



MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali

Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali
e monitoraggio della spesa sociale

Settembre 2005 - bozza

Il Rapporto è responsabilità collegiale del gruppo di lavoro costituito con decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 14 settembre 2004, presso la Direzione Generale del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale e così composto:

<i>Paolo Sestito</i>	coordinatore scientifico del gruppo di lavoro – condirettore della Banca d'Italia, esperto presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
<i>Sonia Prevedello</i>	coordinatore tecnico del gruppo di lavoro – direttore generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
<i>Andrea Tardiola</i>	dirigente della direzione generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
<i>Vincenzo Di Felice</i>	dirigente della direzione generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
<i>Margherita Brunetti</i>	funzionario della direzione generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
<i>Isabella Menichini</i>	dirigente della direzione generale per le tematiche familiari, sociali e la tutela dei diritti dei minori - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
<i>Tatiana Esposito</i>	dirigente della direzione generale per l'impiego, l'orientamento e la formazione - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
<i>Gianna Barbieri</i>	funzionario del Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca
<i>Raffaele Tangorra</i>	dirigente della Presidenza del Consiglio dei Ministri
<i>Tiziana Alti</i>	funzionario della Presidenza del Consiglio dei Ministri
<i>Salvatore Giovannuzzi</i>	direttore centrale per l'informazione statistica dell'INPS
<i>Luigi Ziccheddu</i>	direttore centrale Prestazioni a sostegno del reddito dell'INPS
<i>Marco Ghersevich</i>	direttore dell'Ufficio di Presidenza dell'INPS
<i>Valfranco Fortuni</i>	dirigente della direzione centrale Sistemi Informativi e Telecomunicazioni dell' INPS
<i>Antonio Costanzo</i>	direttore centrale Studi e ricerche dell'INPS
<i>Vincenzo Sabatini</i>	coordinatore centrale del coordinamento generale statistico dell'INPS
<i>Oreste Nazzaro</i>	ricercatore della direzione centrale delle statistiche economiche strutturali dell'ISTAT
<i>Deborah Guerrucci</i>	ricercatrice della direzione centrale della contabilità nazionale dell'ISTAT
<i>Maria Donata Bellentani</i>	dirigente dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali
<i>Gilda Salatino</i>	dirigente dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali

La segreteria tecnica del gruppo di lavoro, curata dalla Direzione Generale del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, è composta da Luigi Bernardini e Romina Sambucci.

PARTE I – PREMESSE E QUADRO GENERALE

INDICE

INTRODUZIONE – IL MONITORAGGIO DELLE POLITICHE SOCIALI NELLA PROSPETTIVA DELLA DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI (LEP) E DELLA COSTRUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI SOCIALI (SISS).	5
CAPITOLO 1 - IL FOCUS DEL RAPPORTO	9
Introduzione	9
Le classificazioni statistiche: i settori ISTAT e le funzioni ESSPROS	10
I nessi con la distinzione normativa tra previdenza ed assistenza	19
Una categorizzazione tipologica dei singoli interventi	33
CAPITOLO 2 - L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO ISTITUZIONALE ITALIANO E LA RETE DEI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI	41
Introduzione	41
L'implementazione sul territorio della Legge n. 328/2000	42
L'accreditamento dei servizi sociali	54
L'integrazione socio-sanitaria	55
L'integrazione con gli interventi finanziati con i fondi strutturali	58
Il finanziamento del sistema dei servizi territoriali.....	63
CAPITOLO 3 - IL CONTESTO SOCIALE: QUADRO SINTETICO E RUOLO DEGLI INDICATORI	73
Introduzione	73
I bisogni emergenti: i cambiamenti nella struttura socio-demografica della popolazione	76
L'invecchiamento	76
La speranza di vita	77
La natalità	81
I cambiamenti nella struttura familiare	84
Le migrazioni dall'estero	88
Le migrazioni interne	93
La popolazione disabile	96
Le tipologie di disabilità	99
GLI INDICATORI DI POVERTÀ ED ESCLUSIONE SOCIALE	102
Il rischio di povertà e le condizioni economiche delle famiglie	102
La definizione nazionale di povertà	103
La popolazione a basso reddito: il rischio di povertà nella definizione comunitaria	107
La disuguaglianza	117
Le condizioni generali del mercato del lavoro e il rischio di esclusione sociale	118
Disoccupazione di lunga durata	120
Individui in famiglie senza lavoro	122
Occupazione e coesione regionale	124
Livello e qualità dell'istruzione	125

Formattato

INTRODUZIONE – IL MONITORAGGIO DELLE POLITICHE SOCIALI NELLA PROSPETTIVA DELLA DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI (LEP) E DELLA COSTRUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI SOCIALI (SISS).

Il Rapporto di monitoraggio mira a fornire un contributo conoscitivo in tema di politiche sociali basato su un approccio quantitativo e comprensivo dell'intero spettro di interventi costitutivi le politiche molto spesso settoriali. La sua funzione non è, tuttavia, quella di valutare le singole politiche o gli assetti complessivi delle stesse, anche se taluni elementi di giudizio possono esprimersi sulla base dei dati in esso contenuti, ma di rendere disponibili le informazioni necessarie a supportare l'implementazione del processo di riordino definito, prima, dal legislatore ordinario, successivamente, da quello costituzionale.

