

La governance locale nei servizi sociali

La *governance* locale nei servizi sociali

## 2. Risorse pubbliche e private per la *governance* locale: un'analisi comparata in tre distretti lombardi<sup>1</sup>

### 2.1. Premessa

Il presente capitolo analizza e ricostruisce le politiche sociali sviluppate dagli attori pubblici e privati operanti in tre distretti sociosanitari della Lombardia sulla base delle risorse finanziarie da questi apportate.

In particolare, si presume che la ricomposizione delle risorse finanziarie che ogni attore mette in gioco a livello locale permetta di rappresentare quali scelte strategiche sono state operate dal singolo attore del welfare pubblico locale e, a livello più generale, dal distretto nel suo complesso.

Oltre ad offrire una metodologia per una rappresentazione immediata delle strategie perseguite a livello locale da diversi soggetti pubblici e privati impegnati nel sociale, la ricerca in oggetto si pone l'obiettivo di *esplorare* eventuali regolarità ed uniformità emergenti dall'analisi di tre distretti lombardi che si differenziano per importanti caratteristiche strutturali ed istituzionali.

Infine, l'analisi sul livello e sulle modalità di intervento finanziario permette di esplicitare quali rapporti di forza si realizzano concretamente a livello locale, verificando l'esistenza di un'eventuale discrasia fra il dettato normativo che assegna al Comune la responsabilità completa della funzione sociale e la reale influenza che quest'ultimo è in grado di esercitare nei confronti di altri soggetti impegnati nel sistema di welfare locale.

La ricerca si sviluppa secondo due direttrici di analisi.

---

<sup>1</sup> Le pagine che seguono presentano una sintesi aggiornata dei risultati emersi dalla ricerca "Modelli di welfare socio-assistenziale in Lombardia" finanziata da SPI CGIL Lombardia e coordinata da Roberta Montanelli ed Alex Turrini del CERGAS Bocconi. Alla raccolta ed analisi dei dati nei diversi distretti sociosanitari lombardi hanno partecipato anche Francesco Daelli, Mariafrancesca Sicilia, Pierangelo Spano ed Emilio Tanzi, che si ringraziano per la collaborazione.

Da un lato viene ricostruito l'impegno finanziario profuso dai soli attori pubblici all'interno di tre distretti sociosanitari lombardi misurando l'entità della spesa sociale sostenuta sia a livello di singolo Ente che a livello di distretto<sup>2</sup>.

Dall'altro lato viene sviluppato un secondo approfondimento relativamente alle risorse finanziarie impegnate localmente per la cura e il sostegno delle persone non autosufficienti (NA). In questo secondo caso non si analizza soltanto la sfera pubblica, ma si mette a confronto spesa pubblica e spesa privata al fine di quantificare il ruolo delle famiglie e del nonprofit nella copertura del fabbisogno sociale dei NA.

Nei prossimi paragrafi si illustra quale definizione di spesa sociale (pubblica e privata) è stata qui accolta e quale metodologia è stata utilizzata per la misurazione di tale spesa (§ 2.2). Il capitolo prosegue esplicitando il disegno di ricerca sviluppato (§2.3) e i risultati ottenuti dall'analisi (§ 2.4). Alcune riflessioni conclusive (§ 2.5) relativamente ai risultati ottenuti dalla ricerca effettuata chiudono il capitolo.

## **2.2. Spesa sociale pubblica e privata: definizione e misura**

Prima di entrare nel merito del disegno di ricerca sviluppato e dei principali risultati ottenuti è necessario esplicitare la definizione di spesa sociale qui accolta e le modalità di misura e stima della spesa sociale del distretto.

Nei prossimi paragrafi verranno dunque illustrati i metodi di misura della spesa pubblica nel settore sociale (§2.2.1) e della spesa privata nel settore della non autosufficienza (NA) (§2.2.2)

### ***2.2.1. La spesa pubblica nel settore sociale***

Una definizione certa su quali poste in bilancio rientrino nella spesa sociale di un Ente pubblico è questione oggetto da sempre di profondo dibattito.

Tale problema si ricollega, infatti, alla più generale difficoltà nel distinguere l'area delle politiche sociali da altre aree di intervento pubblico.

Guardando alla letteratura in argomento, occorre sottolineare come in molti casi l'area delle politiche sociali (e quindi le risorse finanziarie collegate a tali politiche) sia distinta da altre aree di intervento pubblico sulla base del *tipo di bisogno* che queste politiche dovrebbero soddisfare.

Le politiche sociali perseguite da un Ente comprenderebbero tutte le attività finalizzate a "soddisfare i bisogni di chi non ha, non ha più, non ha ancora capacità di lavoro e quindi capacità di reddito" (Ferrario, 2001).

Secondo questa prospettiva, gli interventi pubblici in ambito sociale sarebbero finalizzati a soddisfare bisogni perlopiù materiali (alimentari, economici, abitativi...) a tutela della sopravvivenza fisica di individui e famiglie (Artoni, Ranci Ortigosa, 1989).

---

<sup>2</sup> In Lombardia gli ambiti sociali coincidono con i distretti sociosanitari.

Gli obiettivi di politica sociale si realizzerebbero soprattutto grazie a interventi pubblici (consistenti soprattutto in trasferimenti finanziari ai cittadini) a carattere condizionale e discrezionale, volti a garantire alcune categorie di persone (disoccupati, anziani, poveri, ma anche disabili o emarginati) contro forme di insicurezza sociale derivanti da un'incapacità o una perdita di capacità reddituale (Ferrera, 1993; Ponzini, 2002; Spicker, 2004).

A tale interpretazione restrittiva delle politiche sociali se ne è affiancata recentemente un'altra, tendente ad allargare ulteriormente i bisogni sociali oggetto di intervento pubblico e annoverabili come "sociali".

Secondo tale prospettiva, dato l'aumento di benessere e ricchezza nelle società industriali, le politiche sociali comprenderebbero non solo quegli interventi a garanzia di un minimo di sussistenza, ma anche quelle attività volte ad assicurare l'accesso ad alcune forme di attività educativa, ricreativa e culturale.

Al tradizionale trasferimento monetario, intervento ancora considerato basilare nelle politiche di assistenza, si aggiungerebbero una serie di servizi e di progetti finalizzati a rispondere alle mutate esigenze di integrazione ed evoluzione sociale di una comunità.

Abbracciando questa prospettiva, sicuramente più adeguata a cogliere l'evoluzione dell'intervento pubblico in ambito sociale, risulterebbe tuttavia difficile isolare le politiche sociali dall'insieme delle politiche sviluppate da un Ente pubblico. Emblematico in questo senso è il caso degli asili nido, tradizionalmente riconosciuti come ambito delle politiche educative di un Ente locale e spesso di responsabilità del relativo Assessorato.

Una seconda serie di difficoltà nel trapiantare gli interventi riconducibili all'area sociale riguarda la tradizionale distinzione all'interno dei sistemi di *welfare pubblico* fra ciò che può essere considerato intervento "socio assistenziale" e ciò che può essere considerato intervento "previdenziale".

Gli studi di politiche pubbliche tentano una distinzione sulla base delle modalità attraverso le quali le due aree di intervento vengono finanziate (Ferrera, 1993).

Secondo tale distinzione il finanziamento della spesa per interventi di natura assistenziale (a differenza di quello per gli interventi previdenziali) non avrebbe natura contributiva: la fonte principale di finanziamento sarebbe dunque riconducibile alla fiscalità generale e quindi andrebbe a gravare sulla collettività generale. Peraltro, anche per questo motivo, l'accesso a forme di intervento assistenziale sarebbe spesso subordinato non solo all'accertamento di un bisogno individuale manifesto, ma anche alla verifica da parte delle autorità pubbliche della mancanza di risorse economiche sufficienti a far fronte a questo bisogno da parte del beneficiario (verifica della "prova dei mezzi" o *means test*)<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> In questo senso, gli interventi socio-assistenziali risulterebbero essere a carattere selettivo (rispetto a condizioni di reddito e di bisogno) e quindi tipicamente non universali e residuali rispetto alla capacità di autosoccorso individuale o familiare. (Donati, 1993)

Purtroppo, anche in questo caso, il tentativo di definire un confine netto appare immediatamente denso di difficoltà all'atto della rilevazione dei dati. Infatti, esemplificando rispetto alla situazione italiana ed assumendo la modalità di finanziamento come elemento discriminante del carattere assistenziale, si dovrebbero escludere interventi importanti come ad esempio gli assegni familiari per i lavoratori dipendenti ed assimilati al cui finanziamento provvedono contributi specifici a carico del costo del lavoro e non un finanziamento a carico della fiscalità generale. (Artoni e Ranci Ortigosa, 1989, p.19).

A fronte di tali difficoltà, sembra dunque necessario esplicitare alcuni criteri di massima che hanno guidato la ricerca in oggetto, piuttosto che riferirsi a criteri definitivi unici<sup>4</sup>.

Per intervento assistenziale, secondo quanto proposto dall'ISTAT<sup>5</sup> (ISTAT, 2004), si sono dunque inclusi quegli interventi che si rivolgono alla soddisfazione di specifici bisogni afferenti alle seguenti categorie di utenti:

- **Anziani:** in quest'area, secondo l'ISTAT, rientrano gli interventi e i servizi mirati a migliorare la qualità della vita delle persone anziane (cioè con più di 65 anni), nonché a favorire la loro mobilità, l'integrazione sociale e lo svolgimento delle funzioni primarie. Fra queste misure rientrano anche le prestazioni rivolte agli anziani non autosufficienti.
- **Famiglia e minori:** in quest'area, sempre secondo la classificazione ISTAT, rientrano gli interventi e i servizi di supporto alla crescita dei figli e alla tutela dei minori. I beneficiari degli interventi e dei servizi possono dunque essere donne sole con figli, gestanti, giovani coppie, famiglie con figli, anche se monoparentali.
- **Disabili:** l'ISTAT fa rientrare, in quest'area, gli interventi e i servizi cui possono accedere utenti con problemi di disabilità fisica, psichica o sensoriale. Tipicamente non vengono compresi in quest'area gli anziani disabili o non autosufficienti.
- **Dipendenze:** in quest'area rientrano gli interventi e i servizi rivolti a persone dipendenti da alcool e droghe.

---

<sup>4</sup> Lo stesso approccio è stato di recente adottato nella prima parte del Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali redatto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Vi si legge: "In sintesi, si può perciò dire che il criterio adoperato per selezionare concretamente le voci ricomprese nel Rapporto è sostanzialmente *euristico*, fondato sulla valutazione della finalità sociale dell'intervento, laddove risulta rilevante la componente redistributiva e l'obiettivo di soddisfacimento di diritti sociali così come attualmente identificabili sulla base degli assetti normativi ed istituzionali italiani" (MLPS, 2005; p.10)

<sup>5</sup> Come noto l'ISTAT suddivide il sistema di protezione sociale in tre settori: il settore previdenziale (comprendente tutti gli interventi di protezione sociale diversi da quelli collegati alla salute e che presuppongono la costituzione di una posizione contributiva), il settore sanitario (comprendente tutti gli interventi legati allo stato di salute del beneficiario), il settore assistenziale (comprendente tutti gli interventi di protezione sociale che non presuppongono la costituzione di una posizione contributiva e non sono collegati in via esclusiva allo stato di salute o alla prova dei mezzi (MLPS, 2005, p.13).

- **Immigrati:** in quest'area, sempre secondo l'ISTAT, rientrano gli interventi e i servizi finalizzati all'integrazione sociale, culturale ed economica degli stranieri immigrati in Italia.
- **Altro (Adulti in condizione di disagio/Povertà ed esclusione sociale):** in quest'area rientrano gli interventi residuali e i servizi per ex detenuti, donne maltrattate, persone senza fissa dimora, indigenti, e altre persone in difficoltà non comprese nelle altre aree.

Oltre a questa prima classificazione, utilizzata come criterio generale per l'imputazione dei diversi interventi nel novero delle politiche sociali locali, si è considerato come socio assistenziale qualsiasi intervento che, in prima approssimazione e seguendo una definizione politico amministrativa, non viene considerato intervento previdenziale o strettamente sanitario. (Gori, 2001).

In particolare, per quanto riguarda il confine fra "sociale" e "sanitario" (e relativamente al contesto regionale lombardo oggetto dell'indagine) sono stati compresi nell'area socio-assistenziale anche gli interventi cosiddetti "socio-sanitari" ossia quelli con componente sanitaria finanziati dal *fondo sociosanitario regionale*<sup>6</sup>.

La Tabella 1 esplicita ulteriormente quali servizi erogati dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) in Lombardia sono stati considerati nell'indagine e quali sono stati esclusi.

Tabella 1 Interventi sociosanitari dell'ASL in Lombardia<sup>7</sup>

	<i>Inerventi socio sanitari</i>			
	<i>Servizi finanziati dal fondo sanitario</i>	<i>Servizi finanziati dal fondo sociosanitario</i>		
<b>Servizi</b>	SERT, NOA	ADI, IDR	CSE, CRH, RSA	IEAH
<b>Fonti di Finanziamento</b>	Fondo sanitario regionale	Fondo sociosanitario	Fondo sociosanitario+ Fondo sociale+ utenti o Comune	Fondo sociosanitario+ utenti o Comune

Fonte: Montanelli, Fosti (2000)

Come si accennava precedentemente, più problematica è stata invece la definizione del confine fra spesa previdenziale e spesa socio-assistenziale.

Rispetto alle grandezze prese in considerazione<sup>8</sup> occorre ribadire che la scelta degli interventi da includere, oltre a rispettare i confini di definizione di "assistenza" sopra delineati si è basata sulla considerazione delle voci

<sup>6</sup> Si veda il Capitolo 1 per una descrizione del quadro normativo nazionale e regionale con particolare riferimento alle caratteristiche del fondo sociosanitario lombardo.

<sup>7</sup> Gli interventi considerati sono evidenziati in grigio nella tabella

<sup>8</sup> Si veda il Capitolo 1

maggiormente rilevanti senza entrare nel dettaglio di singoli interventi che hanno pesato meno nell'anno preso in esame nella rilevazione.<sup>9</sup>

Inoltre, non sono stati presi in considerazione gli accantonamenti per il trattamento di fine rapporto (che si configurano come retribuzione da lavoro differita), le spese relative all'assicurazione del rischio di disoccupazione (come l'indennità di disoccupazione), le pensioni ai superstiti (di cui tuttavia si sono considerate le integrazioni al minimo) e le rendite per infortunio sul lavoro corrisposte dall'INAIL.

Stanti tali criteri, la misurazione dell'impegno finanziario pubblico all'interno del singolo ambito sociale si è sviluppata attraverso una rilevazione *ad hoc* delle risorse (a consuntivo) stanziata a bilancio da parte di tutti i possibili attori pubblici impegnati nel sociale ed *in primis* dai Comuni dell'ambito, dal distretto ASL, dalla Provincia, da altri Enti locali o agenzie pubbliche presenti sul territorio e dall'INPS.

Rispetto alle voci riguardanti gli interventi INPS, si sono riscontrate alcune difficoltà nel calcolare l'impegno economico INPS riferito al singolo ambito sociale.

I dati in possesso dell'INPS, relativamente agli interventi considerati, non permettono infatti una disaggregazione territoriale puntuale a livello di singolo ambito sociale.

Per questo, per alcune voci INPS si è stimato l'ammontare complessivo della spesa in prestazioni per il singolo distretto secondo due modalità:

- laddove è stato possibile rintracciare il numero di beneficiari delle prestazioni assistenziali INPS in Lombardia, si è calcolato il **numero dei beneficiari nel distretto** moltiplicando il numero di beneficiari residenti in Lombardia per l'incidenza dei residenti nel distretto (appartenenti ad una determinata classe d'età coerente con la prestazione presa in considerazione) sul totale della popolazione residente in Lombardia (ed appartenente alla stessa classe d'età). Con tale calcolo si è dunque fatta l'ipotesi che, nel distretto, l'incidenza del numero di beneficiari sul totale della popolazione residente (potenzialmente avente diritto alla prestazione) fosse uguale a quella regionale. La stima distrettuale del numero di beneficiari così ottenuta è stata moltiplicata per l'**importo medio nazionale** che il singolo beneficiario ottiene per quella prestazione. Operando secondo questa modalità si è ipotizzato che, a livello distrettuale, l'importo medio ricevuto dal singolo beneficiario sia pari a quello ricevuto a livello nazionale<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> A titolo esemplificativo un intervento che non si è considerato è stato il reddito di ultima istanza. Tale intervento, se rilevante dal punto di vista del rinnovamento delle politiche sociali nazionali nel 2003 ha visto uno stanziamento di 140.000.000 di Euro pari al 4,5% della spesa dei *solii* assegni sociali INPS.

<sup>10</sup> Soprattutto quest'ultima ipotesi è restrittiva in quanto l'importo medio varia notevolmente da zona a zona del Paese.

- laddove non è stato possibile rintracciare il numero di beneficiari delle prestazioni assistenziali INPS in Lombardia, ma solo il valore nazionale, si è calcolato il **numero dei beneficiari nel distretto** moltiplicando il numero di beneficiari in Italia per l'incidenza dei residenti nel distretto (appartenenti ad una determinata classe d'età coerente con la prestazione presa in considerazione) sul totale della popolazione residente in Italia (ed appartenente alla stesa classe d'età). Con tale calcolo si è dunque fatta l'ipotesi che, nel distretto, l'incidenza del numero di beneficiari sul totale della popolazione residente (e potenzialmente avente diritto alla prestazione) fosse uguale a quella nazionale. La stima distrettuale del numero di beneficiari così ottenuta è stata moltiplicata per l'**importo medio nazionale** che il singolo beneficiario ottiene per quella prestazione. In questo caso si è ipotizzato che a livello distrettuale l'importo medio ricevuto dal singolo beneficiario residente in un distretto sia pari a quello ricevuto a livello nazionale.
- per gli assegni familiari e le indennità di maternità, avendo solo l'ammontare complessivo nazionale erogato nel 2003 si è attribuito al singolo distretto una quota del totale in proporzione rispettivamente al numero di nuclei famigliari residenti nel distretto e al numero di residenti con età non superiore a 0-1 anno rispetto al numero di nuclei famigliari.

Nella seguente tabella si indicano gli interventi INPS presi in considerazione, il parametro di calcolo utilizzato e, laddove esistente, il numero di beneficiari in Lombardia. Tutti i dati finanziari rilevati si sono riferiti alle risorse finanziarie erogate all' 1.1.2004.

