetti nefasti, come l'impovertimento se si è costretti a pagarsi da soli una assistente familiare o a ridurre l'attività lavorativa di parenti che assistono; oppure la rinuncia ad una impossibile assistenza a casa se è senza aiuti, e la ricerca frenetica di una collocazione residenziale.
- 2) **La quantità di prestazione, ossia il volume di interventi domiciliari.** Ciò che fa la differenza in una famiglia tra il riuscire ad assistere in casa il non autosufficiente, oppure dover cercare un posto in struttura residenziale è quasi sempre il numero di ore che si riesce a garantire di assistenza domiciliare. Ossia il numero di ore nel quale un assistente familiare può garantire le essenziali funzioni della vita quotidiana (mangiare, pulirsi, vestirsi, non restare confinati in casa, etc). E si veda l'esplosione della spesa privata per le "bambini" a tutti nota.
- 3) **La contribuzione che è richiesto di versare al beneficiario, ed eventualmente ai suoi parenti.** La compartecipazione al costo delle prestazioni è un ingrediente rilevante per il beneficiario e la sua famiglia, specialmente considerando che si tratta qui di prestazioni (e quindi di contribuzioni) che hanno lunga durata.
- 4) **La qualità della assistenza domiciliare che riceve.** E questo aspetto può essere scomposto in due:
 - 4.1) La presenza di una possibilità per l'utente (e la famiglia) di scegliere il "modo"

di fruire dell'assistenza domiciliare più adatto alla sua situazione: ricevere un contributo economico per un familiare che assiste riducendo la sua attività lavorativa, oppure ricevere un assegno di cura per assumere direttamente un lavoratore di fiducia, oppure ricevere un "buono servizio" con il quale scegliere una impresa accreditata che invii un suo lavoratore. Poiché utente e famiglia possono trovarsi in situazioni differenti, ed avere capacità gestionali differenti, quanto più è varia la possibilità di scelta tanto più si agevola il beneficiario e la sua rete a ricevere un intervento adatto alla sua condizione del momento.

4.2) Capacità, competenze e affidabilità di chi svolge l'assistenza domiciliare

Riguardo gli interventi di inserimento in struttura residenziale

Per questo tipo di interventi per il cittadino non autosufficiente (e la sua famiglia) sono importanti soprattutto:

- Il tempo di attesa per poter ottenere un inserimento in struttura;
- I criteri per identificare la sua contribuzione al costo della retta della struttura;
- La qualità della struttura e della vita quotidiana in essa garantita.

Meno rilevante è qui "la quantità" di prestazione, in quanto non può che consistere in un posto a tempo pieno nella struttura residenziale. Ma se questi aspetti, molto sommariamente descritti, sono il "nucleo" del livello essenziale, ciò che lo rende effettivo e concreto, quali sono gli strumenti per governarli ed il loro stato di attuazione?

a) Il tempo di attesa per ottenere la prestazione (sia domiciliare che residenziale). E' un aspetto al contempo cruciale per gli utenti (e le loro famiglie) e complesso per il sistema dei servizi, perché affrontarlo implica misurarsi con i volumi di offerta di servizi e la spesa che è possibile garantire. Tuttavia va notato che molti sistemi regionali (e locali) si limitano a questo riguardo a prevedere standard ai quali tendere (del tipo "postiletto/abitanti" o "utenti assistiti/abitanti"), spesso non supportati da robusti meccanismi di incentivo/cogenza. Oppure a prevedere tempi massimi entro i quali va garantita al cittadino una valutazione sociosanitaria (ad esempio in UVG), ma non la successiva attivazione di interventi. Resta dun-

que importante chiedersi se meccanismi e norme di questo tipo siano sufficienti per dare concretezza a questo connotato del livello essenziale/diritto soggettivo.

b) La quantità/volume di assistenza che si può ricevere. Nei servizi residenziali questo è forse il contenuto che già vede operanti diversi meccanismi di regolazione, tutti fortemente presidiabili a livello regionale, come i processi per l'autorizzazione, l'accreditamento, la regolazione delle tariffe, l'incentivazione a edificare o ristrutturare. L'assistenza domiciliare questa "quantità" deriva da almeno due componenti:

- Il massimale di spesa pubblica di Aziende Sanitarie e Comuni che può essere destinato al piano di assistenza domiciliare, e che si può trasformare in "ore di assistenza". Tematica che non è per nulla affrontata dalla normativa nazionale sui LEA, ed è stata definita non in tutte le Regioni;
- dai criteri per definire quale debba essere la contribuzione del beneficiario al costo del piano di assistenza domiciliare. Ed in merito valgono le osservazioni più sotto riportate al punto D).

c) La qualità dell'assistenza. Governarla nell'assistenza domiciliare (capacità, competenze e affidabilità di chi svolge l'assistenza domiciliare) significa attenzione a molteplici aspetti: le modalità di accreditamento dei fornitori del lavoro domiciliare (o in ogni caso del loro rapporto con le amministrazioni pubbliche), l'inserimento nella rete del welfare pubblico delle "badanti" (anche con percorsi di formazione e supporto), il monitoraggio costante dei piani di assistenza. Cioè disegnare e presidiare la rete di offerta, nei suoi diversi aspetti. Nell'assistenza residenziale questo contenuto è di norma già affrontato nei meccanismi di regolazione regionali prima citati: autorizzazione, accreditamento, regolazione delle tariffe

d) La definizione della contribuzione degli utenti. Sulla regolazione di questo aspetto le normative regionali (e anche locali) presentano grandi differenze, e gli aspetti di rilievo sono i seguenti:

- la valutazione, per determinare la contribuzione, della condizione economica del solo utente (in quanto non autosufficiente) o anche degli altri componenti del suo nucleo familiare. E le diverse scelte poggia-

no anche su diverse interpretazioni giuridiche⁵

- L'adozione dell'ISEE per valutare la condizione economica, oppure di suoi adattamenti, varianti, o strumenti alternativi, per limitare le criticità e le distorsioni che l'ISEE come strumento intrinsecamente contiene nel valutare la condizione economica.
- La definizione dei meccanismi concreti che conducono a calcolare la contribuzione (del tipo: "Si paga la quota X per un ISEE incluso tra Y e Z", oppure "Se il reddito supera un valore K si paga l'intero costo", etc.)

Senza qui poter approfondire ulteriormente è necessario evidenziare che questa è una tematica il cui impatto sulla concreta erogazione delle prestazioni è molto importante, ed il cui governo spesso appare spesso sottovalutato.

I ruoli e le competenze

Considerando che alla regolazione del welfare concorrono diversi livelli di governo, "dove e da chi" è utile che questi aspetti siano normati? Di massima per tutti gli aspetti strutturalmente connessi all'organizzazione e all'uso di risorse territoriali la sede regionale sembra quella più adatta; anche lasciando range di possibili variabilità agli enti infraregionali. Ma proseguendo nella riflessione su "che cosa deve costituire il diritto/livello essenziale", occorre anche chiedersi come evitare una eccessiva frantumazione in differenze locali,

cosicché il contenuto cruciale della prestazione (appunto il livello essenziale) finisce per dipendere soprattutto dal Comune/ASL in cui si risiede (situazione che oggi è sicuramente presente, soprattutto rispetto agli interventi sociosanitari e sociali). Dunque nell'impianto dei livelli essenziali parrebbe utile garantire:

a) che agli enti gestori dei servizi (ASL ed Enti gestori del socio assistenziale) siano lasciate autonomie sulle modalità per organizzare i servizi, o per offrire eventuali integrazioni ai livelli ritenuti essenziali;

b) che le Regioni (e non i livelli inferiori) regolino gli aspetti che connotano il nucleo essenziale dei diritti: "chi deve aver diritto a che cosa, e in quali tempi massimi e quantità minima". Con un analogo ruolo dello Stato per presidiare tutti quegli aspetti che connotano l'esigibilità e che non è opportuno differenziare tra Regioni: ad esempio per sciogliere i comportamenti oggi difformi sul punto D) prima esposto.