Tale processo passa per un rafforzamento della integrazione delle politiche sociali, e intende superare un approccio tradizionale, che ha visto sviluppare queste politiche pubbliche attraverso una sedimentazione di successivi interventi categoriali, per un assetto più ponderato, che ricerca un equilibrio tra effettiva esigibilità, su tutto il territorio nazionale, di livelli essenziali delle prestazioni (LEP) concernenti i diritti sociali e risposta alle esigenze differenziate delle diverse comunità nel concreto sviluppo dei sistemi di offerta sul territorio.

Identificare il punto preciso di riequilibrio implica scelte politiche precise e la soluzione di problemi tecnici complessi, perché si tratta di bilanciare uniformità e differenziazione, definendo il livello di solidarismo che si intende perseguire ma tenendo conto delle differenze territoriali nello sviluppo economico e istituzionale, evitando i pericoli di "spiazzamento" dei meccanismi di mercato che interventi troppo generosi possono avere, e promuovendo il contributo allo sviluppo economico delle strategie di inclusione, etc. Scelte politiche precise sottostanno anche le modalità d'integrazione delle politiche sociali, perché si può andare da un approccio top down, ad un estremo, in cui meccanismi di decisione collettiva sussumono al loro interno e definiscono gli spazi concreti che debbono e possono avere gli interventi posti in essere dalla società civile, all'estremo opposto in cui l'individuo, o la famiglia, sono il motore del sistema, con una sorta di "sovranità del consumatore", compito delle politiche pubbliche essendo soprattutto quello di facilitare e stimolare questa partecipazione degli utenti ultimi liberamente organizzati.

Queste scelte di strategia esulano, come già detto, dalle finalità di questo Rapporto. Quali che siano le scelte concretamente poste in essere, integrazione delle politiche ed equilibrio tra uniformità e differenziazione richiedono però, necessariamente, di conoscere l'uso effettivo delle politiche: da un lato, in termini di caratteristiche dei beneficiari, loro provenienza e loro destino successivo, e le criticità sociali a cui quelle politiche cercano di rispondere; dall'altro, la corrispettiva offerta di prestazioni pubbliche/private.

Tali esigenze conoscitive sono tanto più forti nel momento in cui si procede ad un ridisegno e ad una ridefinizione degli assetti ereditati dal passato: l'integrazione, infatti, richiede di conoscere (e poi governare) il grado di sovrapposizione che oggi caratterizza le diverse politiche, compresa quella derivante dalla compresenza di più livelli istituzionali su questi obiettivi di cambiamento; l'identificazione del punto di equilibrio tra uniformità e differenziazione, a sua volta, richiede di definire i LEP, identificando quali siano oggi le prestazioni effettive – nel senso di prestazioni e di costo delle stesse e non solo di spesa sostenuta – e quali siano i fabbisogni sociali sottostanti. È propedeuticamente a queste esigenze che questo Rapporto è stato predisposto.

In quanto tale il Rapporto è peraltro, al momento, una rendicontazione una tantum. Il soddisfacimento di quelle esigenze richiede infatti di passare, sia pure gradualmente, ad un sistematico ed organico sistema di monitoraggio delle politiche e dei fabbisogni. Inoltre, la natura di numero zero del Rapporto ha in molti casi compromesso la qualità delle informazioni in esso contenute. Un sistema di monitoraggio presuppone infatti che la disponibilità di certe informazioni sia programmata ex ante, laddove nella predisposizione del Rapporto ci si è dovuti largamente accontentare di quanto fosse già, per un motivo o per un altro, disponibile.

Tuttavia proprio le criticità riscontrate nella impostazione del Rapporto, frutto della collaborazione di diverse istituzioni, forniscono importanti elementi per l'individuazione delle scelte da adottare nell'impostazione di un sistema di monitoraggio più avanzato, su quattro piani di operatività:

1. già la previsione del SISS previsto dalla Legge n. 328/2000 non può quindi essere un'operazione unicamente analitica, basata sull'uso intelligente delle eterogenee fonti esistenti, ma deve passare per la predisposizione di **precisi indirizzi** ai quali i diversi produttori di informazioni (soprattutto quelli che potremmo definire "incidental" in quanto la fonte adoperata ha natura prettamente amministrativa) dovrebbero conformarsi e porre alla base del disegno dei propri sistemi informativi.
2. In secondo luogo, un focus particolare deve porsi sull'**identificazione dei beneficiari delle politiche**, sì da verificare quanto le politiche riescano a raggiungere il loro target specificamente dichiarato. Nell'ottica dell'integrazione delle diverse singole politiche, particolare attenzione va posta alla possibile sovrapposizione di più interventi concreti in capo agli stessi soggetti che, seppure non sempre negativa, dev'essere conosciuta e monitorata se l'obiettivo è il governo del sistema e non meramente l'amministrazione del singolo intervento.
3. Altrettanto importante, inoltre, è poi la misurazione delle prestazioni a mezzo di indicatori "fisici" e non esclusivamente in termini di spesa, ché è evidente che i LEP – ed il finanziamento degli stessi ad opera del livello statale – non avrebbero senso se non con riferimento a **misurazioni di prestazioni** che mirino ad un doppio obiettivo: il governo contabile del sistema con misure di costi standard, poiché non può la maggiore o minore

efficienza esser coperta a piè di lista dal bilancio centrale; la graduale costruzione di un sistema che sperimenti meccanismi di esigibilità di interventi legati ai diritti sociali (ad esempio in termini di tempi di risposta).