Tabella 2 Criteri di calcolo della spesa per interventi dell'INPS nel singolo distretto<sup>11</sup>

Intervento	Calcolo numero di beneficiari nel distretto	Importo medio nazionale per singolo beneficiario	Beneficiari Lombardia
Assegno ordinario di invalidità e pensione di inabilità	Nr beneficiari Lombardia * $\frac{\text{Popolazione residente nel distretto}}{\text{Popolazione residente in Lombardia}}$	Euro 6.341	170.645
Trattamenti di invalidità civile, cecità e sordomutismo	Nr beneficiari Lombardia * $\frac{\text{Popolazione 18-64 residente nel distretto}^{12}}{\text{Popolazione 18-64 residente in Lombardia}}$	Euro 2.851	94.085
Indennità di accompagnamento	Nr beneficiari Lombardia * $\frac{\text{Popolazione residente nel distretto}}{\text{Popolazione residente in Lombardia}}$	Euro 5.015	200.532
Pensioni e assegni sociali	Nr beneficiari Lombardia * $\frac{\text{Popolazione over 65 residente nel distretto}}{\text{Popolazione over 65 residente in Lombardia}}$	Euro 4.185	72.770
Integrazioni al minimo e maggiorazioni sociali	Nr beneficiari Italia * $\frac{\text{Popolazione over 65 residente nel distretto}^{13}}{\text{Popolazione over 65 residente in Italia}}$	Euro 2.812	ND
Maggiorazioni sociali di cui all'art. 38	Nr beneficiari Italia * $\frac{\text{Popolazione over 65 residente nel distretto}^{14}}{\text{Popolazione over 65 residente in Italia}}$	Euro 652	ND

<sup>11</sup> La popolazione è stata calcolata in base ai dati Istat all'1.1.2004. Il numero dei nuclei familiari è stato determinato nei tre distretti facendo riferimento ai dati dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie (2003) condotta dall'Istat.

<sup>12</sup> Al 65° anno d'età la maggior parte delle invalidità si trasformano in assegni sociali

<sup>13</sup> Dall'analisi della distribuzione per classi di età si evince che l'84,2 per cento dei beneficiari di pensioni integrate al trattamento minimo o di maggiorazioni sociali ha più di 65 anni, il che motiva l'adozione di tale fascia di popolazione per calcolare il numero di beneficiari nel distretto.

La governance locale nei servizi sociali

della legge n. 448 del 28 dicembre 2001	Popolazione over 65 residente in Italia		
Pensioni di guerra	Dato distrettuale certo Ministero dell'Economia DPSV	ND	40.418
Indennità di maternità	Sulla base della popolazione 0-1 anno residente nel distretto	ND	ND
Assegni al nucleo familiare	Sulla base dei nuclei familiari residenti nel distretto	ND	ND

Fonte: ns. elaborazione su dati MLPS (2006)

---

<sup>14</sup> Vedi nota 19.

### 2.2.2. La spesa pubblica e privata per la non autosufficienza

Come si diceva in apertura, nei diversi distretti presi in considerazione dalla presente ricerca si è riservato un posto particolare all'analisi delle risorse messe in campo da soggetti pubblici e privati per soddisfare i bisogni di assistenza dei non autosufficienti (NA) o disabili gravi residenti nel distretto<sup>15</sup>

In particolare, il livello di copertura garantito dagli attori pubblici per la NA è stato calcolato attraverso il confronto fra le risorse proprie investite per la NA da tutti gli Enti pubblici operanti nell'ambito e le risorse proprie investite dai privati (famiglie, organizzazioni del terzo settore, etc.) per il sostegno e l'assistenza ai NA<sup>16</sup>.

Anche in questo caso si ritiene necessario precisare le modalità adottate per il calcolo della spesa pubblica e privata a favore della NA.

In effetti, soprattutto la ricomposizione dell'insieme delle risorse proprie investite dagli attori privati non è risultata di facile svolgimento data l'estrema incertezza su dati e dinamiche del cosiddetto *welfare nascosto* (Gori, 2003).

Allo stato delle cose tale indeterminatezza è conseguenza sia dell'impossibilità di avere un dato primario certo sul numero di anziani e disabili NA residenti in un ambito sociale ed a carico delle famiglie sia sulle risorse proprie investite dalle famiglie per l'acquisto di prestazioni per la NA/disabilità grave.

Per questo, il calcolo effettuato si è fondato su una serie di congetture e stime.

Per quanto riguarda il primo ordine di problemi (la mancanza di un numero certo relativo ai NA residenti in un distretto) si è proceduto a stimare il numero di NA a carico delle famiglie sulla base delle statistiche nazionali ISTAT.

---

<sup>15</sup> La definizione qui accolta di disabilità si riferisce a ISTAT (2001). È definito disabile chi ha difficoltà gravi nell'espletare almeno una delle attività della vita quotidiana (ADL), chi è confinato a letto, su una sedia (non a rotelle) o in casa e chi ha una difficoltà di tipo sensoriale.

<sup>16</sup> Si vuole ricordare il significato del valore delle risorse proprie dei diversi attori operanti nel settore sociale. In particolare:

- per Enti locali, ASL e per tutti gli altri soggetti pubblici l'ammontare di risorse proprie coincide prevalentemente con le risorse provenienti dalla fiscalità generale;
- per le organizzazioni private (profit e non profit) l'ammontare di risorse proprie riguarda le risorse derivanti da donazioni, fundraising o da altri ricavi non configurabili come tariffe;
- per le famiglie l'ammontare di risorse proprie rappresenta l'insieme delle risorse che ogni famiglia distrae dal proprio reddito (pensione ordinaria, stipendio, reddito patrimoniale...) per pagare le prestazioni assistenziali necessarie a sostenere il bisogno sociale dell'anziano o disabile non autosufficiente. L'ammontare di risorse proprie delle famiglie è stato determinato dalla differenza fra i costi sopportati dalle famiglie per acquistare le prestazioni sociali e socio-sanitarie necessarie a soddisfare il bisogno e l'insieme dei trasferimenti monetari (finalizzati a sostenere gli acquisti della famiglia e ricevuti tipicamente da attori pubblici quali l'INPS, l'ASL o i Comuni (si pensi, a titolo esemplificativo, a forme di assistenza come gli assegni familiari o le pensioni sociali)

L'indagine ISTAT sulle *Condizioni di salute della popolazione italiana 2001* ha infatti stimato la presenza di disabili nelle diverse classi demografiche a partire dai 6 anni in Italia.

L'ISTAT stima in circa **2.615.000** le persone disabili in Italia, pari al **4,85%** della popolazione italiana di 6 anni e più che vive in famiglia. Tale stima non include dunque i bambini disabili fino a 5 anni e le persone disabili che vivono stabilmente in strutture. I valori percentuali, a livello nazionale, sono riportati nella seguente tabella.

Tabella 3 Persone di 6 anni e più disabili per tipo di disabilità, classe di età e sesso (per 1000 persone della stessa classe di età).

CLASSI DI ETA'	Numero di disabili ogni 1000 persone	Tipo di disabilità			
		Confinamento individuale	Disabilità nelle funzioni	Difficoltà nel movimento	Difficoltà vista, udito e parola
6-14	15,6	3,5	10,8	1,7	2,4
15-24	8,7	3,7	4,1	2,3	2,4
25-34	8,9	3,9	3,2	2,0	3,0
35-44	9,6	4,5	5,4	3,3	2,5
45-54	15,3	6,5	5,5	5,8	4,7
55-64	36,5	13,1	15,0	18,9	6,9
65-69	69,7	24,2	35,0	35,3	13,1
70-74	116,7	43,9	56,7	61,8	20,1
75-79	195,7	84,9	118,0	98,8	35,4
80 e più	476,7	249,7	352,4	225,0	128,9
Totale	48,5	21,4	28,8	22,3	11,1

Fonte: ISTAT (2001)

Occorre precisare che la dizione di disabilità generica utilizzata dall'ISTAT non è equiparabile al concetto di NA<sup>17</sup>. In effetti, anche l'ISTAT classifica la disabilità in quattro classi spesso non mutuamente escludentisi<sup>18</sup>:

- il **confinamento individuale** (che implica livelli di autonomia nel movimento pressoché nulli; la costrizione permanente in un letto o su

<sup>17</sup> L'ISTAT accoglie una definizione ampia di disabilità che ricalca quella considerata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Per l'OMS, la disabilità consiste semplicemente nella "riduzione o perdita di capacità funzionale o dell'attività conseguente ad una menomazione", sia quest'ultima di tipo anatomico, psicologico o fisiologico" (ISTAT, 2001; p. 64)

<sup>18</sup> Per rilevare il fenomeno della disabilità l'ISTAT fa riferimento ad una batteria di quesiti predisposti da un gruppo di lavoro dell'OCSE sulla base della classificazione ICIDH dell'OMS. Tale classificazione consente di studiare specifiche dimensioni della disabilità: la dimensione fisica riferibile alle funzioni della mobilità e della locomozione; la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane (che si riferisce alle attività di cura della persona); la dimensione della comunicazione che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola (ISTAT, 2001; p. 66)

- una sedia o un isolamento permanente a casa per impedimenti fisici o psichici)
- la **disabilità nelle funzioni** (che implica difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, cioè la riduzione di autonomia nell'espletare le principali attività di cura della propria persona come il vestirsi o spogliarsi, lavarsi le mani e il viso, o il corpo, tagliare e mangiare il cibo)
  - la **difficoltà nel movimento** (che implica limitazioni di tipo motorio nel camminare, salire le scale, chinarsi)
  - la **difficoltà vista udito e parola** (che implica disabilità nella sfera della comunicazione, vale a dire la difficoltà di vedere, sentire o parlare)

Proprio data la non escludibilità delle classi (l'ISTAT stesso ammette come la costruzione delle diverse tipologie ha una finalità solo analitica in quanto, molto spesso la stessa persona può essere colpita da più tipi di disabilità associate tra loro)<sup>19</sup> si può considerare come NA o disabile grave solo il soggetto che evidenzia la disabilità più grave, il confinamento.

Considerando questo aggregato, come si evince dalla tabella precedente, il **2,14 %** della popolazione italiana che vive in famiglia è NA.

Per arrivare al totale dei NA presenti negli ambiti sociali esaminati si è dunque applicata tale % alla popolazione del distretto<sup>20</sup>: a questo valore si è aggiunto il dato sui NA in struttura residenziale o semiresidenziale non considerati, come si diceva, nel precedente aggregato ISTAT.

Per gli anziani NA si sono considerati gli utenti residenti nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA), mentre per il resto dei disabili si sono considerati gli ospiti dei centri residenziali per l' handicap (CRH).

La seguente tabella evidenzia il calcolo effettuato per arrivare al numero totale di NA

Tabella 4 Calcolo del totale dei NA nei distretti sociosanitari considerati

+ NA in famiglia nel distretto
+ Anziani ospiti di RSA
+ Disabili ospiti di CRH
= Totale disabili NA nel distretto

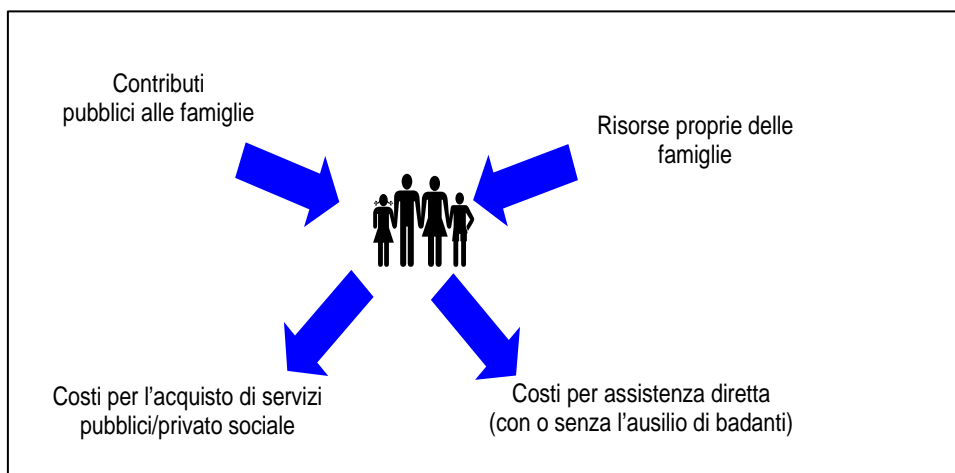
Fonte: ns. elaborazione

<sup>19</sup> L'associazione più frequente si riscontra per le persone che cumulano la condizione di confinato alla difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana

<sup>20</sup> Si è ricorso a tale dato anche se relativo al 2001 ipotizzando una certa invarianza di tale % nel tempo.

A questo punto, dato che l'obiettivo ultimo è stato quello di calcolare il contributo finanziario della famiglia per l'assistenza ai propri familiari NA (siano essi a carico della stessa o in struttura) è stato necessario calcolare la differenza fra le spese sopportate dalle famiglie per beneficiare degli interventi sociali e l'insieme dei trasferimenti sociali ricevuti in quanto famiglia con uno o più NA a carico (vedi Figura 1)

Figura 1 Schema di sintesi delle risorse attivate dalle famiglie a favore della NA



Fonte: CERGAS-SPI (2005)

In particolare, tra i *trasferimenti sociali ricevuti dalla famiglia* si sono considerate:

- le prestazioni erogate dall'INPS comprensive delle integrazioni al minimo e delle maggiorazioni sociali. Anche in questo caso si è stimato quanto di questo aggregato è corrisposto a NA. Sulla base delle statistiche ISTAT e di distretto è stata calcolata anche la quota degli assegni sociali e delle pensioni di guerra per anziani NA.
- i buoni e i contributi a integrazione del reddito familiare erogati dai Comuni. Anche in questo caso si è considerata solo la quota parte rivolta alla NA.

Le *spese delle famiglie per la NA* sono state calcolate sommando

- le tariffe corrisposte per servizi erogati dal pubblico ai NA, ovvero per servizi residenziali in RSA e in CRH e per servizi semi residenziali nei Centri Diurni Integrati (CDI) e Centri Socio-Educativi (CSE);

- le tariffe corrisposte per servizi erogati dal privato per tutti i NA che acquistano in veste di privati prestazioni residenziali e semi residenziali da istituti profit e non profit;
- il corrispettivo per badanti speso dalle famiglie per provvedere all'assistenza dei NA<sup>21</sup>;
- il costo opportunità del lavoro di una persona della rete familiare qualora l'anziano venga assistito a casa senza badante. Il valore utilizzato per la determinazione del costo opportunità è stato equiparato alla spesa per la retribuzione mensile di una badante pari ad Euro 800 lordi;
- altri costi generali sostenuti dalla famiglia con a carico un non autosufficiente non riconducibile alle voci di cui sopra.<sup>22</sup>

Grazie a questa rilevazione si è dunque riusciti a fornire una prima rappresentazione della distribuzione delle risorse proprie totali messe in campo a livello locale per la NA individuando quanta parte è a carico del pubblico e quanta a carico del privato.

Come si diceva in precedenza, la rappresentazione di tutte queste dimensioni ha permesso di descrivere e comparare le politiche sociali attuate nei tre ambiti analizzati

### 2.3. Il disegno di ricerca

La ricerca in oggetto presenta un'analisi della spesa sociale e sociosanitaria degli attori pubblici (e per quanto riguarda il settore della NA anche privati) volta a:

- offrire una metodologia di rappresentazione del livello di intervento pubblico e privato in un distretto;
- evidenziare, in chiave *esplorativa*, eventuali regolarità ed uniformità emergenti dall'analisi di tre distretti;
- far emergere una possibile separazione tra le dinamiche e i comportamenti aziendali degli Enti pubblici in un distretto e le responsabilità assegnate dal contesto istituzionale e normativo nel quale essi agiscono.

Dato il taglio *esplorativo e descrittivo* del lavoro è stato scelto lo studio di casi in ottica comparata in quanto tale strategia di ricerca poteva soddisfare

---

<sup>21</sup> Si presume che i NA che usufruiscono di servizi semi residenziali (8 ore al giorno) abbiano a casa una badante per la restante parte della giornata (16 ore al giorno). Tale costo è stato inserito nel calcolo totale delle spese familiari a favore della NA

<sup>22</sup> L'Indagine sui consumi delle famiglie dell'Istat stima in 430 Euro al mese (dato 2002) la spesa media per le famiglie con a carico un nonautosufficiente *comprensiva* delle tariffe per il pagamento delle rette per anziani in struttura, ma non del costo del badantaggio o dell'assistenza continuativa dei familiari.

pienamente gli obiettivi posti. E' infatti proprio l'analisi comparata che aiuta a far emergere eventuali uniformità e proposizioni generali controllando l'effetto di variabili intervenienti che potrebbero sporcare la relazione teorica scoperta.

Punto nevralgico di tale strategia di ricerca è stato il momento di selezione dei casi da analizzare.

Come noto, tale processo implica il ricorso a logiche di "campionamento" di tipo "teorico" e non probabilistico (Glaser and Strauss, 1967).

Relativamente alla ricerca in parola, il criterio seguito è stato quello di selezionare alcuni casi che presentano caratteristiche differenti. Studiando casi estremamente differenti si è dunque esplorata la possibilità di far emergere generalizzazioni teoriche e tendenze comuni, indipendenti dalle caratteristiche intrinseche dei distretti analizzati.

La ricerca ha dunque previsto lo studio di tre diversi ambiti lombardi: il distretto di Monza e Villasanta in Provincia di Milano, il distretto di Mantova e il distretto della Valle Trompia in Provincia di Brescia.

Tali distretti sono stati selezionati per la loro diversità rispetto ai seguenti elementi:

#### - **struttura istituzionale**

I tre ambiti divergono in maniera sostanziale rispetto al numero ed alla tipologia di attori pubblici coinvolti nel sociale ed al ruolo che tradizionalmente tali attori hanno svolto nel distretto.

Il distretto di Monza e Villasanta presenta, infatti, le caratteristiche di un distretto *concentrato* (ossia composto sostanzialmente da una città di medie dimensioni) dove tradizionalmente il Comune ha svolto un ruolo simbolicamente pivotale nel distretto.

Lo studio del distretto di Mantova permette invece di indagare il caso di un ambito cosiddetto *concentrico* (ossia dove è presente un Comune di medie dimensioni che interagisce con altri 15 Comuni di piccole dimensioni) e dove tradizionalmente sia il Comune capofila (grazie anche alla costituzione di una propria agenzia di erogazione di servizi sociali) sia l'ASL (che in passato ha gestito in delega molti dei servizi sociali dei Comuni del territorio) hanno svolto un ruolo fondamentale.

Infine, il distretto della Valle Trompia si presenta *frammentato* (l'integrazione delle politiche viene infatti effettuata fra 18 Comuni di piccole dimensioni) e tradizionalmente l'ASL (solo recentemente insieme ad un Ente locale di secondo livello, la Comunità Montana) ha svolto un ruolo simbolicamente fondamentale per l'integrazione nel distretto e l'elaborazione del Piano di Zona<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Barbieri, et al. (2004), a questo proposito, individuano cinque modelli di welfare locale emergenti, a seconda della centralità che è stata assunta dai diversi attori negli ambiti lombardi:

- modello centralità ASL: l'ASL è il soggetto principale del sistema in quanto erogatore dei servizi in funzione di un'ampia delega riconosciuta da tutti gli attori locali;

- **caratteristiche socio demografiche**

I tre distretti differiscono anche per la collocazione geografica e di conseguenza anche per le relative problematiche sociali che evidenziano.

Mentre infatti l'analisi del distretto monzese ha permesso di porre l'attenzione sul caso di un ambito urbano densamente popolato, l'ambito della Valle Trompia ha permesso di indagare il caso di un ambito montano e a bassa densità di popolazione. Il distretto di Mantova, infine, ha rappresentato la situazione di un ambito della bassa lombarda a media densità di popolazione.

Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche, i distretti presentano inoltre apprezzabili differenze, pur attestandosi nella fascia di popolazione al di sopra dei 100.000 abitanti.

Infatti, le caratteristiche demografiche del distretto di Monza e Villasanta si presentano in linea con la media regionale (soprattutto per quanto riguarda il tasso di vecchiaia), mentre il distretto della Valle Trompia e di Mantova rappresentano poli estremi e speculari sia per quanto riguarda l'indice di vecchiaia (indice che misura il rapporto tra la popolazione over 65 e la popolazione under 14) che di dipendenza strutturale (indice che misura il carico sociale ossia il rapporto fra la popolazione under 14 e over 65 sul totale della popolazione residente). (Tabella 5)

- 
- modello centralità Comune capofila: i Comuni di piccole dimensioni si appoggiano al Comune di maggiore dimensioni per la gestione dei servizi sociali;
  - modello centralità comunale: i Comuni sono in grado di far fronte ai bisogni sociali del territorio in modo autonomo, senza ricorrere a numerose deleghe, né verso l'ASL, né verso altri comuni;
  - modello bipolare Comune-ASL: il Comune di maggiori dimensioni gestisce autonomamente i propri servizi, mentre i Comuni più piccoli si appoggiano prevalentemente all'ASL;
  - modello bipolare comunale: il Comune di maggiori dimensioni gestisce autonomamente i propri servizi, mentre i Comuni più piccoli ricercano forme di aggregazione

Secondo tale classificazione dei distretti lombardi il distretto di Monza e Villasanta rappresenta un caso di distretto "a centralità comunale", il distretto di Mantova si ascrive ad un modello di welfare "bipolare Comune-ASL" e, infine, il distretto della Valle Trompia rappresenta un caso di distretto "a centralità ASL".

Tabella 5 Popolazione residente nei distretti all'1.1.2004

Distretto	Popolazione	Tasso di natalità <sup>24</sup>	Mortalità <sup>25</sup> ,	Vecchiaia	Dipendenza strutturale
Distretto Monza*	134.731	9,4	9,5	138,1	45,8
Distretto di Mantova**	144.828	8,7	10,5	178,8	50,1
Distretto Valle Trompia***	108.676	9,8	8,1	111,4	43,7
Regione Lombardia****	9.246.796	9,5	9,8	139,9	47,7

Fonte:\* Demo Istat, Città di Monza (Ufficio studi e Statistica) \*\*Demo Istat, Servizio Statistica Provincia di Mantova \*\*\*Demolstat, ASL di Brescia \*\*\*\*Demolstat, Regione Lombardia

#### - sistema dei servizi offerti

I tre distretti analizzati differiscono infine rispetto al sistema dei servizi sociali e socio-sanitari offerti nel territorio di riferimento.

Tale disomogeneità emerge da una lettura dei relativi Piani di Zona e dalla descrizione dettagliata delle tipologie di servizi offerti per le diverse aree di utenza<sup>26</sup>

Tuttavia, alcuni indicatori di offerta (illustrati nella tabella 7) rendono evidente tale diversità. In particolare, guardando all'offerta di posti letto in strutture per anziani (RSA) all'1.1.2004, i distretti presentano caratteristiche differenti soprattutto se si raffronta il rapporto fra posti letto per anziani/popolazione over 75 con il dato medio regionale (che si assesta al 6,7% della popolazione over 75).

Mentre infatti il distretto monzese presenta valori al di sotto della media regionale, il mantovano si presenta in linea con la media regionale mentre il distretto valtrompino presenta addirittura un tasso di offerta di molto superiore (+1%) alla media regionale.

La situazione risulta rovesciata se si considerano diverse categorie di utenza come disabili e minori. In particolare, guardando al rapporto posti in asilo nido/popolazione 0-3 si nota come il distretto monzese presenti un tasso di offerta per il 2004 pari al 13,4% della popolazione di riferimento ben al di sopra della media regionale che, in base ai dati a disposizione per il 2002, è stato

<sup>24</sup> Il tasso di natalità esprime il rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 100.

<sup>25</sup> Il tasso di mortalità è il rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 100.

<sup>26</sup> Si veda CERGAS SPI (2005)

stimato attorno al 7<sup>27</sup>. Viceversa, per tale comparto, la tabella 6 illustra un valore al di sotto della media per il distretto valtrompino che si assesta intorno al 5,7%.

Tabella 6 Indicatori di offerta (Dati 1.1.2004)

Distretto	Posti letto accreditati o autorizzati in residenze (RSA) per anziani (tasso di copertura su popolazione over 75)	Centri socioeducativi per disabili (CSE) (tasso di copertura su popolazione totale)	Posti in asilo nido (tasso di copertura su popolazione 0-3)
Distretto di Monza	502* (5%)	150** (0,11%)	658 <sup>#</sup> (13,4%)
Distretto di Mantova	1.039 <sup>#</sup> (6,9%)	108** (0,07%)	471**** (10%)
Distretto Valle Trompia	530** (7,7%)	57** (0,05%)	245*** (5,7%)

Fonte: \*Dati forniti dalle strutture \*\*Piano di Zona/Dati comunali \*\*\*Provincia di Brescia \*\*\*\*Osservatorio politiche sociali provincia di Mantova <sup>#</sup> Regione Lombardia

Tali indicatori possono essere immediatamente esemplificativi rispetto a strategie di offerta di servizi sociali (e quindi di risposta verso i bisogni del territorio) che variano da distretto a distretto.

Se infatti prendiamo come esempio l'area anziani, il basso tasso di copertura dei servizi residenziali del distretto monzese caratterizza politiche verso gli anziani che hanno privilegiato servizi di welfare più leggero. Ed in effetti, dai dati forniti dalle stesse strutture si nota come rispetto agli altri distretti esista un forte investimento verso l'attivazione dei Centri Diurni Integrati<sup>28</sup> (il distretto vanta infatti 190 posti a disposizione, raggiungendo un rapporto posti/popolazione over 75 del 2 % (ben più alto della media regionale pari allo 0,56%) e verso l'assistenza domiciliare per questa categoria d'utenza.

Un ulteriore esempio delle differenti strategie nell'offerta di servizi sociali può essere ricondotto ai rapporti fra gli attori pubblici e le organizzazioni di volontariato. Pur mantenendosi a livelli elevati in tutti e tre i distretti, infatti, il distretto della Valle Trompia si caratterizza, comparativamente, per un'alta

27 Tale valore è stato calcolato rapportando il totale dei posti in nidi pubblici e privati disponibili nel 2002 (che secondo fonti ufficiali della DG famiglia e solidarietà sociale della Regione Lombardia è stato pari a 25.107 posti) con la popolazione 0-3 anni residente in Lombardia nel 2002 (che secondo l'ISTAT è stata pari a 330.589 unità)

28 Tale servizio è rivolto ad anziani non autosufficienti o ad alto rischio di perdita di autonomia che esprimono fabbisogni socio-sanitari difficilmente gestibili a domicilio, ma ancora non di entità tale da richiedere il ricovero a tempo pieno nelle RSA

dotazione di capitale sociale locale<sup>29</sup>. La presenza di organizzazioni nonprofit sul territorio operanti nell'assistenza sociale e socio-sanitaria (3,7 organizzazioni ogni 10.000 abitanti<sup>30</sup>) assegna all'ambito sociale valtrompino un primato in questo senso. Tale presenza è stata intercettata anche dalle istituzioni pubbliche che hanno fatto del coinvolgimento del non profit uno strumento di programmazione degli interventi sociali sul territorio, come dimostra la forte adesione al Piano di Zona da parte del terzo settore locale (il 73% delle organizzazioni non profit vi ha aderito formalmente).

#### **2.4. Le risorse pubbliche e private a disposizione della governance locale in tre ambiti lombardi: i risultati dell'analisi empirica** <sup>31</sup>

Nel prosieguo si presentano i risultati ottenuti dalla rilevazione effettuata nei tre distretti analizzati.

Per quanto riguarda la ricostruzione delle risorse economiche dei diversi attori pubblici operanti nel distretto (§ 2.4.1.), si sono identificate e misurate le seguenti dimensioni:

- Il livello di spesa sociale assicurata dai diversi attori pubblici
- Le principali caratteristiche della spesa pubblica in termini di distribuzione della spesa per aree di utenza, per modalità di gestione (diretta o indiretta), per destinazione della spesa (distinguendo fra interventi di natura residenziale, domiciliare, territoriale<sup>32</sup>)
- Le modalità di finanziamento della spesa sociale pubblica (distinguendo fra fonti derivanti da trasferimenti esterni e fonti derivanti dalla fiscalità generale o da tariffe)
- Il contributo finanziario effettivo (cioè le risorse proprie al netto di trasferimenti da terzi) che ogni attore pubblico accorda, in varie forme, alla popolazione residente all'interno dell'ambito.

In primo luogo si è qualificato e quantificato il livello di intervento dei Comuni (§ 2.4.1.1.) e del Distretto ASL (§ 2.4.1.2.) operanti all'interno degli ambiti sociosanitari considerati. Il successivo passo nell'analisi ha riguardato il confronto dell'azione di questi due attori titolari della funzione sociale e sociosanitaria con gli altri soggetti pubblici che fanno parte del sistema di

---

<sup>29</sup> Questo dato può motivare anche il basso livello di spesa sociale pubblica che il distretto evidenzia. Si veda il par. 2.4

<sup>30</sup> Il dato è in linea con quello regionale pari a 3,7 organizzazioni di volontariato ogni 10.000 abitanti operanti in ambito socio-assistenziale: Si veda Catalbiano (2004).

<sup>31</sup> Tutti i dati riportati fanno riferimento al 1 gennaio 2004.

<sup>32</sup> In particolare con la dizione interventi residenziali si intendono l'insieme di servizi o trasferimenti monetari finalizzati al ricovero dell'utente presso strutture o comunità, all'accogliimento dell'utente in strutture di natura semi-residenziale o alla dotazione di strutture per i senza casa, gli immigrati etc); con il termine interventi domiciliari si intendono l'insieme di servizi o trasferimenti monetari finalizzati all'erogazione di servizi presso il domicilio dell'utente; con il termine interventi territoriali si intendono l'insieme di servizi o trasferimenti monetari finalizzati all'erogazione di servizi sul territorio esclusi i servizi semi- residenziali

welfare socioassistenziale di ambito. Si sono infatti prese in considerazione le prestazioni dell' INPS (§ 2.4.1.3.), delle Province (§ 2.4.1.4.) ed infine degli altri attori pubblici (es: Comunità Montana, Aziende pubbliche di servizi alla persona, etc...) che a vario titolo intervengono nel sistema locale di assistenza (§ 2.4.1.5.). Infine, si è proceduto quindi a depurare i flussi finanziari incrociati per definire il quadro generale di sintesi della spesa pubblica di ambito (§2.4.1.6.)

Nella seconda parte del paragrafo (§ 2.4.2.) si illustrano e confrontano i risultati ottenuti dal confronto fra spesa pubblica e privata nel settore della NA nei tre ambiti considerati.

### ***2.4.1. La spesa degli attori pubblici***

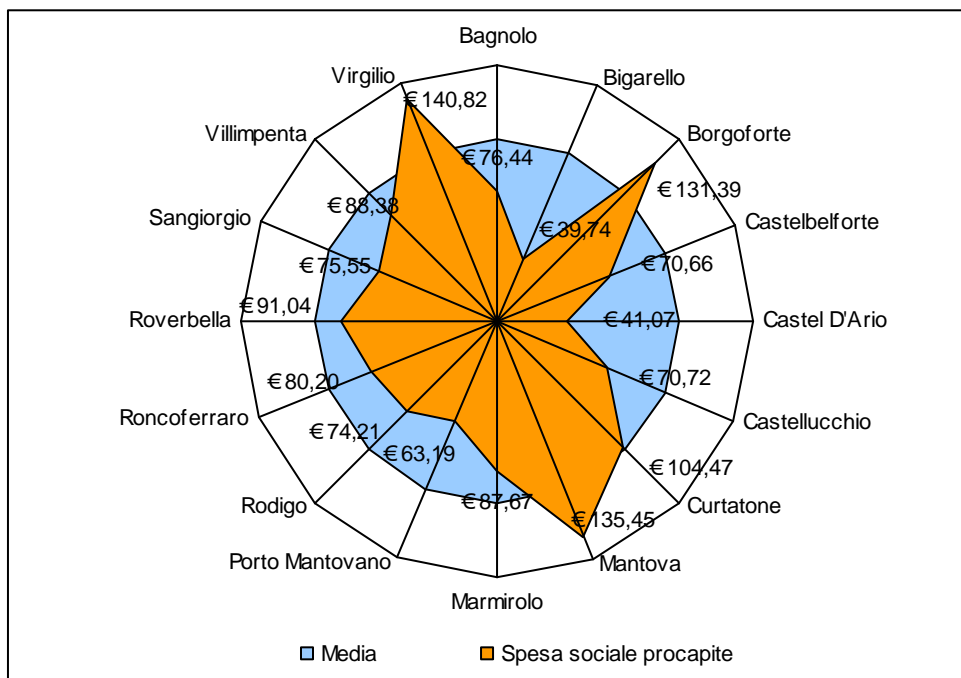
#### **2.4.1.1. Le risorse dei Comuni**

Secondo la rilevazione effettuata la spesa sociale complessiva nei distretti analizzati ammontava a 22.621.641 Euro per il distretto di Monza e Villasanta (per un valore medio di spesa sociale comunale pro-capite del Distretto pari a **168 Euro**), a 15.526.374 Euro per il Distretto di Mantova (per un valore medio di spesa sociale comunale pro-capite del Distretto pari a **107 Euro**) e a 8.790.997 Euro per il Distretto della Valle Trompia (per un valore medio di spesa sociale comunale pro-capite del Distretto pari a **81 Euro**).

La forte disomogeneità nei livelli di spesa comunale procapite fra i diversi distretti si accompagna ad una disomogeneità intradistrettuale ossia fra Comuni appartenenti allo stesso distretto.

Se prendiamo, ad esempio, il caso del Distretto di Mantova si può notare una certa variabilità nella spesa comunale procapite che passa da un valore massimo di 141 Euro procapite del Comune di Virgilio ad un minimo di 39 Euro procapite di Bigarello. (vedi Grafico 1).

Grafico 1 Spesa sociale comunale procapite. Distretto di Mantova.



Fonte: CERGAS-SPI (2005)

La stessa situazione si ripropone per i 18 Comuni della Valle Trompia dove si passa da una spesa di 10 Euro procapite del Comune di Lodrino ad una spesa di 140 Euro procapite del Comune di Lumezzane.

Una simile eterogeneità si presenta naturalmente anche andando a calcolare il peso della spesa sociale sul totale delle spese correnti<sup>33</sup> consuntivate nei bilanci comunali.

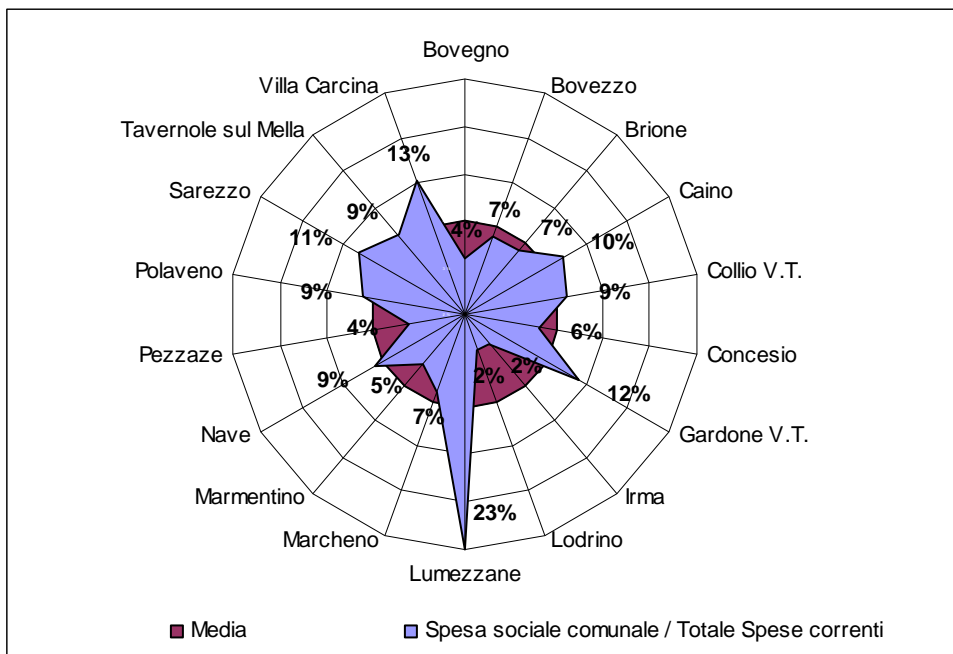
Prendendo il dato di spesa come parametro per valutare l'importanza delle politiche sociali rispetto alle politiche pubbliche locali complessive, si può osservare come, a livello aggregato, nei tre distretti ci si attesti su valori che vanno dal **12%** medio segnato dal Distretto della Valle Trompia al **20%** medio segnato dal distretto di Monza e Villasanta, al **16%** medio per quanto riguarda il distretto di Mantova.

Come facilmente comprensibile, volgendo lo sguardo sulla dimensione intradistrettuale si può notare l'alta variabilità nel peso della spesa sociale sul totale delle spese correnti fra i singoli Comuni di uno stesso distretto (si veda il

<sup>33</sup> Le spese correnti qui considerate corrispondono al titolo I delle spese comunali .

grafico successivo che esemplifica tale circostanza per il distretto della Valle Trompia)

Grafico 2 Peso della spesa sociale comunale sul totale delle spese correnti. Distretto della Valle Trompia



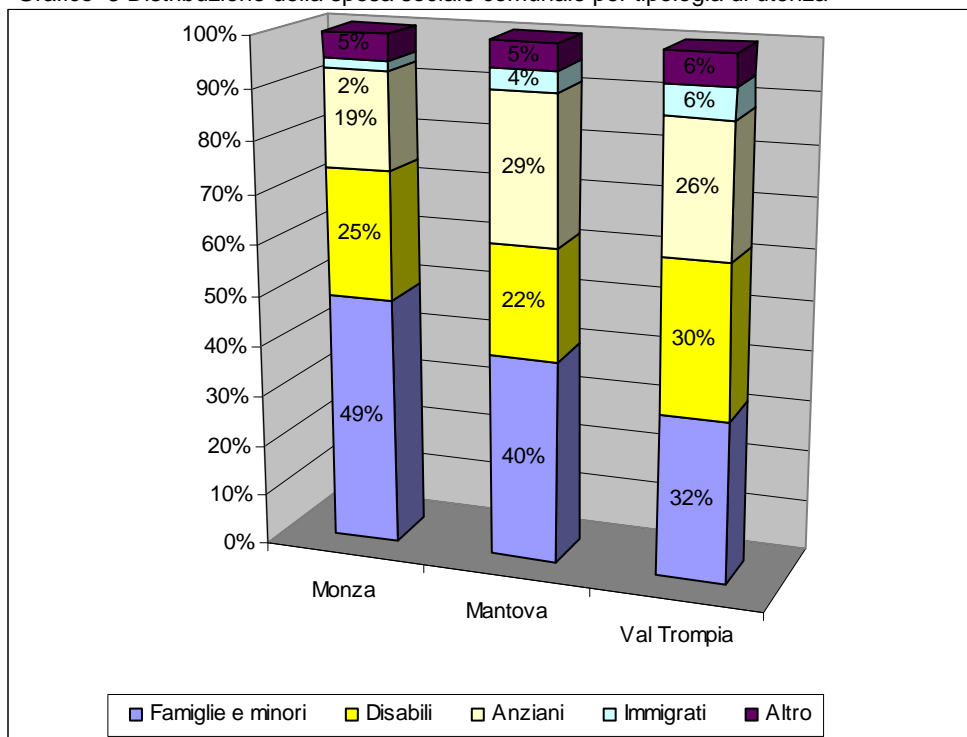
Fonte: CERGAS-SPI (2005)

La spesa sociale dei Comuni nei Distretti è stata analizzata anche rispetto alla sua distribuzione fra le varie tipologie di utenti destinatari.