Persistere in un sistema di welfare nel quale il nucleo cruciale dei livelli essenziali dipende in modo decisivo dal Comune in cui si risiede significa di fatto rinunciare (magari in nome di un malinteso federalismo, che divide i cittadini) a mettere a regime "diritti soggettivi" degni di questo nome. E dunque sarebbe meglio in Costituzione riscrivere la previsione dell'articolo 117, e derubricare i livelli essenziali verso un meccanismo dove ...ogni ASL o Ente gestore

Affrontare il lutto di un popolo per non dimenticare

I testi pubblicati dalla casa editrice Guanda fanno parte della collana *Narratori della Fenice*: l'atmosfera di entrambi i libri è schiacciata dal ricordo dell'orrore di Auschwitz, da un passato che si perpetua da generazione in generazione, con ricordi troppo dolorosi da essere ricordati, ma anche troppo ingombranti per essere dimenticati o taciti; protagonisti di questi racconti sono due famiglie il cui presente è vissuto all'ombra della Shoah. La storia raccontata in **La stella del mattino** ha inizio nella comunità di Podhoretz, dove un bambino di nome Haim, internato nel campo di concentramento di Aschowitz, riesce a sopravvivere ma il peso del lutto del suo popolo lo tormenta per tutta l'esistenza, fino alla decisione di andare a vivere a Israele, quasi ad accompagnare in viaggio i suoi morti, in quel cerchio che all'inizio del libro si era aperto facendoci conoscere il suo antenato, un violinista e rabbino. Il titolo del testo **Lezioni di tenebra** fa pensare ad un'eredità che viene tramandata; è quella che la mamma ha affidato all'autrice facendole vivere e subire la memoria di tutti gli scomparsi, quelli che sono morti nel campo di sterminio da dove lei è scampata; pur non parlandone mai direttamente, ferite così profonde vengono trasmesse intrise di paura e angoscia; per questo alla fine madre e figlia decidono di ritornare insieme in un doloroso ma liberatorio viaggio nei luoghi del passato.

Andrè Schwarz Bart, **La stella del mattino**, Milano 2011, p. 235, euro 17.50; Helena Janeczek, **Lezioni di tenebra**, Milano 2011, p. 199, euro 15.00.

dei servizi sociali realizzzi i suoi "diritti locali".

Da questi sintetici esempi si deduce che per presidiare il nucleo sostanziale dei diritti occorre governare i criteri che determinano l'accesso alle prestazioni, e la distribuzione delle risorse; ed i legami tra questi due aspetti. Certo questa è una conclusione sin troppo superficiale, ma suggerisco di riprendere il ragionamento accettando qualche provocazione:

1) Se accettiamo che per il cittadino il diritto alle prestazioni è davvero concreto in quanto preveda con chiarezza "che cosa può ricevere", ed anche "entro quando", allora dare forma a questo diritto (ossia definire i livelli essenziali) descrivendolo nella normativa solo con un linguaggio che preveda:

a) che "deve esistere" un certo tipo di prestazione (senza altre precisazioni di quantità e tempo di attivazione);

b) che in quel territorio vanno raggiunti "obiettivi di servizio", ossia standard e rapporti che in quel territorio si devono raggiungere tra "abitanti e fruitori di un servizio".

Non serve molto a dare concretezza al diritto della persona, a definire un livello essenziale utile per la sua condizione del momento. Poco importa ad un anziano non autosufficiente, e alla sua famiglia, di sentirsi dire che:

- la normativa prevede debba esistere l'assistenza sociosanitaria domiciliare o la collocazione in residenze (e qui si ferma il contenuto della normativa nazionale sui LEA);

- il suo diritto è già garantito dall'Amministrazione perché in quel territorio già si è raggiunto uno standard "residenti/assistiti" (e qui si fermano molte normative regionali).

Se in concreto ciò significa dover attendere un posto in struttura residenziale oppure un intervento domiciliare senza certezza sui tempi e sulle quantità.