4. In un'ottica di **valutazione degli effetti delle diverse politiche**, anche alquanto importante è la capacità di seguire, longitudinalmente, i beneficiari delle politiche e l'evoluzione del loro status socio-economico.

Nel perseguimento di un disegno che risponda a queste caratteristiche si gioca un fondamentale ruolo del livello nazionale, da intendere certo come funzione dell'amministrazione centrale, ma anche come partecipazione degli enti territoriali alla concretizzazione di questa, perché se le riforme dell'ultimo decennio, finanche quelle costituzionali, vedono cedere il presidio legislativo ai livelli di governo regionali, rimane una missione fondante la funzione di impostazione e mantenimento di un sistema informativo nazionale. Senza entrare nel dettaglio delle indicazioni concrete per la realizzazione di tale programma, necessita di essere precisato un punto di metodo. Il governo d'un sistema complesso ed articolato infatti deve necessariamente basarsi su regole omogenee e condivise circa il significato da dare alle misure fisiche delle diverse prestazioni, circa la caratterizzazione socio-economica dei beneficiari delle stesse etc.

Al di là di queste considerazioni preliminari, questo Rapporto non propone peraltro specifiche soluzioni puntuali. L'approccio ora esposto (va però detto già oggi) è alla base di alcune nuove iniziative, in parte già adoperate in questo Rapporto e che, poste in essere da diversi attori istituzionali e non solo dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, stanno arricchendo, in maniera organica e sistematica, il set di informazioni esistenti.

Una di queste è la nuova "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati" realizzata in forma di prototipo per l'anno 2002 e come prima indagine censuaria per i dati 2003. L'indagine evidenzia la componente pubblica della spesa socio-assistenziale erogata a livello locale, i relativi beneficiari, le tipologie di servizi offerti, le modalità di gestione e le reti organizzative. Il punto di forza di questa indagine che qui preme sottolineare (i cui risultati sono poi in parte adoperati nella parte II di questo Rapporto) consiste proprio nell'interesse che diversi attori istituzionali hanno manifestato nella realizzazione di una indagine caratterizzata da un'organizzazione del processo di lavoro estremamente partecipata e condivisa. Infatti oltre l'ISTAT, che ha la responsabilità scientifica dell'iniziativa, hanno svolto un ruolo attivo il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, il Ministero dell'economia e delle finanze e alcune regioni attraverso il CISIS (Centro interregionale per il sistema informatico e il sistema statistico).

Altro esempio di piano operativo è quello che vede operare congiuntamente con il Ministero, l'ISTAT e l'INPS per il completamento delle basi informative relative a prestazioni, beneficiari e risorse connesse al sistema dei trasferimenti economici pensionistici e non pensionistici, con particolare riguardo alle prestazioni non pensionistiche rientranti nella funzione *famiglia*: l'obiettivo

è ancora una volta quello di consolidare un processo standardizzato di produzione di informazioni a supporto delle finalità istituzionali dei diversi livelli di governo.

Altre iniziative sono, infine, prettamente gestionali – come ad esempio il sistema informativo dell'ISEE, la cui prima funzione è quella di gestire, a beneficio del cittadino, l'unicità della dichiarazione chiesta al cittadino per una svariata mole di prestazioni che siano soggette alla prova dei mezzi, i cui vantaggi informativi sono però stati sfruttati anche in questo Rapporto (cfr. parte II). Molto rimane ancora da fare.

La conclusione da sottolineare è di nuovo un punto di metodo. La definizione del SISS - e poi la concreta gestione d'un sistema di rilevazioni in merito alle politiche, al rispetto ed al finanziamento dei LEP – richiede una forte condivisione istituzionale – tra Stato centrale, Regioni e livelli istituzionali subregionali - ma con il coinvolgimento poi anche dell'intera società civile nella definizione delle “misure rilevanti”. La definizione d'un sistema di indicatori da adoperare nel governo delle politiche – con valenza quindi anche nell'allocazione delle risorse – e che sia alla base d'una trasparente rendicontazione, non può avvenire se non tramite una forte condivisione, che si poggi su basi metodologiche solide e si ancori alle migliori esperienze internazionali, ma sia per l'appunto accettata dai diversi attori. All'interno di questa logica il Rapporto cerca di rappresentare, oltre ad un quadro delle politiche sociali italiane, il più completo possibile, soprattutto una modalità di lavoro. L'avvio di un impianto che, sicuramente da arricchire e potenziare, a partire dalla presenza e dal contributo degli altri livelli di governo che in questo esercizio partecipano solo indirettamente attraverso alcune delle iniziative che lo alimentano, possa costituire la piattaforma dalla quale proseguire per consolidare una vera e propria infrastruttura istituzionale.