Le percentuali di distribuzione della spesa sociale tra le diverse aree di utenza consentono di estrapolare quale/quale area/e di utenza i Comuni hanno scelto di supportare in via prioritaria.

Se si osserva il Grafico 3, che compara la distribuzione della spesa per area di utenza nei diversi distretti, si osserva come l'intervento comunale si qualifichi per una netta preferenza verso l'area dei servizi erogati nei confronti della famiglia e dei minori coprendo il 49% della spesa totale di distretto per quanto riguarda il distretto di Monza e rispettivamente il 40% e il 32% per quanto riguarda i distretti di Mantova e della Valle Trompia

Grafico 3 Distribuzione della spesa sociale comunale per tipologia di utenza



Fonte: CERGAS-SPI (2005)

E' interessante osservare che se questo è vero a livello di distretto, tale circostanza non si ripropone andando a guardare i dati relativi la distribuzione della spesa per aree di utenza da parte dei singoli Comuni all'interno di ogni distretto.

Infatti, dei 36 Comuni censiti nei tre distretti lombardi il 50% investe le proprie risorse finanziarie prioritariamente nell'area anziani e solo il 36% sceglie di fissare come priorità nella propria spesa l'area famiglia e minori. Tale discrasia può essere spiegata considerando che tipicamente sono i Comuni di grandi dimensioni nel distretto a investire più pesantemente nell'area minori e famiglia rovesciando, dal punto di vista finanziario, le priorità del distretto.

Un'ulteriore rappresentazione delle strategie perseguite dai Comuni nel settore sociale si radica nella distinzione tra la spesa destinata alla erogazione di servizi e spesa destinata alla erogazione di trasferimenti.

La differenza tra servizio e trasferimento monetario attiene principalmente alla libertà riconosciuta all'utente e al controllo sociale sulla destinazione delle risorse.

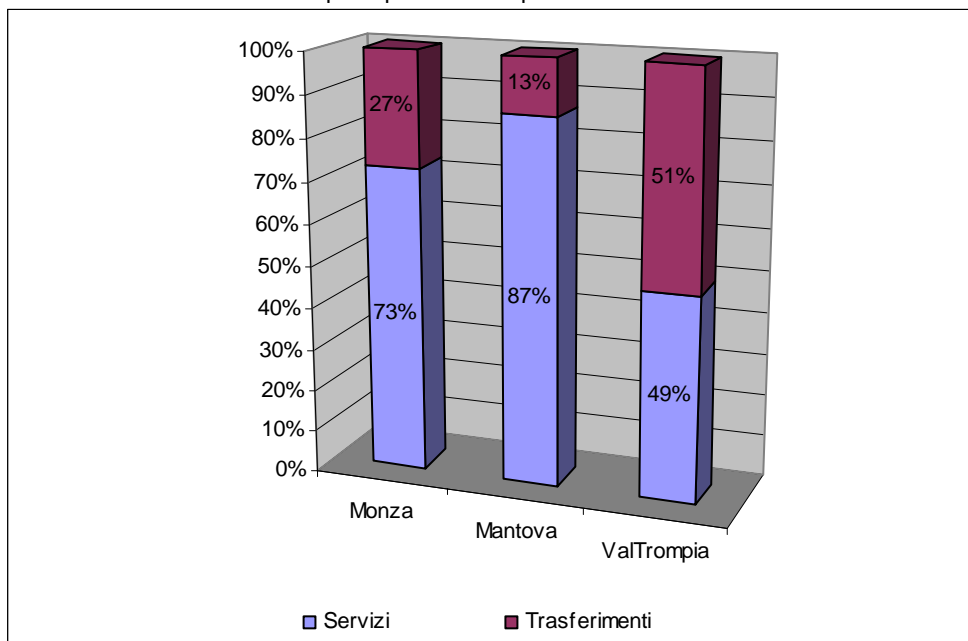
Infatti l'erogazione di trasferimenti finanziari, da un lato, dovrebbe consentire all'utente di organizzarsi con maggiore autonomia rispetto al soddisfacimento

del proprio bisogno, ma dall'altro lato riduce il controllo sull'utilizzo delle risorse trasferite da parte dell'amministrazione pubblica.

L'analisi effettuata illustra come, dal punto di vista finanziario, i Comuni siano, nei diversi distretti, i reali sostenitori dei servizi pubblici per il sociale.

In due dei tre distretti analizzati la spesa investita nell'erogazione dei servizi supera infatti il 70% della spesa totale. (vedi Grafico seguente).

Grafico 4 Distribuzione della spesa per servizi e per trasferimenti monetari



Fonte: CERGAS-SPI (2005)

Concentrandosi sul sistema dei servizi erogati dai Comuni nel distretto risulta interessante rappresentare ed illustrare quali scelte strategiche sono state effettuate rispetto alle modalità di erogazione dei servizi.

Si fa riferimento, in altri termini, alla scelta da parte del Comune di gestire direttamente i servizi *in house* o attraverso forme di acquisto come gli appalti e le convenzioni.

Tale scelta ha importanti ripercussioni non solo sugli *outcomes* ottenibili nel sociale (si pensi solamente alla difficoltà di controllo da parte dell'Ente pubblico dei risultati finali ottenuti su utenti in carico a soggetti esterni), ma anche su altre politiche aziendali degli Enti locali appartenenti al distretto.

La propensione verso il mantenimento di servizi in gestione diretta o l'affidamento degli stessi a terzi influenza infatti le politiche del personale (in termini di dimensione e composizione dello stesso, ma anche in termini di competenze necessarie per programmare i servizi), le politiche di sviluppo e

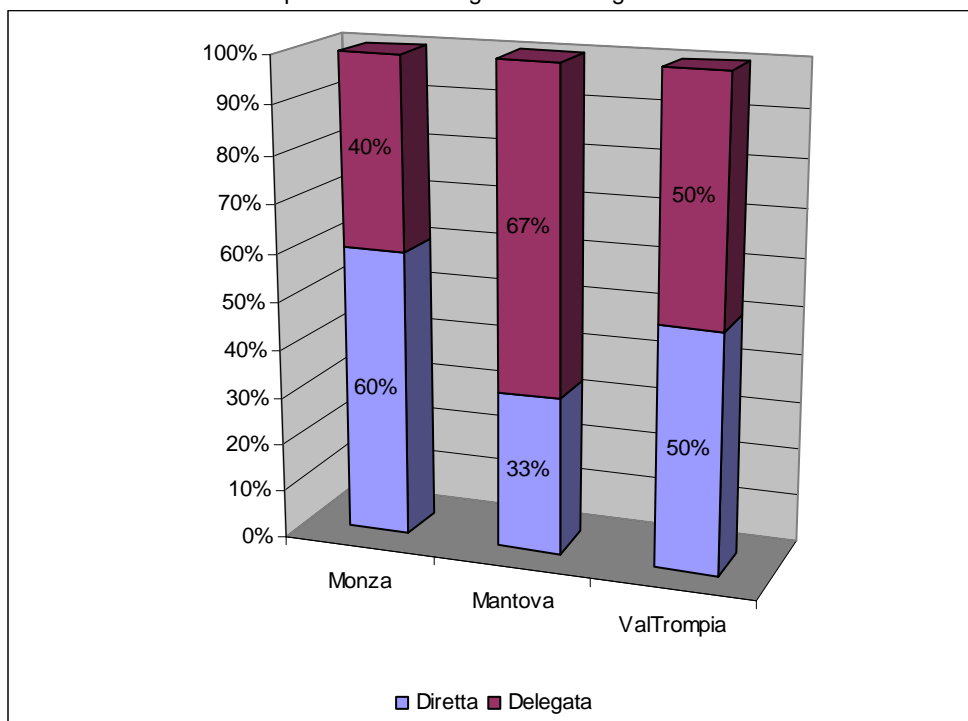
formazione del personale dell'Ente fino ad arrivare alle politiche sviluppate nei confronti del nonprofit locale.

Rispetto a tale indicatore la ricerca effettuata presenta dati differenziati nei tre distretti (vedi Grafico 5).

Mentre infatti il distretto di Monza e Villasanta predilige una gestione diretta dei servizi puntando sulle professionalità esistenti all'interno dei Comuni del distretto (la spesa in servizi a gestione diretta raggiunge infatti il 60% della spesa totale), il distretto della Valle Trompia e di Mantova si caratterizzano per un forte spostamento della spesa a vantaggio di terzi.

Anche se la situazione è differenziata se si vanno a guardare i dati per i singoli Comuni nei diversi distretti, sembra che in questi due ultimi distretti, almeno per quanto riguarda il settore sociale, il ruolo ed il "mestiere" dell'Ente locale si sia trasformato da produttore di servizi a regolatore responsabile di servizi prodotti da terzi.

Grafico 5 Distribuzione spesa in servizi in gestione delegata e diretta



Fonte: CERGAS – SPI (2005)

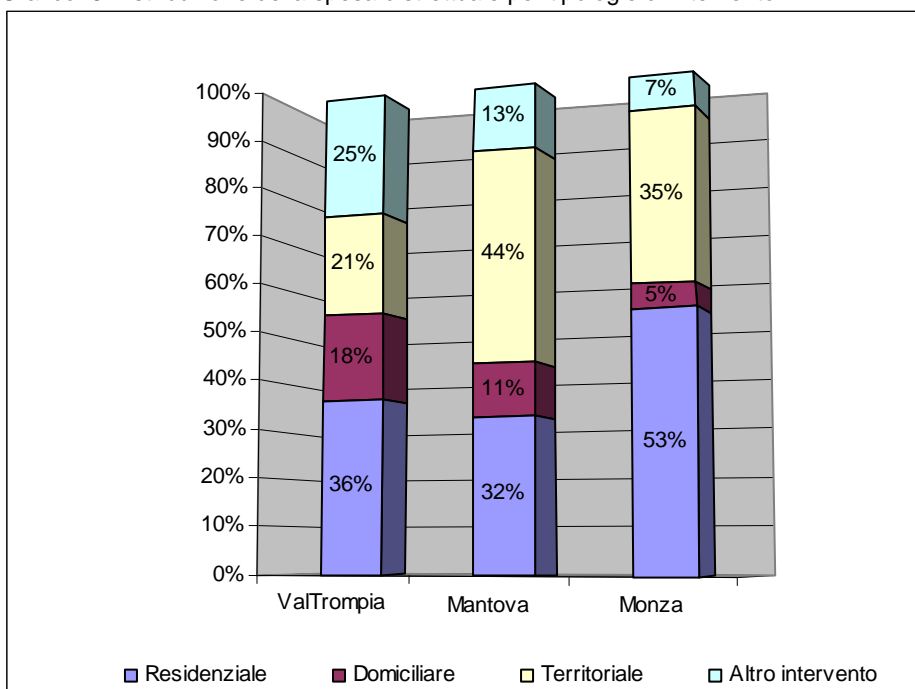
Ulteriori specificazioni sulle risorse finanziarie messe in gioco dai Comuni nel distretto sociosanitario riescono a rappresentare in modo immediato le

politiche perseguite (magari senza una reale integrazione produttiva) nei distretti analizzati.

Una prima distinzione guarda alla composizione della spesa rispetto alla finalità dell'intervento sociale distinguendo fra interventi di natura residenziale, territoriale o domiciliare<sup>34</sup> e qualificando la vocazione del sistema territoriale locale verso un sistema di welfare leggero, caratterizzato da una contrazione e limitazione delle istituzionalizzazioni o di welfare pesante.

Nei diversi distretti si evidenzia una forte concentrazione della spesa in servizi residenziali che assorbono più del 30% della spesa totale arrivando ad una percentuale del 52% nel distretto di Monza e Villasanta.

Grafico 6 Distribuzione della spesa distrettuale per tipologie di intervento



Fonte: CERGAS-SPI (2005)

Anche in questo caso, come già evidenziato sopra, andando a guardare il dettaglio per singoli Comuni e all'interno delle diverse aree di utenza la situazione risulta essere quanto mai differenziata.

In particolare, considerando congiuntamente le due dimensioni (tipologia di intervento e area di utenza) si osserva che nel distretto di Monza e Villasanta gli interventi residenziali prevalgono nelle aree disabili (50% della spesa totale

<sup>34</sup> Vedi nota 1

d'area) , famiglia e minori (63% della spesa totale d'area) e anziani (53% della spesa totale d'area) presentando nel contempo un'equilibrata dispersione di risorse nelle rimanenti tipologie di interventi territoriali o domiciliari.

Se le stesse considerazioni possono valere per il distretto della Valle Trompia (che pure registra percentuali notevolmente più basse<sup>35</sup>) una situazione differente si riscontra nel distretto mantovano dove a fronte di una prevalenza dei servizi residenziali (61% della spesa totale di area) e dei servizi domiciliari (24% della spesa totale di area) per l'utenza anziana, i servizi dedicati ai minori evidenziano invece una prevalenza dei servizi territoriali (76% della spesa totale di area), mentre i servizi residenziali si assestano solo al 12%.della spesa totale dedicata a questa fascia d'utenza.

Una seconda e ultima analisi utile a definire il posizionamento strategico dei distretti analizzati è rappresentata dall'esame delle fonti di finanziamento della spesa sociale.

Le politiche sociali, infatti, non sono finanziate solo attraverso risorse proprie comunali, ma anche attraverso risorse apportate da altri attori del sistema che transitano per il bilancio del comune.

In particolare, analizzando in generale le fonti di finanziamento della spesa sociale e sociosanitaria in Lombardia emergono due fonti di finanziamento prioritarie, oltre ai mezzi propri:

- trasferimenti da terzi come Stato e Regione
- tariffe da parte degli utenti che possono essere chiamati a partecipare al co-finanziamento di alcune prestazioni.

E' proprio depurando il dato di spesa sociale da queste poste che si ricavano le risorse proprie, ossia l'effettivo contributo che i Comuni distraggono dalle entrate tributarie ed extra tributarie e che destinano all'erogazione di interventi sociali.

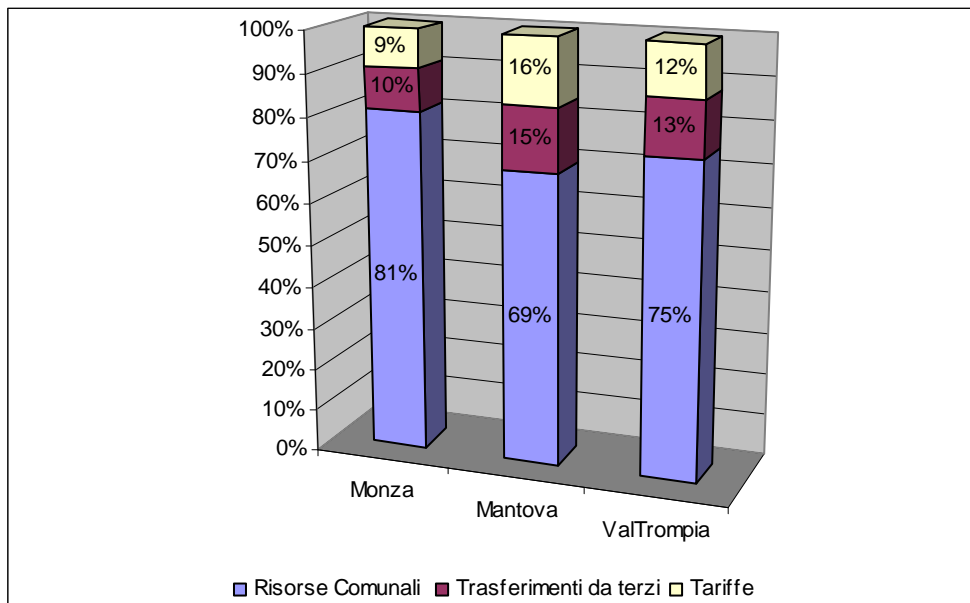
Nei tre distretti analizzati distretti si osservano orientamenti differenti (vedi Grafico 7).

Se nel Distretto di Monza e Villasanta e della Valle Trompia l'81% della spesa sociale rilevata è finanziata dai Comuni ricorrendo alla fiscalità locale, nel distretto di Mantova la copertura con risorse proprie scende al 69% segnando una maggiore propensione al finanziamento delle politiche sociali attraverso il ricorso alle tariffe (16% del totale delle fonti di finanziamento) e ai trasferimenti di terzi (15% del totale delle fonti di finanziamento)

---

<sup>35</sup> In particolare, a livello di distretto, la % di spesa in interventi residenziali per anziani raggiunge il 28%, per l'area minori e famiglia il 46% e per l'area disabili il 33% (CERGAS-SPI, 2005)

Grafico 7 Distribuzione delle fonti di finanziamento alle politiche sociali

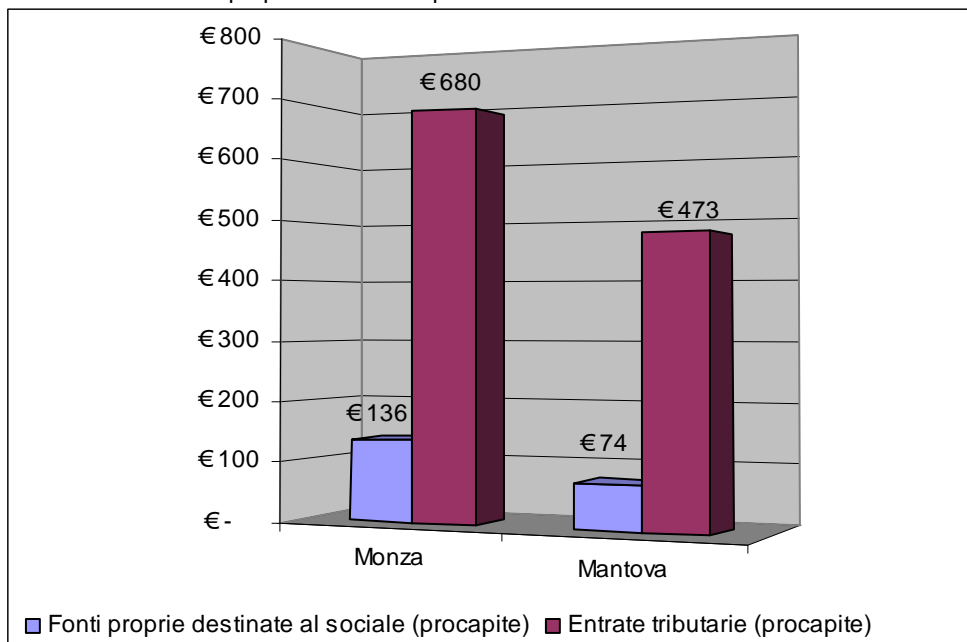


Fonte: CERGAS-SPI (2005)

Alla luce del fatto che il dato di spesa sociale comunale è stato depurato dai trasferimenti effettuati da altri livelli di governo, dagli utenti e da altri soggetti, sembra ragionevole considerare che le risorse destinate dai Comuni ad interventi sociali siano finanziate tramite entrate tributarie (titolo I delle entrate). Confrontando questi dati è possibile calcolare quanto viene destinato ad interventi per il sociale per ogni 100 Euro prelevate dai Comuni sotto forma di tributi.