Resta dunque importante puntare a proporre diritti soggettivi che siano ben riconoscibili come beneficio per chi è in quel momento portatore di problema, e non solo come "volumi di offerta di servizi" che si misurano con effetti generali sulla collettività.

2) E' evidente che questo ragionamento contiene ampi rischi di demagogia e di irresponsabilità, se conduce a introdurre in norme robuste esigibilità per il cittadino che poi le amministrazioni non possono garantire con le risorse finanziarie reali. Ad esempio può essere in questo momento poco realistico predefinire con norme di livello regionale i tempi di attesa massimi per ricevere una prestazione. Ma è proprio necessario che rinunciamo a priori ad una costruzione dei diritti esigibili che possa

Credere nella modificabilità

Si tratta quindi di aiutare la persona ad essere di più e non di meno; il processo di apprendimento (cosa diversa dall'addestramento meccanico) è un processo attivo di mediazione che favorisce l'elaborazione da parte del soggetto di soluzioni attraverso la sperimentazione, la partecipazione diretta alla presa di decisione. Anche Paulo Freire, come Sartre, indica che l'educatore che accompagna la persona disabile adulta deve sapere che "l'uomo è un essere incompiuto consapevole della sua imperfezione, in uno sforzo permanente verso l'essere di più". Perfettibilità ed educabilità sta con modificabilità anche per un soggetto di più di 40 anni con un ritardo mentale, la sindrome di Down e una paraplegia; se l'operatore non crede in questa possibile modificabilità positiva si chiude l'orizzonte e la possibilità per il soggetto disabile di mobilitare le sue risorse interiori. Occorre uscire da una concezione statica ed immobile dell'età adulta e dal disabile adulto; ogni esperienza, compresa quella dell'invecchiamento costituisce un elemento di cambiamento e di nuovo adattamento ad una situazione nuova. Occorre quindi ragionare in termini di ciclo di vita, di traiettoria; è l'unico modo per pensare nella prospettiva di un progetto di vita; per questo diventa necessario modificare il senso comune di tanti operatori della scuola e dei servizi che pensano che sia possibile intervenire per abilitare, educare e riabilitare prima dei 18 anni mentre dopo diventerebbe più difficile e problematico. Pensiamo come Henri Bergson che vi sia una "evoluzione creatrice" nel tempo che fa della persona un insieme di possibili non prevedibili e anche un insieme di divenire: a livello fisico, neurologico, psichico, affettivo, sociale e culturale. Qualsiasi progetto di vita deve prendere in considerazione questa dimensione molteplice del divenire e del fluire dell'esistenza in percorsi inediti ed estremamente creativi.

Alain Goussot, L'essere disabile in situazione di cambiamento, in Il disabile adulto, Maggioli, 2009

anche essere sostanziata da norme che regolano "quanto" può essere erogato e "entro quando"? Può essere infatti utile ricordare che questo tipo di qualificazione del diritto soggettivo (e dunque del livello essenziale che il sistema deve garantire) non è una posizione giuridicamente tutelata che non esiste in assoluto nel welfare pubblico italiano. Ad esempio se pensiamo:

- a) all'accesso all'istruzione obbligatoria, rispetto alla quale il sistema scolastico non risponde garantendo solo "un posto in classe" ma da una data non certa (come invece accade all'anziano non autosufficiente che aspetta un ricovero o l'assistenza domiciliare), bensì deve garantire, e lo fa da molto tempo, per tutti "il posto ad inizio anno scolastico"; E rispetto al volume di offerta certo è variabile la componente "tempo pieno o no", ma è sicura la fruizione dell'orario di base (seguendo nel nostro confronto: un numero di ore minimo di assistenza domiciliare).
- b) Oppure alla fruibilità del medico di medicina generale, rispetto alla quale il sistema sanitario non risponde imponendo al cittadino di pagarsi tutte le prestazioni sanitarie "sino a quando sarà possibile avere il medico" (ergo: "pagatevi la badante o il costo del ricovero sino a quando potrà intervenire l'ASL e l'Ente gestore dei servizi assistenziali").