CAPITOLO 1 - IL FOCUS DEL RAPPORTO

Introduzione

Il focus del rapporto è ambizioso ma limitato. Ambizioso perché mira a fornire un quadro complessivo e coerente, rispondendo ai molti problemi di sovrapposizione delle informazioni disponibili sui singoli programmi, inquadrando gli stessi in un univoco schema classificatorio e corredando quest'ultimo di informazioni su spesa, beneficiari e caratteristiche degli interventi. Limitato perché si vuole coprire solo l'area delle **politiche pubbliche di spesa** - dando conto soltanto in via incidentale di programmi ed iniziative che non facciano capo all'operatore pubblico o di altre tipologie di intervento, pur sempre pubblico, che non avvengano per il tramite della spesa ma, ad esempio, per la via fiscale o sotto forma di agevolazioni tariffarie – e restringendo l'attenzione alle **politiche che abbiano una connotazione sociale e lato sensu distributiva**.

Rimangono perciò fuori dal Rapporto quelle politiche e quei programmi i cui connotati essenziali sono di tipo previdenziale-assicurativo e di politica sanitaria. Il focus è inoltre sulle politiche e non sul contesto sociale in cui le stesse operano. Di questo, ci si limiterà a sintetizzare il quadro complessivo per la rilevanza che esso può avere nel comprendere l'operare delle diverse politiche, ma senza mirare a dar conto dello stesso esaurientemente o al fine di valutare l'effetto su di esso delle politiche poste in essere.

Va detto che il riferimento alle politiche con contenuto sociale e distributivo rappresenta un confine labile. Tale labilità discende dal fatto che lo stesso intervento spesso ha tanto componenti socio-assistenziali quanto componenti previdenziali-assicurative, per via della presenza di accorgimenti che ne differenziano le caratteristiche – l'intensità, le modalità di finanziamento etc. – a seconda ad esempio del livello di reddito dei diversi soggetti che ne beneficiano. È perciò difficile trovare interventi previdenziali-assicurativi di tipo puro. All'opposto, potrebbe poi addirittura sostenersi che, da un punto di vista logico, anche gli interventi più marcatamente ed esclusivamente di natura redistributiva vadano reinterpretati in senso assicurativo, potendosi configurare come interventi a fronte del "rischio", in senso probabilistico, di nascere in un contesto e con caratteristiche tali da condurre ad una situazione di povertà relativa. Stante questa labilità dei confini, il riferimento alle politiche con contenuto sociale e distributivo verrà interpretato in senso estensivo, includendo e non escludendo i possibili casi dubbi.

È peraltro importante sottolineare come tale riferimento, e quindi l'area ricompresa nel Rapporto, non necessariamente coincida con gli interventi assistenziali per come identificati nella normativa con riguardo all'individuazione della fonte di finanziamento degli stessi. La distinzione assistenza-previdenza fissata normativamente ha infatti finalità diverse, sostanzialmente legate alle modalità di finanziamento delle spese delle due specie e, proprio in ossequio alla sua natura normativa e non meramente descrittiva, è mutabile nel tempo in base ad esplicite considerazioni e scelte

politiche che ovviamente non competono invece a questo Rapporto. Del resto, basti ricordare che vi sono sistemi, come quello danese, che in base a quel criterio si qualificherebbero come integralmente ricompresi nell'area dell'assistenza ponendo totalmente a carico della fiscalità generale il finanziamento del sistema.

Da chiarire è anche il fatto che la distinzione qui adoperata non necessariamente coincide con la distinzione tra spese per la funzione vecchiaia ed altre spese di protezione sociale insita nei conti ESSPROS. Dal punto di vista di questo Rapporto, verranno sì esclusi molti interventi che attengono alla funzione vecchiaia, ricomprendendo tuttavia quegli interventi che nei fatti abbiano finalità distributive e di creazione, sia pure con specifico riferimento alla popolazione oltre una certa soglia di età o comunque che goda di una pensione, di una sorta di *safety net* (pensioni e assegni sociali, pensioni di vecchiaia integrate al minimo).

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 dei diritti sociali così come attualmente identificabili sulla base degli assetti normativi ed istituzionali italiani. L'opzione è dovuta all'intenzione di fornire in maniera il più completa possibile una base documentale a beneficio della programmazione in tema di politiche sociali, ivi inclusa la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni.

Dal momento che il Rapporto in questione si presenta come una sorta di "numero zero", lo sforzo definitorio e classificatorio dell'oggetto di analisi è operazione indispensabile e propedeutica allo sviluppo di questa base documentale che verrà sviluppata e aggiornata nei numeri successivi. Nei due paragrafi che seguono si dettaglieranno perciò ulteriormente i nessi con i conti ESSPROS e la relazione con la distinzione normativa tra assistenza e previdenza. Seguirà un breve paragrafo di presentazione delle chiavi classificatorie dei diversi interventi discussi nel Rapporto.