Il grafico successivo evidenzia come in due dei tre distretti analizzati (Monza e Mantova) un equivalente rispettivamente del 20% e 16% dei tributi comunali raccolti viene destinato al sociale.

Grafico 8– Risorse proprie dei comuni per il sociale/entrate tributarie



Fonte: CERGAS-SPI (2005)

#### 2.4.1.2. Le risorse dell’Azienda Sanitaria Locale

Come anticipato in apertura il settore assistenziale rappresenta un settore in cui diversi soggetti pubblici operano per la soddisfazione dei bisogni dei cittadini.

In particolare, l’Azienda Sanitaria Locale (ASL) opera per assicurare alcune prestazioni che hanno rilevanza non solo sociale, ma anche sanitaria e, per le quali, occorrono professionalità mediche e infermieristiche oltre che tipicamente afferenti all’area socio-assistenziale.

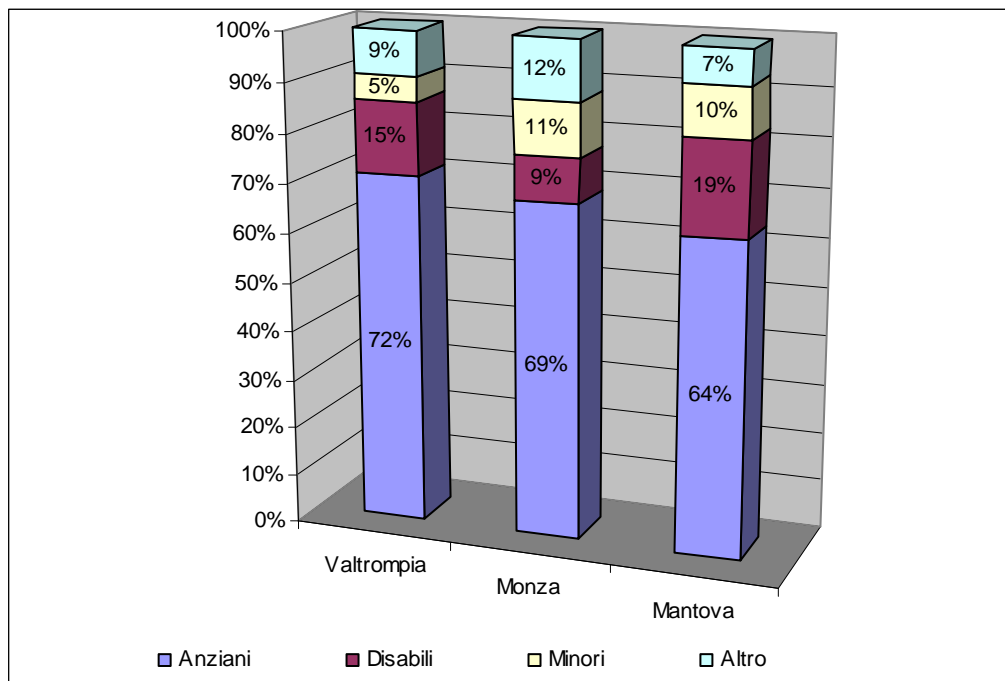
Nei distretti considerati il ruolo dell’ASL si è concretizzato attraverso l’erogazione di interventi e servizi sociosanitari che hanno comportato una spesa di **14.049.320 Euro** (pari a **104 Euro** procapite) nel distretto di Monza e Villasanta, di **29.740.000 Euro** (pari a **205 Euro** procapite) nel Distretto di Mantova<sup>36</sup> e di **12.508.194 Euro** (pari a **115 Euro** procapite) nel Distretto della Valle Trompia.

<sup>36</sup>I dati forniti dall’ASL di Mantova essendo riferiti all’intera realtà aziendale sono stati imputati al singolo Distretto mantovano attraverso i seguenti criteri di riparto:

a) ove indicata la tipologia di servizio e la tipologia di ente erogatore (per esempio RSA, CDI o CSE) i costi e le fonti di finanziamento finanziamenti sono state attribuite proporzionalmente ai posti presenti nei diversi Distretti dell’azienda;

In tutti e tre i distretti la spesa dell'ASL si è concentrata sull'area di utenza degli anziani e, in particolare, nel pagamento delle tariffe alle RSA accreditate del territorio a copertura della componente sanitaria delle prestazioni residenziali. Come si evince nel seguente grafico la spesa per anziani ha coperto il 69% del totale nel Distretto di Monza e Villasanta, il 72% del totale nel Distretto della Valle Trompia e il 64% del totale della spesa ASL di distretto per quanto riguarda il Distretto di Mantova

Grafico 9 – Distribuzione della spesa ASL per tipologie di utenti



Fonte: CERGAS-SPI (2005)

Fra queste spese registrate nei conti ASL, sono inseriti e calcolati sia i trasferimenti diretti a strutture (come le RSA) che erogano i servizi sia i trasferimenti dei fondi regionali ai Comuni per l'erogazione dei servizi sociali.

Infatti, come illustrato in precedenza<sup>37</sup>, in Lombardia l'ASL vedeva transitare nel 2004 buona parte delle risorse distrettuali destinate al settore sociale e sociosanitario e provenienti dai seguenti fondi nazionali e regionali:

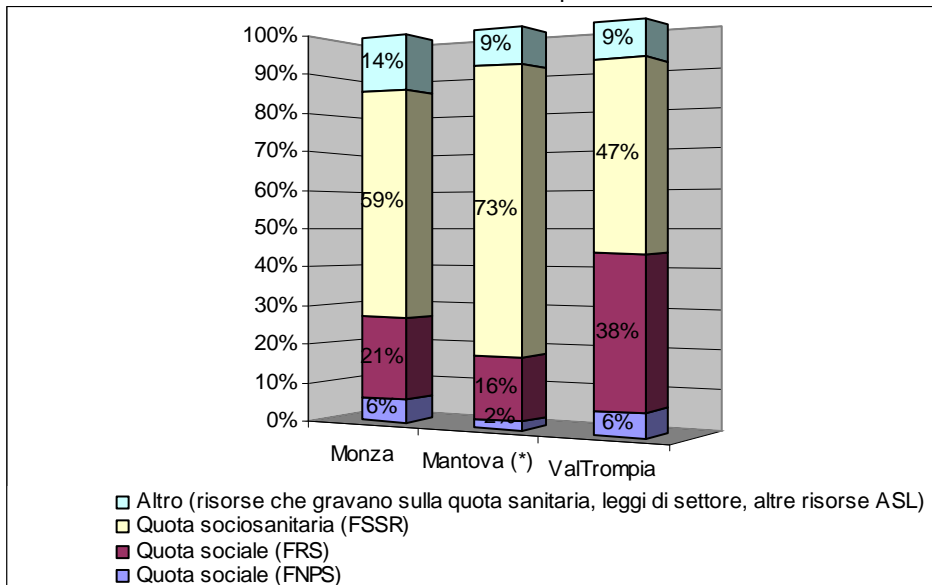
b) ove non era specificata la natura del servizio, si è fatto riferimento al tipo di utenza e la ripartizione delle voci di costo e/o di ricavo è avvenuta sulla distribuzione demografica registrata a livello provinciale.

<sup>37</sup>Si veda il capitolo 2

- fondo socio-sanitario regionale (FSSR): il fondo contiene principalmente le risorse destinate al finanziamento degli interventi ad alta integrazione socio-sanitaria (RSA, CDI);
- fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS): il fondo, costituito a seguito della legge 328/00, contiene le risorse statali per il sociale. Tali risorse vengono trasferite dallo Stato alla Regione che successivamente lo trasferisce alle ASL e quindi ai Comuni per il finanziamento di interventi sociali in senso stretto;
- fondo regionale per le politiche sociali (FRS): il fondo contiene le risorse che la Regione destina al finanziamento degli interventi sociali in senso stretto.

Il grafico seguente illustra, per i distretti qui analizzati, il peso di tutte queste fonti sul totale delle entrate dell'ASL a livello di distretto.

Grafico 10 Distribuzione delle fonti di finanziamento per interventi sociosanitari dell'ASL



(\*) dato stimato

Fonte: CERGAS-SPI (2005)

### **2.4.1.3. Le risorse dell' INPS**

Un ulteriore attore pubblico che interviene attraverso trasferimenti monetari in capo assistenziale è l'INPS. Alla luce della definizione di assistenza assunta, si è cercato di ricostruire gli interventi dell'INPS nei tre distretti a completamento del quadro delle risorse pubbliche destinate a scopi socio – assistenziali.

Il calcolo delle varie voci<sup>38</sup> non è stato immediato a causa della difficoltà a reperire i dati con il dettaglio richiesto dalla ricerca.

Come affermato precedentemente è stato pertanto necessario effettuare delle stime sulla base di parametri ritenuti di volta in volta più adeguati a quantificare gli interventi dell'INPS nei distretti analizzati. L'ammontare delle risorse INPS attribuite ad ogni distretto è illustrato nella tabella 8.

In base alle elaborazioni effettuate i trasferimenti monetari dell'INPS classificabili come assistenza nel Distretto di Monza e Villasanta potevano essere stimati in euro **90.114.520 Euro** pari ad una spesa procapite di **669 Euro**. Per quanto riguarda il contributo che lo Stato riconosce al sistema di welfare mantovano attraverso le erogazioni economiche dell'INPS, l'ammontare complessivo dello stesso può essere stimato attorno in **102.439.822 Euro** annuali pari a **707 Euro** procapite. Infine, secondo la metodologia descritta nei paragrafi precedenti, nel distretto valtrompino l'INPS ha trasferito contributi monetari sotto forma di interventi per un valore pari a **65.672.861 Euro** pari a **604 Euro** procapite.

---

<sup>38</sup> Per le modalità di attribuzione delle risorse INPS ai diversi distretti calcolo si veda il paragrafo 2.2.2.

Tabella 7 Interventi INPS nei distretti

	Valori nazionali	Distretto di Monza e Villasanta	Distretto di Mantova	Distretto della Valle Trompia
<b>1. Trattamenti di invalidità civile, cecità e sordomutismo</b>				
<i>Pensione di invalidità civile, per ciechi e sordomuti</i>	€ 2.441.700.000	€ 3.891.893	€ 4.132.115	€ 3.209.559
<i>Indennità di accompagnamento</i>	€ 7.490.605.000	€ 14.652.392	€ 15.750.470	€ 11.818.834
<b>2. Altri trattamenti invalidità</b>				
<i>Assegni di invalidità e pensioni di inabilità</i>	€ 14.860.796.000	€ 15.766.237	€ 16.947.789	€ 12.717.278
<b>3. Pensioni ed assegni sociali</b>				
<i>Assegni sociali</i>	€ 3.109.443.000	€ 4.624.519	€ 5.540.254	€ 3.075.081
<b>4. Integrazioni al minimo e maggiorazioni sociali</b>				
<i>Integrazioni al minimo e maggiorazioni sociali</i>	€ 13.177.124.000	€ 29.421.701	€ 35.247.714	€ 19.564.006
<i>Maggiorazioni di cui all'art. 38 della legge n. 448 del 28 dicembre</i>	€ 945.579.000	€ 2.111.276	€ 2.529.345	€ 1.403.896
<b>5. Pensioni di guerra</b>				
<i>Pensioni di guerra</i>	€ 1.576.485.000	€ 1.230.780	€ 3.491.928	€ 1.229.244
<b>6. Assegni al nucleo familiare e maternità</b>				
<i>Assegni familiari (*)</i>	€ 5.470.000.000	€ 13.490.343	€ 14.149.342	€ 8.328.346
<i>Indennità di maternità (*)</i>	€ 2.146.000.000	€ 4.925.381	€ 4.650.865	€ 4.326.617
<b>7. Totale</b>		€ 90.114.520	€ 102.439.822	€ 65.672.861
<i>Popolazione all'1.1.2004</i>		134.731	144.828	108.676
<b>8. Totale procapite</b>		€ 669	€ 707	€ 604

Fonte: ns elaborazione su dati INPS e MLPS (2006)

#### 2.4.1.4. Le risorse della Provincia

Se ASL e Comuni rappresentano i principali soggetti pubblici operanti a livello locale e titolari della funzione sociale e sociosanitaria, al fine riqualificare la totalità dell'intervento pubblico occorre considerare altri attori che, anche se in misura marginale, intervengono nel settore.

Uno di questi attori è rappresentato dalla Provincia a cui la legge n. 328/00 attribuisce un ruolo di supporto ai Comuni nell'ambito del settore socio assistenziale.

Nei distretti analizzati le diverse Province hanno interpretato tale ruolo in una molteplicità di forme.

La Provincia di Milano, cui il Distretto di Monza e Villasanta afferiva, ha investito risorse finanziarie soprattutto per sostenere l'attivazione di servizi per anziani (teleassistenza, progetto specifici come "Due cuori e una famiglia", etc..).

Il ruolo svolto dalla Provincia di Mantova si è essenzialmente concretizzato nell'attivazione di interventi di coordinamento a livello territoriale, con l'obiettivo di favorire la costruzione del sistema di welfare locale<sup>39</sup>.

Anche la Provincia di Brescia ha organizzato una serie di progetti rientranti nell'area dei servizi socio-assistenziali.

I progetti attivati hanno riguardato, fra l'altro, l'assistenza alle madri nubili, la disabilità sensoriale, il sostegno alla scuola audiofonetica, la formazione e l'aggiornamento degli operatori sociali.

---

<sup>39</sup> Al riguardo, gli ambiti di intervento che hanno caratterizzato il lavoro dell'ente provinciale sono stati molteplici. Tra i più significativi si evidenziano:

- la realizzazione di un percorso di accompagnamento per la costruzione del Piano di Zona, attraverso interventi formativi prevalentemente nell'area degli anziani e dei minori;
- l'attivazione dell'Osservatorio politiche sociali, che è attualmente in fase di completamento
- alcuni interventi di assistenza diretta riguardanti la disabilità sensoriale (che si concretizza in un sostegno domestico e post-scolastico) e la gestione delle povertà estreme. Rispetto a quest'ultimo tema è stato firmato un protocollo d'intesa con i Comuni e la Caritas mantovana per la gestione di una casa per donne e minori maltrattati (interventi sulla tratta);
- la partecipazione alla costituzione di un'associazione che – nelle intenzioni dei soggetti partner – dovrebbe svolgere una funzione di *housing* sociale e intermediazione tra padroni di casa e soggetti al disagio abitativo;
- l'attivazione di un centro di educazione interculturale, gestito direttamente dalla Provincia e finalizzato alla formazione dei mediatori linguistico-culturali in differenti ambiti d'azione, come quello sanitario ed educativo. Presso lo stesso Centro è stata realizzata una biblioteca e una cineteca specializzata sul tema dell'educazione alla pace e al dialogo inter-religioso;
- un'attività di supporto per l'acquisto on-line per le Case di Riposo attive sul proprio territorio.

A fronte di questi interventi, per valorizzare in termini monetari l'impegno provinciale, il criterio che è stato utilizzato nel presente lavoro è stato quello di ripartire le voci di spesa della Provincia in base alla percentuale della popolazione provinciale residente nel distretto.

Nella tabella seguente, per i distretti analizzati si riassumono spese e fonti di finanziamento attivate dalle Province a cui i distretti afferiscono

Tabella 8 Risorse finanziarie distrettuali della Provincia

Distretto	Spesa nel distretto delle province	Fonti di finanziamento	
Monza	534.047€	Fonti proprie	133.512 €
		Fondo sociale regionale (FSR)	400.535€
Valle Trompia	210.682€	Fonti proprie	70.277 €
		Fondo sociale regionale (FSR)	140.455 €
Mantova	284.521€	Fonti proprie	201.939 €
		Fondo sociale regionale (FSR)	58.099 €
		Altri EELL	11.194 €
		Altro	13.289 €

Fonte: CERGAS-SPI (2005)

#### ***2.4.1.5. Le risorse di altri attori pubblici***

Un ultimo aspetto da considerare riguarda il ruolo di due soggetti pubblici particolari presenti all'interno del distretto di Mantova e della Valtrompia.

Si tratta di ASPeF, azienda speciale di proprietà del Comune di Mantova, e della Comunità Montana della Valle Trompia.

#### ***ASPeF<sup>40</sup>***

Costituitasi con delibera del Consiglio Comunale numero 203 del 16 dicembre 1997, l'azienda speciale ASPeF (Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia) è un Ente Pubblico Economico dotato di personalità giuridica e autonomia imprenditoriale.

Finalità ultima di ASPeF è quella di garantire tutte le prestazioni socio-assistenziali di cui è titolare il Comune di Mantova, svolgendo quindi le proprie attività in differenti aree di bisogno quali quelle afferenti a:

- area anziani<sup>41</sup>:

<sup>40</sup> Le elaborazioni sui bilanci ASPeF sono state effettuate da Emilio Tanzi. Si veda CERGAS-SPI (2005)

- area handicap e riabilitazione<sup>42</sup>;
- servizi d'integrazione sociale<sup>43</sup>;
- gestione di esercizi commerciali - due farmacie - la cui attività concorrono in larga misura a finanziare gli altri servizi dell'azienda.

I rapporti esistenti tra il Comune di Mantova e ASPeF sono regolati dallo statuto aziendale che prevede:

- la nomina da parte del Sindaco di un Consiglio di Amministrazione composto da cinque membri (compreso il Presidente);
- l'impegno triennale (con eventuale aggiornamento annuale) da parte del Comune di Mantova di indicare ad ASPeF gli obiettivi e le priorità in materia di servizi sociali. Sulla base di tali indicazioni viene definito il budget da trasferire all'Azienda;
- la definizione di un contratto di servizio stipulato tra l'Amministrazione comunale e ASPeF nel quale sono concordati i reciproci impegni relativamente agli impegni programmatici dell'Azienda; agli impegni dell'Amministrazione comunale per il conferimento di capitale di dotazione in denaro o in beni immobili di interesse aziendale; alla definizione delle tariffe applicate per le rette da parte del Consiglio Comunale, su proposta del Consiglio di Amministrazione di ASPeF<sup>44</sup>.