Note

- ¹ Un articolato giudizio di questo tipo è nell'editoriale di Emanuele Ranci Ortigosa nel numero 2, febbraio 2011, della rivista "Prospettive Sociali e Sanitarie".
- ² Un bel panorama dei recenti tagli è fornito da Antonio Misiani nell'articolo "Finanziaria 201: fine delle politiche sociali?", in "Prospettive Sociali e Sanitarie", numero 1 del 2011.
- ³ Tra gli atti nazionali di rilievo nella definizione dei LEA ricordiamo il DPCM 14/2/2001 in attuazione dell' art.3 septies del D.Lgs.229/99, ed il successivo DPCM 29/11/2001, Allegato 1, Punto 1.C (poi confermato, e irrobustito dal fatto che gli si conferisce forza di legge, dalla "legge finanziaria" 2003, la legge 289 del 27/12/2002, all'articolo 54).
- ⁴ Anche se resta aperto il dibattito, sia giuridico che culturale, sulla effettiva esigibilità di questi diritti, o sul fatto che essa sia strutturalmente subordinata alle risorse disponibili, facendone dunque "strani diritti", condizionati dai bilanci del momento. Un testo ricco di diversi contributi su questo aspetto, non solo giuridici, è M. Campedelli, P. Carrozza, L. Pepino (a cura di), "Diritto di welfare", Il Mulino, 2010
- ⁵ La normativa sull'ISEE (art.3, comma ter, del D.Lgs. 109/98) rinviava ad un successivo decreto (mai adottato) la precisazione dei limiti entro i quali valutare la condizione economica del solo assistito per prestazioni sociosanitarie per disabili gravi e anziani non autosufficienti. Molte amministrazioni hanno ritenuto, in mancanza di detto decreto, non applicabile l'indicazione della contribuzione sul reddito del solo richiedente la prestazione, prevedendo di conseguenza la contribuzione sul reddito familiare. La gran parte della giurisprudenza si è orientata verso l'immediata applicabilità del D. lgs 130/2000. Si segnala in proposito una recente sentenza del Consiglio di Stato (la 1607 del 16 marzo 2011) che annulla il regolamento di un Comune affermando che deve essere operante il vincolo a considerare la condizione economica del solo assistito non autosufficiente. Per un approfondimento si segnala l'intervento pubblicato nel sito del Gruppo Solidarietà www.grusol.it/informazioni/01-04-11.PDF.
- ⁶ Una discussione più ampia sui temi di questo articolo è ad esempio nel numero speciale "Federalismo fiscale, livelli essenziali e welfare nella prospettiva della L. 42/90" della rivista "Prospettive Sociali e Sanitarie", n° 8/9, 1/15 maggio 2010.

c) O ancora alle prestazioni assistenziali con natura di diritto soggettivo che la Pubblica Amministrazione deve erogare al richiedente che ne ha le condizioni senza poter opporgli la "mancanza di risorse", come l'assegno sociale INPS o gli assegni per nuclei familiari con nuovi nati o 3 figli minori (qui cioè non è legittima una risposta del tipo "adesso non si può attivare nessuna assistenza domiciliare perché non ci sono risorse in bilancio").

Una sfida nel processo di definizione dei livelli essenziali, da non eludere, resta perciò quella di verificare come sia possibile evitare di limitarsi a definire i "diritti" solo come standard tendenziali di servizi, che non concretizzino che cosa il singolo cittadino può esigere ed entro quando. E orientare il welfare italiano ad affrontare meglio la cronicità implica anche riflettere sul fatto che già attualmente esistono prestazioni essenziali di welfare sia garantite come diritti soggettivi che qualificate nei tempi e volumi di fruizione. Dunque si tratta non solo di destinare risorse aggiuntive alla tutela di gravi situazioni (come la non autosufficienza), ma anche di riordinare l'allocazione delle risorse all'interno stesso del welfare pubblico⁶.