Le classificazioni statistiche: i settori ISTAT e le funzioni ESSPROS

L'ISTAT nell'ambito dei conti nazionali compila correntemente i Conti della protezione sociale secondo il Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale ESSPROS¹, coerentemente con le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti nazionali SEC95 (Regolamento comunitario 2223/96). L'adozione di sistemi contabili fissati a livello europeo permette che le informazioni statistiche contabili disponibili vengano ricondotte a classificazioni omogenee e definizioni comuni, assicurando coerenza nei riferimenti temporali o spaziali. In particolare, la costruzione dei Conti della protezione sociale è finalizzata a raccogliere in un'unica struttura contabile i flussi dei conti nazionali che interessano la distribuzione secondaria e la

¹ Eurostat, Metodology ESSPROS (European System of integrated Social PROtection Statistics) Manual 1996, Luxembourg 1996.

redistribuzione in natura del reddito corrispondenti agli interventi di protezione sociale ed al loro finanziamento. I conti rappresentano in tal senso una sintesi degli interventi pubblici e privati effettuati nel campo della protezione sociale sia dal lato della spesa che del finanziamento.

Nella letteratura di carattere economico-sociale non è possibile ritrovare una definizione univoca né di “protezione sociale” né degli altri termini che spesso vengono utilizzati in associazione come “welfare state”, “welfare” o “benessere sociale”, anch’essi suscettibili di diversa interpretazione definitoria a seconda del contesto di studio in cui siano inseriti. Il sistema ESSPROS ha adottato una definizione convenzionale finalizzata allo sviluppo di un conto satellite della protezione sociale strettamente collegato ai conti economici nazionali e che assicura comparabilità tra le statistiche compilate dai vari Paesi europei.

La definizione convenzionale di “protezione sociale” adottata da Eurostat, e conseguentemente dall’ISTAT, fa rientrare nel campo di osservazione quella parte del sistema di “welfare” legata all’attività svolta da tutti gli operatori, pubblici e privati, al fine di assicurare agli individui una copertura sociale rispetto all’insorgere di specifici rischi, eventi o bisogni che sono espressamente individuati e classificati, in base alla loro natura, nelle seguenti categorie o funzioni di protezione sociale: malattia, invalidità, famiglia, vecchiaia, superstiti, disoccupazione, abitazione, esclusione sociale a fronte di situazioni varie (dalla tossicodipendenza all’alcolismo ed all’indigenza²). Inoltre, l’ESSPROS esclude dal proprio campo d’osservazione tutte le spese ed entrate in conto capitale, che spesso hanno carattere straordinario.

Gli interventi considerati avvengono in assenza sia di una contropartita equivalente e simultanea da parte del beneficiario (che non sta quindi acquistando sul mercato un servizio specifico al materializzarsi del bisogno), sia di polizze assicurative stipulate (ex-ante ed a fronte del possibile incorrere del bisogno) per iniziativa privata dello stesso beneficiario.

La protezione sociale risulta essere quindi quella particolare area delle attività economico-sociali attraverso cui si realizza parte del processo di redistribuzione del reddito. Gli operatori pubblici e privati i cui interventi rientrano nella definizione sono:

- gli enti di previdenza e di assistenza sociale;
- le altre Amministrazioni pubbliche, come lo Stato o gli enti territoriali;
- i fondi pensione e le imprese di assicurazione per la gestione di sistemi di assicurazione sociale;
- i datori di lavoro pubblici e privati quando operano a favore dei propri dipendenti, ex-dipendenti o loro familiari;
- le istituzioni private di assistenza sociale senza scopo di lucro al servizio delle famiglie come le fondazioni, le associazioni di volontariato e le istituzioni religiose.

² Va peraltro detto che quest’ultima classe di interventi (e di rischi) ha natura residuale e quindi rappresenta una sorta di miscellanea.

La citata assenza di una contropartita equivalente e simultanea da parte del beneficiario a fronte dell'intervento effettuato da un dato operatore esclude le normali transazioni di mercato. Per esempio, l'attività di una cooperativa di servizi socio-assistenziali è compresa nel campo della protezione sociale esclusivamente per l'eventuale parte di produzione che questa vende alle Amministrazioni pubbliche in regime di convenzione e che viene erogata alle famiglie a titolo gratuito o previo pagamento di un contributo che non copre l'intero costo del servizio³; in tale caso l'operatore che effettua l'intervento di protezione sociale è l'Amministrazione pubblica che acquista il servizio per trasferirlo alle famiglie e non la cooperativa di servizi che lo produce.

L'altra esclusione è quella degli interventi che avvengano a fronte di polizze assicurative di tipo individuale, il che porta ad esempio ad escludere dall'ambito di ESSPROS le assicurazioni sulla vita stipulate in base ad accordi privati che pur proteggano dagli stessi rischi. In particolare, con riferimento ai sistemi pensionistici rientrano nell'ambito di ESSPROS gli interventi di tipo assistenziale e gli schemi cosiddetti del "primo e secondo pilastro" (previdenza obbligatoria e fondi pensione), escludendosi invece quelli del "terzo pilastro".