Complessivamente le spese sostenute da ASPeF nel corso dell'anno per lo svolgimento delle attività sopra menzionate sono state pari a **4.988.534 Euro**, delle quali l'82,0% è stata utilizzata per l'erogazione di servizi agli anziani.

Parallelamente a queste spese, sono state attivate differenti fonti di finanziamento per un importo complessivo di **4.989.093 Euro**.

Un posto di primo piano tra le fonti sicuramente è ricoperto dalle tariffe pagate direttamente dagli utenti (pari al 37,4% del totale fonti), seguite dai trasferimenti dell'ASL (27,1%) e dalle risorse che la stessa ASPeF mette a disposizione per la realizzazione della propria attività istituzionale (15,2%).

---

<sup>41</sup> I servizi resi per quest'area contemplano 1 RSA (struttura con 119 posti letto accreditati; 167 utenti serviti; 39.900 circa i giorni di degenza erogati nel 2003); 1 CDI (12 posti accreditati per 248 giorni di apertura del centro nel 2003; 23 il numero degli utenti accolti nella struttura; 2.950 i giorni di presenza erogati); il Servizio di Assistenza Domiciliare (264 il numero delle famiglie assistite; 15.734 il numero delle prestazioni socio-assistenziali garantite; 8.888 il numero di pasti erogati)

<sup>42</sup> I servizi resi per quest'area contemplano 1 comunità alloggio per portatori di handicap (6 utenti accolti nella struttura per 2.190 giornate di presenza); 129 utenti disabili in carico ai servizi; 139 utenti in riabilitazione; 3.500 circa trattamenti per disabili; 1.200 circa trattamenti di riabilitazione

<sup>43</sup> I servizi resi per quest'area contemplano 1 dormitorio e 1 semipensionato (persone ospitate 116 nel dormitorio e 20 nel semipensionato); 1 pensionato sociale (persone ospitate 38); 1 agenzia di locazione (persone ospitate 19);

<sup>44</sup> Qualora l'Amministrazione comunale, per ragioni di carattere sociale, disponga che l'Azienda effettui un servizio senza il completo recupero dei relativi costi sull'utenza, essa deve versare all'Azienda stessa il contributo finanziario occorrente alla copertura dei relativi costi, fino al raggiungimento del pareggio aziendale.

Quindi, complessivamente, il risultato gestionale dell'ASPeF per l'esercizio 2003 presenta un sostanziale equilibrio tra i costi e i ricavi della gestione, registrando un residuo positivo pari a 559 Euro.

Analizzando le singole aree di attività (aggregate in base al tipo di utenza), il risultato economico delle stesse risulta sempre negativo, registrando una perdita istituzionale pari a 361.505 Euro. La situazione di pareggio evidenziatasi a livello aziendale è data dalla presenza di un'attività imprenditoriale (la gestione di due farmacie), il cui risultato gestionale genera un utile in grado di coprire la perdita precedentemente evidenziata. Il contributo di tale attività corrisponde al 48% delle fonti proprie e al 7% delle fonti finanziarie complessive di ASPeF.

### *La Comunità Montana della Valle Trompia<sup>45</sup>*

Come si notava in precedenza, la popolazione nel distretto della Valle Trompia si distribuisce in modo disomogeneo sul territorio dando vita ad una notevole frammentazione che rappresenta la caratteristica principale del distretto socio-sanitario in analisi<sup>46</sup>.

Questa disomogenea distribuzione dei cittadini ha necessariamente portato al perseguimento di gestioni associate al fine di perseguire economie di scala attraverso una forte integrazione tra amministrazioni.

In particolare, oltre a Comuni, ASL, IPAB ed organizzazioni del terzo settore, il Welfare locale della Valle Trompia è assicurato dall'intervento della Comunità Montana.

La Comunità Montana è un Ente sovracomunale che gestisce servizi in forma associata; è costituita per rappresentare e favorire soluzioni di problematiche che superano l'ambito comunale.

Rientrano in questa categoria numerosi interventi di tipo sociale rientranti nella programmazione partecipata.

Per quanto riguarda questi ultimi la Comunità Montana ha gestito su delega dei Comuni i servizi di Assistenza Domiciliare Minori e la tutela minori.

I servizi per quest'area di utenza hanno rappresentato la voce di maggiore consistenza raggiungendo il 42% della spesa totale della Comunità.

Per l'organizzazione di questo servizio le amministrazioni comunali hanno trasferito alla Comunità Montana un totale di 178.539 Euro

L'importanza del ruolo della Comunità Montana è anche quello di raccogliere risorse derivanti da trasferimenti non comunali. Se si guarda infatti alla composizione delle fonti di finanziamento, solo il 16% è rappresentato dal

---

<sup>45</sup> I dati finanziari relativi alla Comunità Montana della Valle Trompia sono stati analizzati e rielaborati da Francesco Daelli. Si veda CERGAS-SPI (2005)

<sup>46</sup> In generale, il 66% della popolazione è distribuita in 5 dei 18 Comuni facenti riferimento all'ambito sociale valtrompino, mentre il restante 34% risiede in modo non del tutto omogeneo nelle restanti 13 amministrazioni comunali

finanziamento comunale mentre il 64% è rappresentato da risorse trasferite dal livello regionale o nazionale.

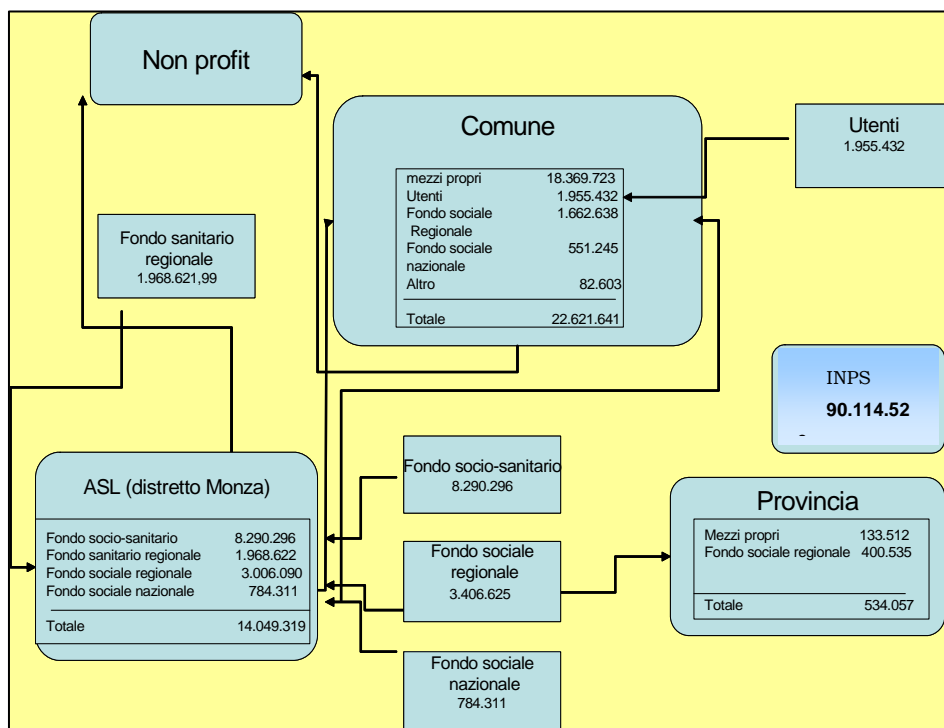
### 2.4.1.6. Il quadro di sintesi sulle risorse pubbliche

Obiettivo della nostra analisi è giungere al calcolo della spesa a carico del pubblico identificata come la sommatoria delle risorse proprie messe in campo dai diversi soggetti della rete dei servizi sociali.

Tale operazione non risulta essere di facile svolgimento, non solo per la complessità degli interventi in materia assistenziale, ma anche per l'intreccio dei flussi finanziari incrociati fra i diversi soggetti all'interno del Distretto.

A titolo esemplificativo si illustra in Figura 1 una rappresentazione (valevole per il Distretto di Monza e Villasanta) dei flussi finanziari di spesa fra i diversi soggetti pubblici.

Figura 2 –Flussi finanziari fra gli attori pubblici nel distretto di Monza



Fonte: CERGAS-SPI (2005)

In termini assoluti nei diversi distretti i Comuni hanno destinato al finanziamento di interventi in campo sociale rispettivamente 18.369.723 Euro (nel Distretto di Monza e Villasanta), 10.778.805 Euro (nel Distretto di Mantova) e 6.732.429 Euro (nel Distretto della Valle Trompia<sup>47</sup>) (vedi tabella seguente). In tutti e tre i distretti la % di risorse effettive derivanti dalle casse del Comune varia da un minimo del 7,3% medio dei Comuni del distretto di Mantova al 14,7% del Distretto di Monza e Villasanta.

Considerando anche le altre risorse non vincolate che il Comune ha facoltà di disporre liberamente o regolare (consistenti nelle risorse indistinte derivanti dal FNPS<sup>48</sup> e nelle tariffe incamerate dagli utenti) l'ammontare di fondi dei Comuni del territorio copre dal 17% (della spesa effettiva totale) nel territorio di Monza al 10% degli altri due distretti.

Le altre risorse in capo al territorio arrivano ai Comuni (o direttamente agli utenti) tramite l'ASL, che rappresenta il punto di contatto della Regione sul territorio anche da un punto di vista dei flussi finanziari.

In due distretti su tre, tuttavia, l'ASL, ha investito risorse "proprie" nell'erogazione di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari. Tali risorse sono risorse strettamente sanitarie, ovvero provenienti dal FSR.

Le Province ed altri attori locali rappresentano soggetti, che dal punto di vista finanziario si ritagliano un ruolo marginale nel distretto, considerando che le spese provinciali in campo sociale sono prevalentemente finanziate tramite flussi di risorse provenienti dalla Regione.

La Regione è dunque il secondo attore nel contribuire al benessere sociale nei diversi distretti. Il FSSR copre infatti una spesa che nei diversi distretti varia dal, 6,7% del territorio monzese al 14,9% del territorio mantovano fino al 5,1% del territorio della Valle Trompia.

Come si evince dalla tabella 9 e dal Grafico 11 il soggetto che in termini assoluti copre buona parte della spesa per il welfare pubblico è l'INPS con percentuali sul totale che vanno dal 69% del distretto di Mantova al 80% del distretto della Valle Trompia.

Infine, sommando le risorse proprie di ogni attore si può stimare che il totale della spesa sociale effettiva nei tre distretti solo a carico del pubblico ammontava a circa 124 milioni di Euro (925 Euro procapite) per il distretto di Monza e Villasanta, a circa 148 milioni di Euro (1.025 Euro procapite) per il distretto di Mantova e a circa 85 milioni di Euro (755 Euro procapite) per il distretto della Valle Trompia.

E' interessante osservare come la spesa effettiva sia inferiore alla somma della spesa generale pubblica (non depurata dai flussi finanziari incrociati) di circa il 20%.

---

<sup>47</sup> Tale valore include le risorse proprie della Comunità Montana.

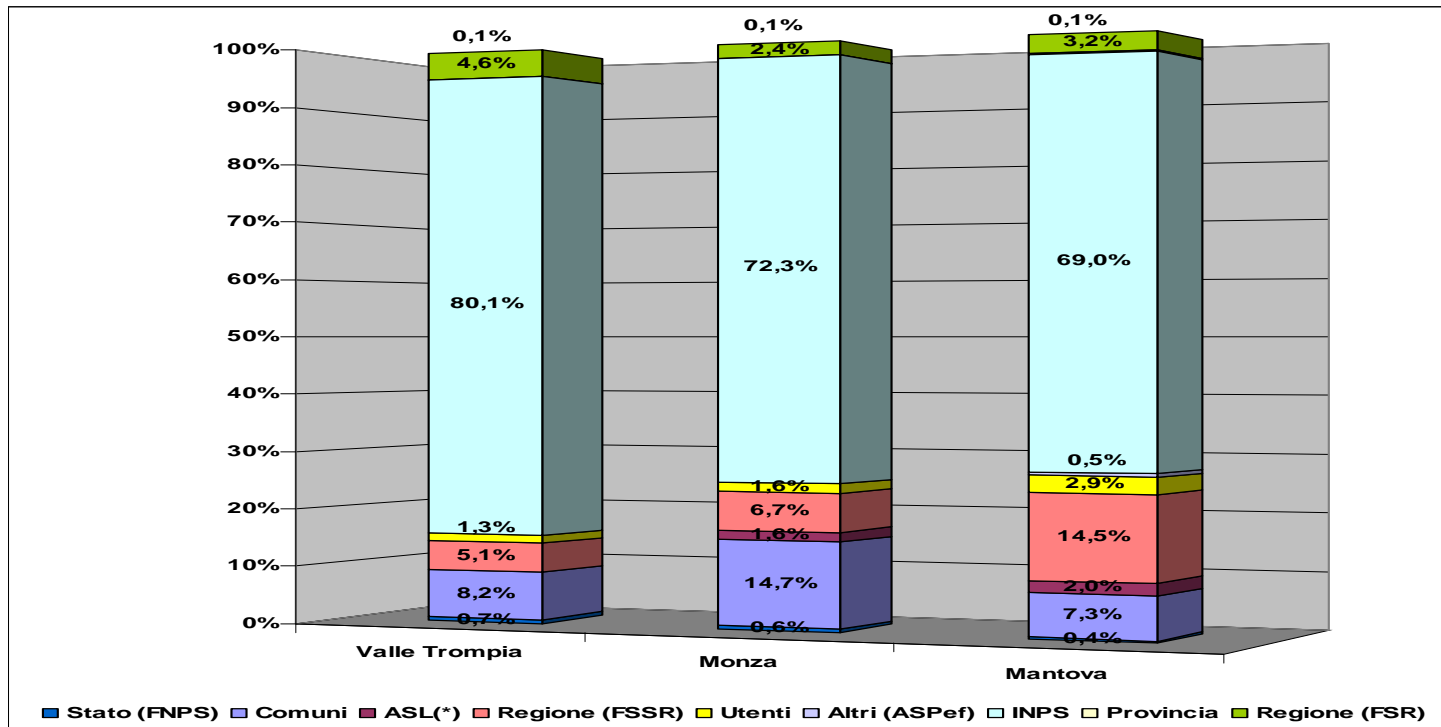
<sup>48</sup> In realtà, come visto nel capitolo 1, la Regione Lombardia ha posto un vincolo di utilizzo di tali risorse anche per il FNPS.

Tabella 9 Il livello di intervento pubblico nei tre distretti per il sociale

Distretto	Attore	Spesa totale	Spesa totale procapite	Spesa effettiva (Risorse Proprie)	Spesa effettiva procapite	%
<b>Monza</b>						
Popolazione	Comuni	€ 22.621.641	€ 168	€ 18.369.723	€ 136	14,7%
134.731	ASL(*)	€ 14.049.320	€ 104	€ 1.968.622	€ 15	1,6%
	Provincia	€ 534.057	€ 4	€ 133.512	€ 1	0,1%
	INPS	€ 90.114.520	€ 669	€ 90.114.520	€ 669	72,3%
	Regione (FSR)	€ 3.006.090	€ 22	€ 3.006.090	€ 22	2,4%
	Regione (FSSR)	€ 8.290.296	€ 62	€ 8.290.296	€ 62	6,7%
	Stato (FNPS)	€ 784.311	€ 6	€ 784.311	€ 6	0,6%
	Utenti	€ 1.955.432	€ 15	€ 1.955.432	€ 15	1,6%
<b>Totale intervento pubblico</b>		<b>€ 141.355.667</b>	<b>€ 1.049</b>	<b>€ 124.622.506</b>	<b>€ 925</b>	<b>100%</b>
<b>Mantova</b>						
Popolazione	Comuni	€ 15.526.374	€ 107	€ 10.778.805	€ 74	7,3%
144.828	ASL(*)	€ 29.743.868	€ 205	€ 3.043.046	€ 21	2,0%
	Provincia	€ 284.521	€ 2	€ 201.939	€ 1	0,1%
	INPS	€ 102.439.822	€ 707	€ 102.439.822	€ 707	69,0%
	Regione (FSR)	€ 4.771.778	€ 33	€ 4.771.778	€ 33	3,2%
	Regione (FSSR)	€ 21.564.541	€ 149	€ 21.564.541	€ 149	14,5%
	Stato (FNPS)	€ 606.359	€ 4	€ 606.359	€ 4	0,4%
	Altri (ASPeF)	€ 4.988.534	€ 34	€ 756.757	€ 5	0,5%
	Utenti	€ 4.303.495	€ 30	€ 4.303.495	€ 30	2,9%
<b>Totale intervento pubblico</b>		<b>€ 184.229.291</b>	<b>€ 1.272</b>	<b>€ 148.466.541</b>	<b>€ 1.025</b>	<b>100%</b>
<b>Valle Trompia</b>						
Popolazione	Comuni e CM	€ 8.790.996	€ 81	€ 6.732.429	€ 62	8,2%
108.676	ASL(*)	€ 12.508.194	€ 115	€ -	€ -	0,0%
	Provincia	€ 210.682	€ 2	€ 70.227	€ 1	0,1%
	INPS	€ 65.672.861	€ 604	€ 65.672.861	€ 604	80,1%
	Regione (FSR)	€ 5.013.647	€ 46	€ 5.013.647	€ 35	4,6%
	Regione (FSSR)	€ 5.552.006	€ 35	€ 5.552.006	€ 38	5,1%
	Stato (FNPS)	€ 740.012	€ 5	€ 740.012	€ 5	0,7%
	Utenti	€ 1.072.777	€ 10	€ 1.072.777	€ 10	1,3%
<b>Totale intervento pubblico</b>		<b>€ 99.561.175</b>	<b>€ 898</b>	<b>€ 84.853.959</b>	<b>€ 755</b>	<b>100%</b>

(\*) Risorse da bilancio sanitario

Grafico 11 Distribuzione delle risorse fra attori pubblici



(\*) Risorse da bilancio sanitario

Sulla base di quanto già emerso dall'analisi delle tipologie di interventi assicurati dai diversi attori del sistema di welfare locale nei distretti gli sforzi di spesa più significativi si sono concentrati sull'utenza anziana, che assorbe più del 60% delle risorse disponibili (CERGAS-SPI, 2005)

Le spese dedicate ai bisogni dei disabili, rappresentano invece la seconda voce di spesa (20%), seguite dagli interventi a favore dei minori e delle famiglie (10%). Quindi – anche a livello complessivo di Distretto – queste tre categorie di utenti assorbono mediamente più del 90% della spesa pubblica effettiva.

#### **2.4.2. Risorse pubbliche e private per la non autosufficienza**

Prima di sviluppare l'analisi sulle risorse pubbliche e private per i residenti non autosufficienti (NA) nei tre distretti lombardi, è necessario stimare il numero dei beneficiari delle prestazioni sociali e socio sanitarie a loro destinabili.

Nella seguente tabella sono indicati il numero di NA (di età superiore ai 6 anni) che risiedono nei tre distretti analizzati sulla base delle statistiche ISTAT a disposizione<sup>49</sup>.

Tabella 10 Stima del numero di NA residenti nei distretti

	In famiglia	Ospiti in struttura	Totale
Monza	2.726	506	3.232
Mantova	2.938	989	3.937
Valle Trompia	2.326	570	2.896

Fonte: CERGAS-SPI (2005)

Come preannunciato, per ogni distretto si ricostruirà un quadro generale delle risorse finanziarie pubbliche e private a favore della NA.

In particolare rispetto a quest'area di utenza si valuterà il livello di risorse proprie che ogni soggetto della rete dei servizi investe per coprire più o meno appropriatamente il fabbisogno nel territorio.

##### ***2.4.2.1 Le risorse proprie degli Enti pubblici***

Per determinare il contributo effettivo dei soggetti pubblici per i NA si sono considerate le “risorse nette” (ossia depurate da eventuali trasferimenti di terzi) destinate da parte dei diversi soggetti ad interventi residenziali (RSA, CRH),

---

<sup>49</sup> Si veda il § 2.2.2.

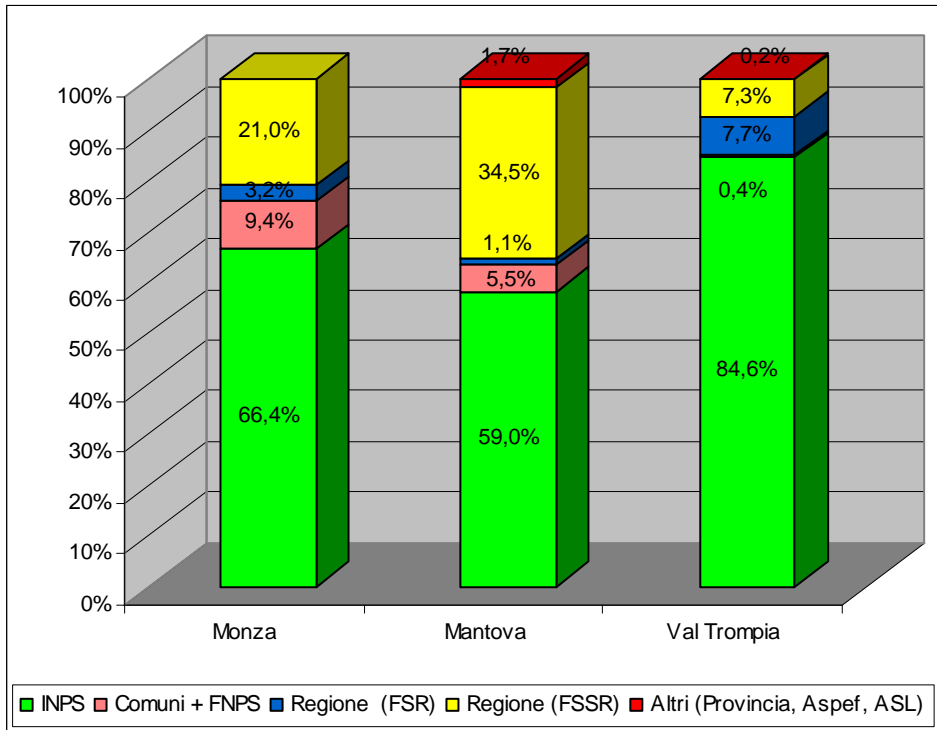
semiresidenziali (CDI, CSE) e a contributi economici a favore della famiglia dei NA residenti nei distretti.

Dal Grafico 12 si osserva come nei diversi distretti gli enti pubblici intervengano con peso diverso al finanziamento della spesa per la NA.

La tabella 11 illustra invece il valore assoluto delle risorse totali messe in campo da tutti i soggetti pubblici nei tre distretti analizzati<sup>50</sup>.

L'attore che principalmente finanzia questo bisogno sociale è l'INPS attraverso il trasferimento di risorse monetarie alle famiglie.

Grafico 12– Ripartizione risorse pubbliche per la non autosufficienza



Fonte: ns. rielaborazione da CERGAS SPI (2005), MLPS (2006), ISTAT (2001)

<sup>50</sup> I dati sulle risorse INPS destinate ai NA del distretto sono stati stimati sulla base della popolazione NA residente nel distretto

Tabella 11 Risorse degli attori pubblici per la NA

	Distretto di Monza		Distretto di Mantova		Distretto della Valle Trompia				
<i>NA residenti</i>		3.232		3.937		2.896			
<b>INPS</b>	€	<b>24.553.665</b>	<b>66,4%</b>	€	<b>27.202.799</b>	<b>59,0%</b>	€	<b>20.413.035</b>	<b>84,6%</b>
<i>trattamenti di invalidità civile, cecità e sordomutismo</i>	€	3.891.893	10,5%	€	4.132.115	9,0%	€	3.209.559	13,3%
<i>indennità di accompagnamento</i>	€	14.652.392	39,6%	€	15.750.470	34,2%	€	11.818.834	49,0%
<i>pensioni ed assegni sociali</i>	€	50.892	0,1%	€	61.993	0,1%	€	45.601	0,2%
<i>integrazioni al minimo e maggiorazioni sociali</i>	€	5.958.488	16,1%	€	7.258.220	15,7%	€	5.339.041	22,1%
<b>Comuni + FNPS</b>	€	<b>3.466.329</b>	<b>9,4%</b>	€	<b>2.526.763</b>	<b>5,5%</b>	€	<b>86.435</b>	<b>0,4%</b>
<b>Regione (FSR)</b>	€	<b>1.168.078</b>	<b>3,2%</b>	€	<b>493.941</b>	<b>1,1%</b>	€	<b>1.856.031</b>	<b>7,7%</b>
<b>Regione (FSSR)</b>	€	<b>7.772.027</b>	<b>21,0%</b>	€	<b>15.890.214</b>	<b>34,5%</b>	€	<b>1.762.537</b>	<b>7,3%</b>
<b>Altri (Provincia, Aspef, ASL)</b>	€	-		€	<b>783.061</b>	<b>1,7%</b>	€	<b>53.199</b>	<b>0,2%</b>
<b>Totale</b>	€	<b>36.960.099</b>	<b>100,0%</b>	€	<b>46.113.717</b>	<b>100,0%</b>	€	<b>24.118.038</b>	<b>100,0%</b>
<b>Spesa procapite</b>	€	<b>274</b>		€	<b>318</b>		€	<b>222</b>	
<b>Spesa per NA residente</b>	€	<b>11.436</b>		€	<b>11.713</b>		€	<b>8.328</b>	

Fonte: ns. rielaborazione da CERGAS SPI (2005), MLPS (2006), ISTAT (2001)

In tutti gli ambiti analizzati le risorse pubbliche per la NA risultano prevalentemente finalizzate ai non autosufficienti con almeno 65 anni (80% delle risorse totali)

Inoltre, gli interventi pubblici nel campo della non autosufficienza riguardano, prevalentemente in tutti i distretti i trasferimenti monetari generici a favore della famiglia seguiti dai servizi residenziali).

#### ***2.4.2.2. Le risorse proprie della famiglia***

Come anticipato, le risorse della famiglia impiegate per l'assistenza ai NA, ovvero quelle derivanti da un proprio reddito (es: stipendio o pensione) percepito indipendentemente da una condizione di bisogno, sono state determinate dalla differenza fra i costi sopportati dalle famiglie per beneficiare degli interventi sociali e l'insieme dei trasferimenti sociali ricevuti in quanto famiglia con uno o più NA a carico.

Tali trasferimenti sono erogati dall'INPS (nella forma di pensioni e indennità di accompagnamento) e dagli altri soggetti pubblici che erogano contributi specifici per i NA<sup>51</sup>.

Osservando, invece, il fronte della **spesa** delle famiglie (gli impieghi) si nota come esse possano comprendere:

- le **tariffe pagate** dalle famiglie per servizi residenziali<sup>52</sup> e semiresidenziali<sup>53</sup> erogati dal pubblico ai NA..
- le **tariffe per servizi erogati dal privato**: i NA non soddisfatti dal pubblico acquistano in veste di privati prestazioni da istituti profit e non profit
- il **corrispettivo per badanti**: le famiglie per provvedere all'assistenza dei NA possono acquistare sul mercato prestazioni da parte di badanti. In questo lavoro si è assunto che tale attività fosse svolta da donne immigrate<sup>54</sup> la cui retribuzione media si aggira intorno agli 800 euro<sup>55</sup>

---

<sup>51</sup> Dai dati emersi si osserva che le fonti di finanziamento per le famiglie con NA consistono quasi totalmente in trasferimenti a carico dell'INPS, coprendo più del 90% dell'ammontare complessivo erogato in ogni distretto analizzato. Si evince inoltre che le risorse INPS e i contributi comunali sono trasferiti specialmente a famiglie con non autosufficienti anziani.

<sup>52</sup> Si considerano i servizi residenziali in RSA per gli anziani e i servizi in CRH per i disabili NA con età compresa tra i 6 e i 64 anni.

<sup>53</sup> SI considerano i servizi semiresidenziali in CDI per gli anziani NA e in CSE per i disabili NA con età compresa tra i 6 e i 64 anni.

<sup>54</sup> L'ISMU indica che nel 2003 nella Provincia di Milano l'11,6% delle donne straniere si dedicava ad attività di assistenza domiciliare. Applicando tale percentuale al numero di donne straniere residenti nel Distretto di Monza e Villasanta si rileva che nel 2003 operavano nel territorio 356 badanti. Sempre secondo fonte ISMU la percentuale di popolazione straniera che presta assistenza domiciliare nella provincia di Brescia è pari al 9,4% per un totale di 728 badanti. Infine, sempre secondo i dati forniti dall'ISMU, la percentuale delle donne straniere che svolgono una funzione di assistenza e cura presso le famiglie mantovane è pari al 14,8% e – per tanto – si può stimare che nel Distretto di Mantova siano attive 478 badanti (Ambrosini, 2004)

- il **costo opportunità del lavoro della persona della rete familiare** che si occupa del non autosufficiente e che, in linea di principio non si avvale di servizi residenziali o dell'ausilio di una badante a tempo pieno. A questo proposito bisogna considerare che una parte dei NA sono beneficiari di servizi semiresidenziali e sono assistiti in struttura per il 26%<sup>56</sup> delle ore che si contano in una settimana. Di conseguenza il numero di NA che richiedono assistenza familiare (e la spesa per questo tipo di assistenza) deve essere diminuito al fine di considerare coloro che sono assistiti per una parte del monte ore settimanale in una struttura semiresidenziale (e la cui spesa è stata già computata precedentemente). Il costo orario dell'assistenza familiare è stato equiparato alla retribuzione percepita da una badante
- **altri costi sostenuti dalla famiglia:** occorre tenere presente gli altri costi sostenuti da famiglie con a carico un non autosufficiente. Come si diceva precedentemente, l'Indagine sui consumi delle famiglie dell'Istat stima in 430 Euro al mese (dato 2002) la spesa media per le famiglie comprensiva delle tariffe per il pagamento delle rette per anziani in struttura, ma non del costo del badantaggio o dell'assistenza continuativa dei familiari. Questo costo è stato imputato come impiego delle famiglie in ogni distretto, decurtandolo ovviamente dalle rette pagate per le strutture<sup>57</sup>.

La seguente tabella riepiloga le risorse proprie destinate dalla famiglia a prestazioni a favore dei NA nei tre distretti analizzati.

---

<sup>55</sup> Il valore è stato calcolato ipotizzando 12 mensilità annuali. Occorre precisare che il costo del bandantaggio è solamente parte del costo sopportato dalla famiglia non sostituendo totalmente il servizio residenziale offerto ai NA da parte delle strutture private.

<sup>56</sup> I CDI e i CSE sono aperti 8 ore al giorno dal lunedì al venerdì. Pertanto erogano assistenza per 40 ore settimanali contro le 128 ore che si contano in una settimana.

<sup>57</sup> L'indagine sui consumi delle famiglie condotta annualmente dall'Istat non permette di spingere l'analisi della spesa delle famiglie a livello regionale e quindi il dato considerato è da ritenere rappresentativo solo a livello nazionale.

Tabella 12 - Fonti e impieghi della famiglia per l'assistenza dei NA

Distretto di Monza			
Fonti		Impieghi	
INPS	€ 24.553.665	Rette a strutture pubbliche	€ 56.285
Contributi comunali	€ 73.512	Rette a strutture private	€ 11.400.568
		Spesa per badante	€ 3.417.600
		Costo opportunità assistenza familiare	€ 22.268.160
		Altri costi della famiglia	€ 5.220.267
<b>Totale fonti</b>	<b>€ 24.627.177</b>	<b>Totale impieghi</b>	<b>€ 42.362.880</b>
<b>Risorse proprie della famiglia</b>	<b>€ 17.735.703</b>		

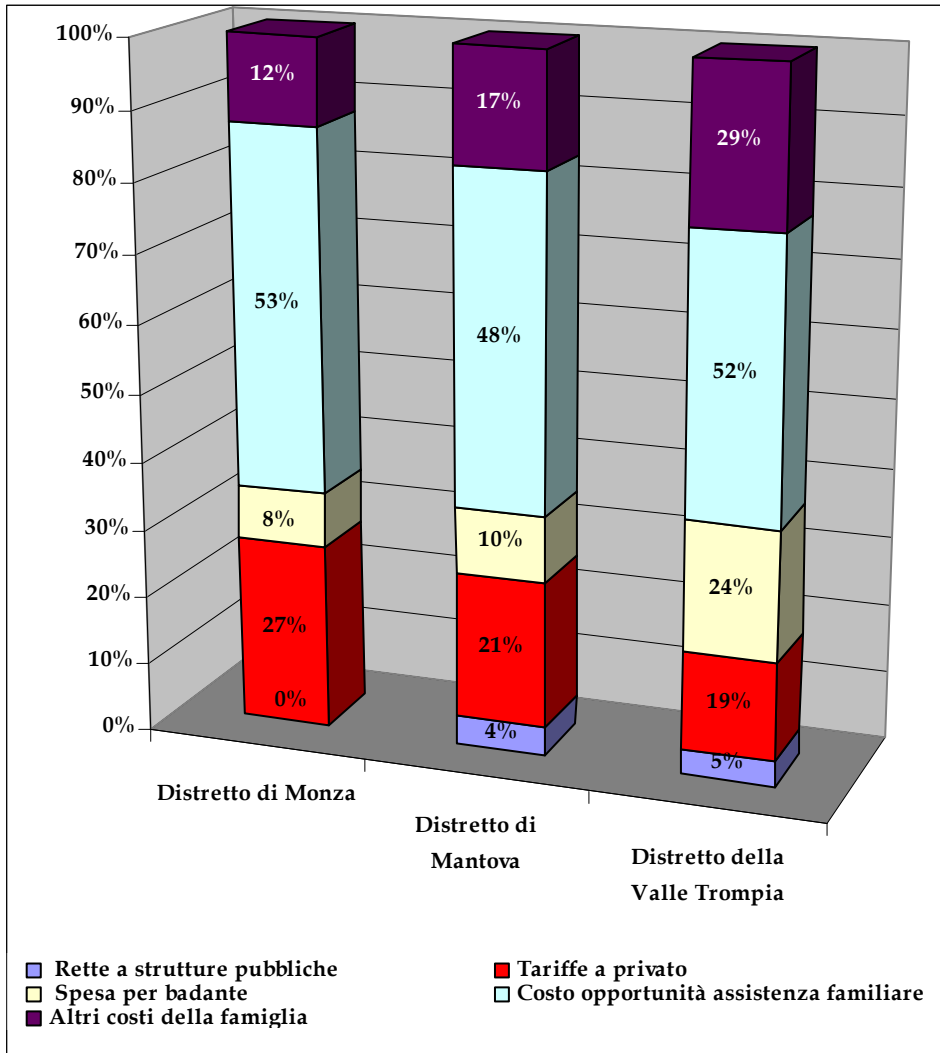
Distretto di Mantova			
Fonti		Impieghi	
INPS	€ 27.202.799	Tariffe a pubblico	€ 2.091.581
Contributi comunali	€ 111.891	Tariffe a privato	€ 10.211.626
		Spesa per badante	€ 4.588.800
		Costo opportunità assistenza familiare	€ 23.270.452
		Altri costi della famiglia	€ 7.960.113
<b>Totale fonti</b>	<b>€ 27.314.690</b>	<b>Totale impieghi</b>	<b>€ 48.122.572</b>
<b>Risorse proprie della famiglia</b>	<b>€ 20.807.882</b>		

Distretto della Valle Trompia			
Fonti		Impieghi	
INPS	€ 20.413.035	Tariffe a pubblico	€ 1.323.074
Contributi comunali	€ 86.435	Tariffe a privato	€ 5.307.286
		Spesa per badante	€ 6.989.990
		Costo opportunità assistenza familiare	€ 14.997.504
		Altri costi della famiglia	€ 8.313.000
<b>Totale fonti</b>	<b>€ 20.499.470</b>	<b>Totale impieghi</b>	<b>€ 28.617.854</b>
<b>Risorse proprie della famiglia</b>	<b>€ 8.118.384</b>		

Fonte: ns. elaborazione su dati CERGAS SPI (2005), MLPS (2006), ISTAT (2003)

Dal quadro così delineato appare che la cura dei NA ricada per la maggior parte in seno alla famiglia, nonostante la istituzionalizzazione svolga un ruolo importante e in crescita. In particolare, emerge che più del 50% delle risorse familiari sono finalizzate all'assistenza di NA al domicilio da parte di un membro della stessa famiglia.

Grafico 13– Ripartizione delle spese delle famiglie nei tre distretti



Fonte: ns. elaborazione su dati CERGAS SPI (2005), MLPS (2006), ISTAT (2003)

### **2.4.2.3. Risorse proprie di altre organizzazioni private**

Anche per le organizzazioni private (*profit e non profit*) si è cercato di determinare con il maggior grado di approssimazione possibile le risorse proprie finalizzate alla erogazione di prestazioni assistenziali a non autosufficienti (RSA, CRH, CSE, CDI).

Esse sono determinate dal ricorso a donazioni, al *fundraising* o da altri ricavi esterni non configurabili come tariffe. Anche in questo caso, l'ammontare di risorse proprie è stato determinato dalla differenza fra una stima dei costi sopportati da tali organizzazioni per gli interventi sociali erogati e l'insieme delle risorse ottenute dalle famiglie come tariffe e da altri soggetti pubblici come acquirenti o finanziatori. Gli impieghi, pertanto, sono stati stimati a partire dalle schede somministrate alle organizzazioni. Al riguardo è importante sottolineare come in questo conteggio non sia compresa la valorizzazione delle ore di volontariato, che comunque rappresentano un importante fattore produttivo nell'erogazione dei servizi socio-assistenziali del non profit<sup>58</sup>.

Nel complesso mondo del profit e non profit che si occupa di assistenza ai non autosufficienti si sono considerate solo le aziende che erogano servizi residenziali e semiresidenziali.