Le due qualificazioni citate di ESSPROS implicano che gli interventi concretamente considerati sono quelli rivenienti a decisioni di natura collettiva e non a scelte individuali. Ovviamente, laddove si considerino i singoli rischi concretamente analizzati, la separazione tra le une e le altre può divenire difficile, perché ad esempio scelte puramente individuali possono essere pesantemente influenzate da incentivi e disincentivi fissati in via normativa (si pensi alle regole in tema di piani pensionistici individuali ed all'impatto sulle stesse della normativa fiscale), mentre interventi collettivi possono lasciare ampio spazio a meccanismi di selezione individuali e che seguano una logica di mercato (si pensi agli interventi pubblici che si sostanzino nei voucher prima ricordati). Inoltre, nel confrontare paesi diversi, è da ricordare che la stessa esigenza di copertura di una determinata tipologia di rischi potrà essere soddisfatta da meccanismi a regolazione collettiva o individuale, tra le due modalità venendosi abitualmente a determinare una sorta di (parziale) sostituibilità ed equivalenza funzionale.

Arricchendo quanto previsto a livello europeo, l'ISTAT distingue tra operatori pubblici e privati divulgando conti intestati ad istituzioni delle Amministrazioni pubbliche e al totale istituzioni. Alla classificazione per funzione propria di ESSPROS (malattia, invalidità, famiglia, vecchiaia, superstiti, disoccupazione, abitazione, esclusione sociale) l'ISTAT affianca inoltre una suddivisione fra tre settori di intervento: sanità, previdenza, assistenza⁴.

³ Questo anche laddove le famiglie possano scegliere, in una normale logica di mercato, la specifica cooperativa a cui rivolgersi (ad esempio perché beneficiarie di un voucher).

⁴ Tanto nell'ambito della classificazione per funzioni quanto nell'ambito di quella per settori, il singolo intervento di protezione sociale viene attribuito ad una funzione e ad un settore in base alla regola della prevalenza. Ad esempio, si classificano nella funzione vecchiaia gli interventi a favore degli invalidi che superino una certa soglia di età e nella funzione disoccupazione i prepensionamenti che siano motivati da considerazioni di mercato del lavoro.

Nella previdenza sono inclusi tutti gli interventi di protezione sociale diversi da quelli collegati allo stato di salute (ma vedi oltre) che presuppongono la costituzione in tempi precedenti di una posizione contributiva, indipendentemente peraltro dal livello di effettiva copertura della spesa garantita da tali contribuzioni pregresse.

Nell'assistenza sono inclusi tutti gli interventi di protezione sociale, diversi da quelli collegati allo stato di salute, che invece non presuppongono la costituzione in tempi precedenti di una posizione contributiva. L'intervento non necessariamente però avviene previa la cosiddetta verifica dei mezzi (means testing), anche se la sua logica generale è quella di sostenere un reddito insufficiente.

Nella sanità sono infine inclusi tutti gli interventi legati allo stato di salute con l'esclusione di quelli che, seppure originati da un particolare stato di salute, servono a sopperire, nel breve termine, ad una carenza di reddito da lavoro a fronte di malattia o infortunio (indennità di malattia e indennità temporanea per infortunio o malattia professionale), che sono ricompresi nella previdenza.

La tripartizione ISTAT mira ad assicurare, su base convenzionale, una struttura di classificazione stabile nel tempo, indipendentemente dai risvolti normativi connessi con la demarcazione tra previdenza e assistenza (cfr. oltre). Essa è basata sul punto di vista del beneficiario, indipendentemente dalla fonte di finanziamento e dalla finalità intrinseca dell'intervento, che è invece la chiave di classificazione adoperata da ESSPROS. In sostanza si considera la natura del diritto a ricevere una prestazione. Laddove questo nasca dal fatto di aver versato contributi in passato, anche se questi siano insufficienti a coprire finanziariamente l'onere della prestazione, questa è definita come previdenziale. L'adozione di tale criterio non fa comunque perdere di vista l'informazione sul finanziamento. I conti vengono elaborati come sintesi delle spese e delle fonti di finanziamento separatamente per i tre settori di intervento (sanità, previdenza e assistenza); nel conto della previdenza sono in particolare individuate tra le fonti di finanziamento i contributi sociali e le contribuzioni rivenienti da Amministrazioni pubbliche ed è possibile individuare la parte di spesa previdenziale che sia a carico della fiscalità generale.

Nella logica di ESSPROS l'intervento di protezione sociale può estrinsecarsi attraverso tre modalità di erogazione:

- prestazioni in denaro, corrispondenti a trasferimenti correnti in denaro a favore delle persone protette effettuati tramite sistemi organizzati collettivamente o, al di fuori di tali sistemi, dalle Amministrazioni pubbliche e dalle istituzioni senza scopo di lucro, al fine di coprire gli oneri derivanti dal verificarsi di eventi, rischi o bisogni di protezione sociale;
- prestazioni in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori non market, quando l'operatore di protezione sociale produce in modo diretto il bene o servizio da erogare utilizzando proprie risorse di personale e di beni;
- prestazioni in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market, quando l'operatore, generalmente pubblico, acquista da un produttore che opera a fini di lucro al di

fuori del sistema di protezione sociale un bene o un servizio che viene trasferito ai beneficiari senza alcuna trasformazione.

Nella tabella 2 lo schema di classificazione ESSPROS viene incrociato con la tripartizione adottata da ISTAT. Nella tabella sono evidenziate in grassetto le voci che sono effettivamente ricomprese nell'ambito di questo Rapporto avendo esse una connotazione sociale e distributiva.

Rispetto all'ambito di ESSPROS può essere utile provare a definire concretamente l'area di interventi ricompresi nel Rapporto per "sottrazione", partendo quindi dalle macro-funzioni individuate dalla classificazione ESSPROS. Il primo tassello di esclusione riguarda quegli interventi - peraltro oggetto di monitoraggio e rendicontazione organiche a cura del Nucleo di valutazione sulla Spesa Previdenziale e, prospetticamente, della Ragioneria Generale dello Stato - inclusi nella funzione vecchiaia e non aventi finalità sociali ed assistenziali. In sostanza, di tale funzione verranno esclusivamente considerate le voci relative a: "pensioni ed assegni sociali", a garanzia di quei soggetti che non hanno diritto ai trattamenti di vecchiaia per carenza del loro passato contributivo; "integrazioni al minimo" ed altre integrazioni, che hanno una natura de facto di interventi soggetti alla prova dei mezzi e quindi guidati da finalità sociali anche laddove i trattamenti di base a cui si riferiscono non abbiano tale natura; "servizi socio-assistenziali", inseriti nel caso degli anziani così come in tutti gli altri casi (cfr. oltre per i confini tra interventi sanitari e socio-sanitari); "trattamenti di invalidità", compresi quelli indennitari a seguito di infortuni sul lavoro, che hanno chiaramente la finalità di supportare il reddito di soggetti che avrebbero altrimenti difficoltà ad ottenere un reddito adeguato e i "trattamenti ai superstiti"⁵. Viceversa sono escluse le pensioni di anzianità e di vecchiaia (venendo invece ricompresi gli eventuali trattamenti integrativi delle stesse) e le liquidazioni per il trattamento fine rapporto di lavoro (TFR), voce invero non inclusa neppure nel totale della spesa pensionistica considerata nelle attività di monitoraggio effettuate dalla RGS perché avente natura di salario differito che interviene al completarsi di un rapporto di lavoro.

Per quanto concerne la funzione malattia, vengono escluse le prestazioni preminentemente sanitarie - e quindi le prestazioni che nei LEA sono individuate come "assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro", "assistenza distrettuale" e "assistenza ospedaliera" - mentre sono ricomprese nel Rapporto quelle che rientrano nell' "assistenza distrettuale" a forte integrazione socio-assistenziale: assistenza domiciliare, semi-residenziale e residenziale⁶. Sono altresì incluse

⁵ Sono esclusi i trattamenti di invalidità a favore di soggetti con età superiore a quella che garantisce l'accesso alla pensione di vecchiaia, che ESSPROS convenzionalmente inserisce nella funzione vecchiaia anziché in invalidità. Di tali trattamenti, tuttavia, si darà una quantificazione evidenziando il numero di pensioni sociali erogate a ultrasessantacinquenni che erano in essere, come pensioni di invalidità civile, anche prima del raggiungimento di tale età da parte del titolare. Va rilevato inoltre che in qualche caso la pensione di invalidità civile non si trasforma in pensione sociale dopo i 65, ma continua ad essere erogata in quanto tale anche dopo, rimanendo tuttavia ricompresa nella funzione vecchiaia di ESSPROS

⁶ Sul confine tra interventi sanitari e socio-sanitari si rimanda al capitolo successivo.

le prestazioni che abbiano natura indennitaria d'una riduzione temporanea della capacità di lavoro e reddituale (ricomprese nella spesa previdenziale nel quadro ISTAT).

A pieno titolo invece rientrano gli interventi contro l'esclusione sociale - dei quali si ricorda la natura di classe residuale e miscellanea nella classificazione ESSPROS - con particolare riferimento al reddito minimo di inserimento/reddito di ultima istanza ed agli interventi socio-assistenziali prevalentemente disposti, nel nostro assetto istituzionale, a livello locale.

Sono ricomprese anche le spese relative alle funzioni famiglia ed abitazione. Si tratta di interventi che, anche laddove non aventi una finalità esplicitamente redistributiva, rientrano nel novero degli interventi a sostegno dei diritti sociali come comunemente intesi nel contesto nazionale.

Una particolare esclusione attiene alle spese relative alla copertura del rischio di disoccupazione. Queste sono escluse non tanto perché da ritenersi di natura esclusivamente assicurativa, essendo semmai spesso vero il contrario nel contesto italiano, ma perché oggetto di trattazione a parte nell'ambito del monitoraggio delle politiche del lavoro.