Nel distretto di Monza, sia per quanto riguarda le RSA e i CRH che per le strutture semiresidenziali, si è riscontrato come esista un generale equilibrio tra fonti e impieghi, con la conseguenza che le risorse proprie impegnate dalle organizzazioni che li gestiscono risultano minime<sup>59</sup>, soprattutto se raffrontati con il contributo dato da altri attori.

Differente è invece la situazione del Distretto di Mantova e della Val Trompia dove rispettivamente 2.454.071 Euro e 2.745.509 Euro sono le risorse proprie messe a disposizione dalle organizzazioni non profit attraverso le proprie attività commerciali e/o di raccolta fondi.

### **2.4.2.4. Il quadro di sintesi sulla non autosufficienza**

Avendo calcolato le risorse proprie investite dai singoli attori per soddisfare i bisogni di assistenza dei NA, in conclusione si fornisce una prima rappresentazione della ripartizione della spesa totale all'interno del Distretto individuando quanta parte della spesa effettiva in interventi sociali è sostenuta dall'insieme degli attori pubblici e quanta è finanziata dal risparmio privato.

Innanzitutto, nella seguente tabella è riepilogata la spesa netta totale (pubblica e privata) per la non autosufficienza nei tre distretti considerati.

---

<sup>58</sup> A titolo esemplificativo, partendo dai dati raccolti durante l'attività di ricerca nel Distretto di Mantova, il numero di ore di volontariato dichiarate dalle strutture residenziali e semiresidenziali è stato per il 2003 pari a 27.365 ore (stima realizzata considerando il 100% di posti disponibili) corrispondenti a 3.420 giornate lavorative (di 8 ore ciascuna), per un valore economico stimato a circa 95.778 euro. Per la valorizzazione delle ore di volontariato si è fatto riferimento al contributo di 3,5 euro orari riconosciuto durante lo svolgimento del Servizio Civile (CERGAS-SPI, 2005)

<sup>59</sup> In alcune aziende la differenza tra fonti e impieghi è positiva, mentre in altre è negativa, con un risultato netto nullo.

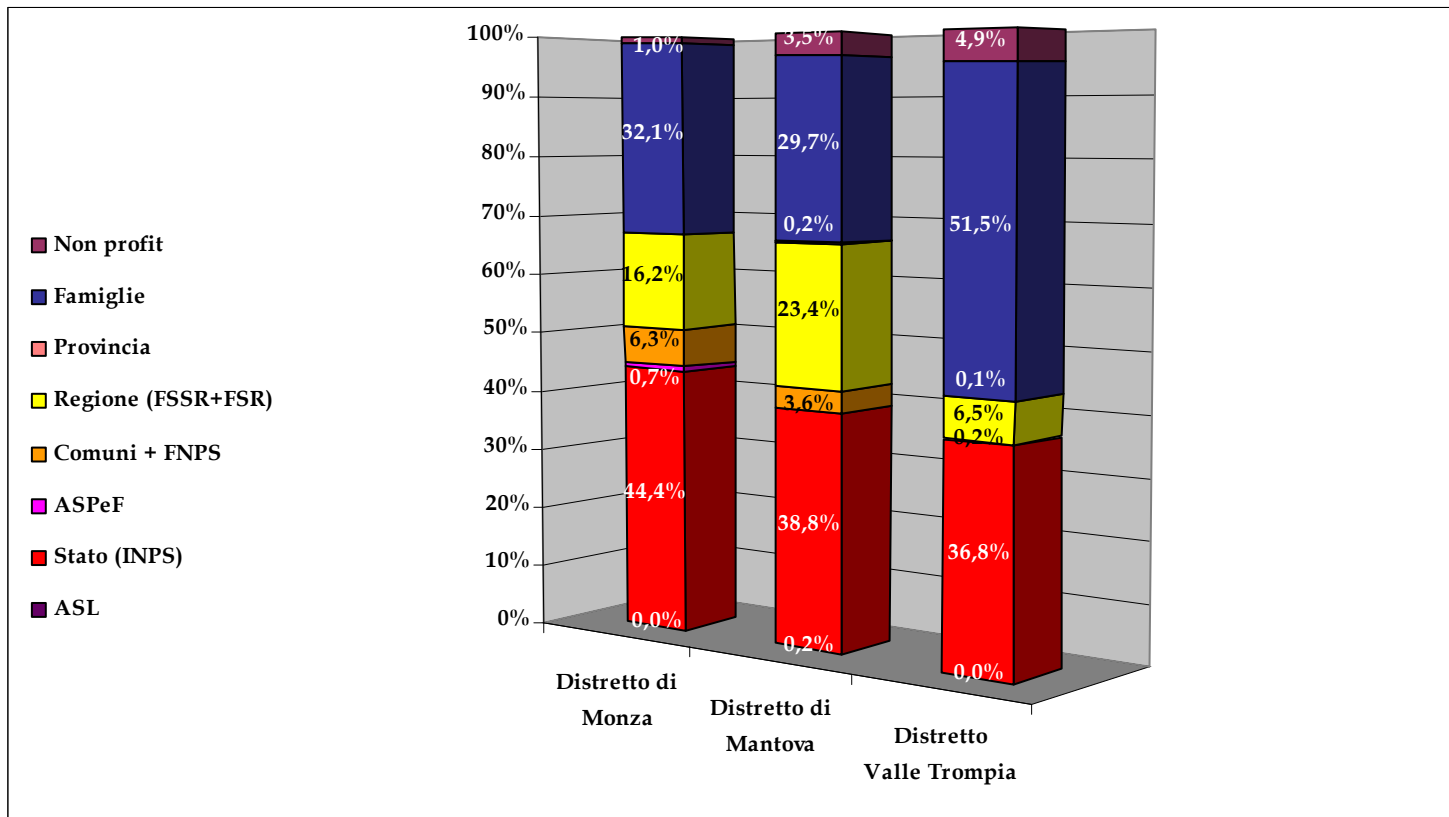
Da una prima rappresentazione del posizionamento di tutti gli Enti e attori del Distretto rispetto all'area di utenza dei NA chi si fa carico dell'assistenza è l'INPS (circa il 40% delle risorse disponibili) e la famiglia (con valori che vanno dal 30% al 50% delle risorse disponibili).

Tabella 13 Risorse pubbliche e private per la NA

	Distretto di Monza				Distretto di Mantova				Distretto Valle Trompia			
	Valore assoluto	Spesa per NA residente	Spesa procapite	%	Valore assoluto	Spesa per NA residente	Spesa procapite	%	Valore assoluto	Spesa per NA residente	Spesa procapite	%
Stato (INPS)	€ 24.553.665	€ 7.597	€ 182	44,4%	€ 27.202.799	€ 6.927	€ 188	38,8%	€ 20.413.035	€ 7.049	€ 188	36,8%
Regione (FSSR+FSSR)	€ 8.940.105	€ 2.766	€ 66	16,2%	€ 16.384.156	€ 4.172	€ 113	23,4%	€ 3.618.570	€ 1.250	€ 33	6,5%
Comuni + FNPS	€ 3.466.329	€ 1.073	€ 26	6,3%	€ 2.526.763	€ 643	€ 17	3,6%	€ 86.435	€ 30	€ 1	0,2%
ASPeF	€ -	€ -	€ -	0,0%	€ 504.111	€ 128	€ 3	0,7%	€ -	€ -	€ -	0,0%
ASL	€ -	€ -	€ -	0,0%	€ 161.121	€ 41	€ 1	0,2%	€ -	€ -	€ -	0,0%
Provincia	€ -	€ -	€ -	0,0%	€ 117.829	€ 30	€ 1	0,2%	€ 53.199	€ 18	€ 0	0,1%
<b>Totale pubblico</b>	<b>€ 36.960.099</b>	<b>€ 11.436</b>	<b>€ 274</b>	<b>66,9%</b>	<b>€ 46.896.779</b>	<b>€ 11.942</b>	<b>€ 324</b>	<b>66,8%</b>	<b>€ 24.171.239</b>	<b>€ 8.346</b>	<b>€ 222</b>	<b>43,5%</b>
Non profit	€ 570.000	€ 176	€ 4	1,0%	€ 2.454.071	€ 625	€ 17	3,5%	€ 2.745.509	€ 948	€ 25	4,9%
Famiglie	€ 17.735.703	€ 5.488	€ 132	32,1%	€ 20.807.882	€ 5.299	€ 144	29,7%	€ 28.617.854	€ 9.882	€ 263	51,5%
<b>Totale privato</b>	<b>€ 18.305.703</b>	<b>€ 5.664</b>	<b>€ 136</b>	<b>33,1%</b>	<b>€ 23.261.953</b>	<b>€ 5.924</b>	<b>€ 161</b>	<b>33,2%</b>	<b>€ 31.363.363</b>	<b>€ 10.830</b>	<b>€ 289</b>	<b>56,5%</b>
<b>Totale</b>	<b>€ 55.265.802</b>	<b>€ 17.100</b>	<b>€ 410</b>	<b>100%</b>	<b>€ 70.158.732</b>	<b>€ 17.866</b>	<b>€ 484</b>	<b>100%</b>	<b>€ 55.534.602</b>	<b>€ 19.176</b>	<b>€ 511</b>	<b>100%</b>

Fonte: ns. elaborazione su dati CERGAS SPI (2005), MLPS (2006), ISTAT (2003)

Grafico 14 Distribuzione delle risorse pubbliche e private nel sistema di welfare per i NA



Fonte: ns. elaborazione su dati CERGAS SPI (2005), MLPS (2006), ISTAT (2003)

## 2.5. Conclusioni

L'analisi sopra offerta rappresenta una prima ricostruzione del livello di intervento pubblico in tre distretti lombardi. In particolare, per qualificare l'importanza dei diversi attori in ognuno dei tre distretti si sono utilizzati degli indicatori di spesa effettiva di un Ente (cioè la spesa che un Ente devolve in funzioni sociali, depurata da eventuali trasferimenti da terzi)

Gli indicatori di spesa rappresentano parametri deboli per valutare i rapporti di forza fra attori pubblici all'interno di uno stesso territorio, anche se hanno una valenza esplicativa immediata e, soprattutto, permettono di qualificare su basi concrete ciò che è stato fatto all'interno di un ambito.

Ricapitolando le omogeneità e le tendenze che emergono dall'analisi dei dati di spesa sociale in questi distretti si possono effettuare le seguenti considerazioni:

1. un primo dato di assoluta rilevanza è l'estrema **eterogeneità nei livelli di intervento pubblico fra i tre distretti lombardi analizzati**. Considerando, infatti, la spesa pubblica distrettuale si osservano notevoli variazioni fra i tre distretti analizzati. Guardando ad esempio al distretto della Valle Trompia si può osservare come la spesa pubblica in questo distretto si attesti su un valore inferiore del 35% rispetto a quella assicurata nel distretto mantovano. La ricerca evidenzia valori di spesa sociale pubblica che vanno dai **925 Euro** procapite del Distretto di Monza ai **1.025 Euro** procapite del Distretto di Mantova fino ai **755 Euro** procapite del Distretto della Valle Trompia. In particolare, depurando la spesa pubblica totale dalla spesa INPS (e quindi considerando solo la spesa effettiva degli altri attori pubblici (ASL e Comuni) operanti nel territorio) si notano squilibri fra distretto e distretto ancora maggiori (si veda la tabella 9). Valori così disomogenei in una stessa Regione potrebbero far riflettere sulla necessità di introdurre nelle politiche sociali regionali meccanismi di perequazione interdistrettuale, meccanismi che garantiscano in altre parole una certa uniformità nei livelli di copertura pubblica del fabbisogno sociale e socio-sanitario.
2. La stessa **eterogeneità nei livelli di intervento pubblico** a favore del sociale si evidenzia a livello **intradistrettuale**. In particolare, se si osservano i valori di spesa sociale procapite assicurata dai Comuni all'interno dello stesso distretto la variabilità nella spesa risulta essere molto alta (si veda il grafico 1 per un'esemplificazione). Se a questo dato si affianca il diverso peso che in tutti e tre i distretti i singoli Comuni danno alle politiche sociali rispetto alle altre politiche dell'Ente (si veda il grafico 2 per un'esemplificazione) si può facilmente osservare come, anche a livello di singolo distretto, i principali titolari della funzione sociale abbiano sottovalutato o trascurato l'importanza di meccanismi perequativi e redistributivi fra Comuni appartenenti ad uno

stesso territorio e che comunque la collaborazione istituzionale della Zona è ancora debole (almeno sul piano delle risorse in gioco).

3. Continuando l'analisi delle politiche locali perseguite dai principali attori pubblici locali occorre sottolineare il ruolo dell'**INPS** nella copertura del fabbisogno sociale del distretto, soprattutto per quanto riguarda il settore della nonautosufficienza. Tale attore garantisce a seconda del distretto considerato dal **69% all'80% delle risorse pubbliche** per il sociale riversate sul territorio (si veda grafico 11). Questo dato conduce a tre ordini di riflessioni molto significative rispetto alla governance dei sistemi di welfare locale socio-assistenziale. In primo luogo data la sua importanza sul territorio, sembra necessario coinvolgere l'INPS nei processi di programmazione zonale al fine di incentivare un'operazione di produzione di informazioni sui diversi utenti che ricevono le prestazioni assistenziali INPS. Ad oggi, non sembra che tale attore venga interpellato dai titolari della funzione di programmazione. In secondo luogo i dati presentati ci dimostrano la centralità dello Stato nel sostenere i bisogni dei più deboli. Dato il tipo di prestazioni, gli assetti di *governance* e la struttura organizzativa dell'INPS, non è possibile negoziare e modulare a livello locale i meccanismi di accesso al welfare o la costruzione di percorsi integrati per i singoli cittadini beneficiari. Timidi segnali rispetto alla necessità di decentramento nel governo delle prestazioni dell'INPS possono essere intraviste nel passaggio a Comuni e ASL del momento di erogazione monetaria dell'assegno di accompagnamento (passaggio che permette, perlomeno, di aumentare il potenziale informativo in mano ai titolari per governare il fabbisogno rispetto alla non autosufficienza) e nell'istituzione della commissione invalidi dell'ASL (che potrebbe essere vissuta in alcuni territori come luogo di governo della domanda sulla non autosufficienza e non solo, come avviene tutt'ora come organo che svolge una funzione amministrativa/certificativa dell'invalidità)
4. Dato il tipo di interventi assicurati dall'INPS, tipicamente **trasferimenti finanziari** sulla base di uno stato di bisogno accertato, ancora una volta è da sottolineare da una parte il carattere delle politiche sociali sviluppate nei distretti (incardinate sul trasferimento monetario piuttosto che sull'erogazione di servizi), dall'altra l'estrema **indipendenza ed autonomia assicurata alle famiglie** che possono provvedere al soddisfacimento dei propri bisogni sociali scegliendo liberamente le modalità di assistenza. In questo senso i tentativi di introduzione di voucher regionali sociosanitari sembrano rispondere ad una domanda di limitazione della libertà di scelta del cittadino e della famiglia piuttosto che ad un'estensione della stessa
5. Sempre ricordando il tipo di interventi assicurati dall'INPS, si osserva come la categoria verso la quale il sistema di welfare è più generoso e ricco sono gli **anziani**. Non considerando l'INPS come attore pubblico del sistema di

welfare, in tutti e tre i distretti analizzati si osserva come il Comune mantenga la propria priorità nell'erogazione di servizi per **minori e famiglie**. In tutti i distretti analizzati tale categoria di utenza rappresenta la prima voce di spesa assorbendo dal **32 al 49% della spesa totale** del distretto. Regione ed Asl si posizionano come i principali *players* nell'area **anziani** affiancando l'INPS attraverso l'erogazione dei servizi sociosanitari.

6. Per quanto riguarda il settore della non autosufficienza occorre sottolineare l'abbondanza di risorse stimate per la copertura di tale fabbisogno. Considerando, infatti, la spesa distrettuale per tale categoria di utenza si osservano valori che vanno dai **17.100 €** (per non autosufficiente residente) nel distretto di Monza ai **19.176 Euro** del distretto della Valle Trompia (per non autosufficiente residente) (si veda tabella 13). La spesa pubblica per la non autosufficienza copre dal **67% al 43%** della spesa totale. Sempre nel settore della **non autosufficienza** i soggetti privati (soprattutto **le famiglie**) rivestono un ruolo fondamentale coprendo dal **32 al 51% della spesa effettiva** finalizzata a garantire il fabbisogno assistenziale per questa categoria di utenti. Le risorse pubbliche (considerate globalmente) coprono la rimanente fetta di fabbisogno con in testa l'**INPS** che garantisce, anche in questo settore dal **37 al 44 %** della spesa totale, seguito dalla Regione con valori che variano dal **6,5 % al 16%** della spesa effettiva totale per la non autosufficienza. I dati esprimono con forza l'esigenza di una riflessione sulla costituzione di fondi locali, regionali o nazionali per la non autosufficienza che abbiano come obiettivo non tanto un incremento di risorse a favore di quest'area (la spesa per non autosufficiente risulta essere elevata) ma piuttosto una razionalizzazione del governo della spesa, diminuendo il carico delle famiglie in quest'area di bisogno. Anche in questo caso l'introduzione di un ulteriore meccanismo di finanziamento dovrebbe servire a migliorare il governo degli interventi in tale settore, piuttosto che aumentare i livelli di spesa sociale.
7. Sempre per quanto riguarda l'intervento dei privati nel settore della **non autosufficienza** si nota una debolezza del settore **nonprofit** che, stante le informazioni raccolte, si qualifica come un produttore responsabile a fronte di finanziamenti pubblici, incapace tuttavia di attrarre finanziamenti da attori terzi. Infatti, anche valorizzando il lavoro volontario la capacità del nonprofit di investire risorse proprie (ottenute, ad esempio, attraverso l'attività di *fundraising* da privati) è molto bassa toccando un massimo del **5% della spesa effettiva totale** nel distretto della Valle Trompia (vedi grafico 14). Lo sviluppo di capacità manageriali in questo senso sembra essere una necessità urgente.
8. La ricerca rileva una **differenza di circa il 20% tra i dati di spesa sociale totale** (aggregando i la spesa totale dei singoli attori pubblici) e **la spesa sociale effettiva** (al netto dei finanziamenti incrociati fra attori). Oltre a

segnalare ed invitare ad una certa cautela nel trattare le informazioni di spesa, tale percentuale può rappresentare una misura ed un indicatore dell'**interdipendenza fra gli attori** di un distretto. Come si può evincere tale interdipendenza risulta essere ancora bassa.

9. La **forza dei Comuni e dell'ASL** nel presidio della titolarità della funzione sociale e sociosanitaria locale risulta risibile a fronte di un sistema di welfare di cui essi si trovano a governare solo una parte molto ristretta. Tale debolezza è riscontrabile anche dopo l'introduzione dei Piani di Zona che hanno agevolato, in molti casi, l'armonizzazione delle scelte strategiche di questi due attori permettendo l'espressione più forte della titolarità sul sociale e sul sociosanitario. Malgrado tale sforzo sembra che l'azione di questi due soggetti debba essere ulteriormente rinvigorita anche grazie l'utilizzo di strumenti che possono agevolare la *governance* locale nei servizi sociali. Alla descrizione di tali strumenti sono dedicati i capitoli successivi