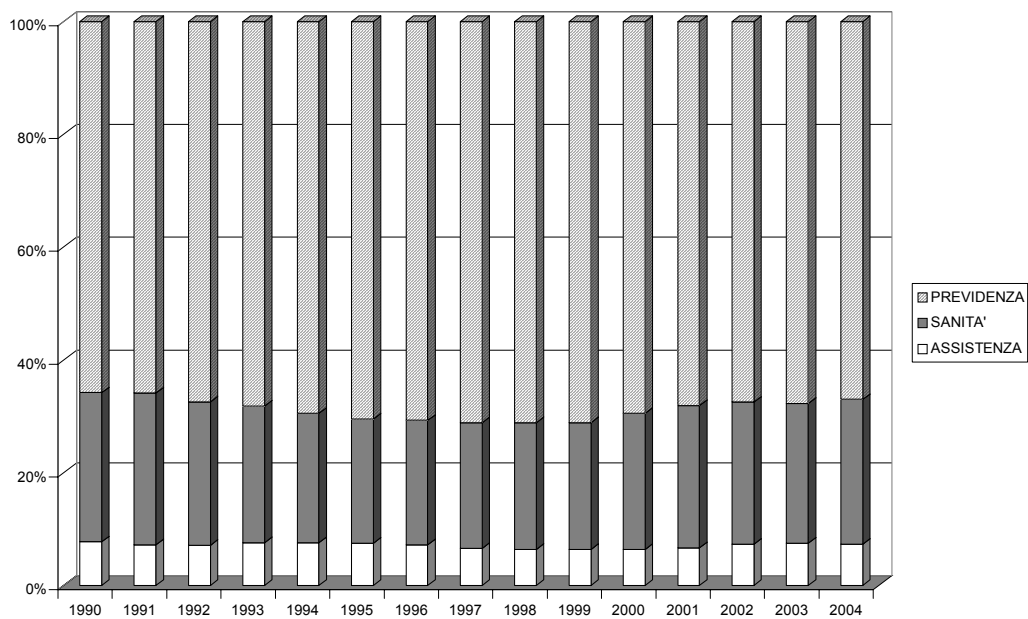
La II parte di questo Rapporto è organizzata per aree tematiche a partire dalle funzioni ESSPROS ed in quella sede si ritornerà brevemente sulle tendenze della spesa complessiva per le diverse funzioni (per poi concentrarsi, in ogni caso, sulle voci che, come appena detto, sono concretamente oggetto di questo Rapporto).

Una idea complessiva dell'evoluzione della spesa pubblica articolata per settori di intervento e funzioni ESSPROS è però presentata nelle figure 1 e 2.

Considerando la spesa per settore nel periodo 1990-2004, risulta che la quota più consistente è dedicata alla previdenza che ha assorbito dal 1990 al 1999 quote crescenti delle risorse disponibili e decrescenti negli ultimi due anni (65.8% nel 1990, 70.5% nel 1995, 69.5% nel 2000 e 67% nel 2004). Le prestazioni sanitarie hanno invece assorbito quote decrescenti di spesa fino al 1995 per poi aumentare nella seconda metà degli anni novanta arrivando a una quota di spesa del 25,7% nel 2004. L'assistenza, invece, ha registrato livelli stabili per tutto il periodo (7.7% nel 1990, 7.4% nel 1995 e 7.3 nel 2001). Dal punto di vista delle categorie dei rischi coperti, la quota più consistente di spesa è destinata ad assicurare gli eventi vecchiaia e superstiti. Queste due funzioni espresse sul totale della spesa hanno mostrato un trend crescente fino al 1997, anno in cui il rapporto è stato pari al 64,1%, e una successiva flessione fino al 2004, con un'incidenza pari al 61%. Le quote di spesa riservate alle altre funzioni mostrano un andamento piuttosto stabile nell'arco di tutto il periodo.

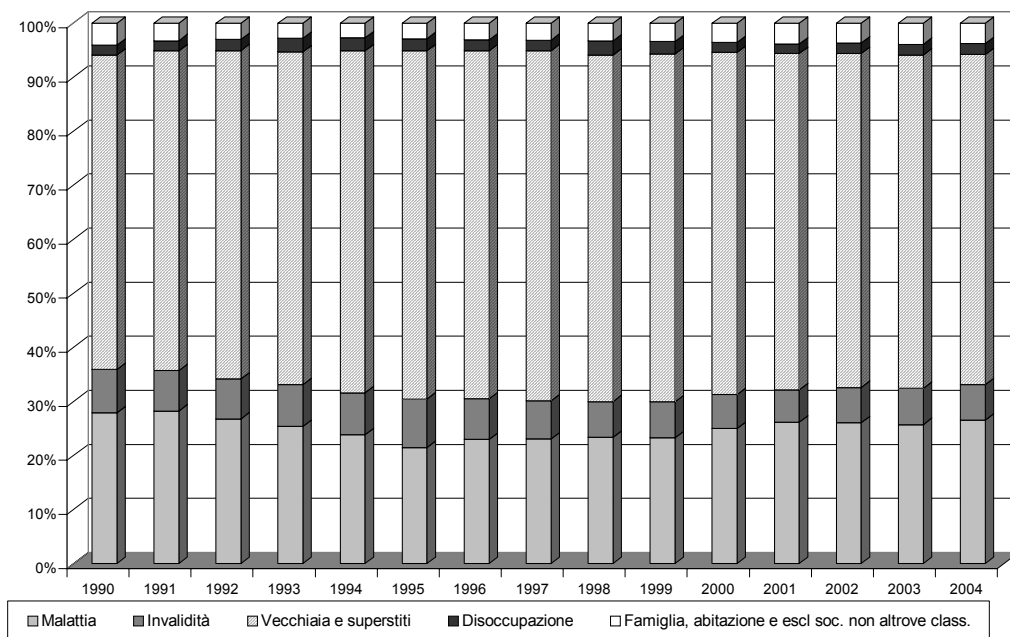
Nella tabella 1 è stata infine riportata la serie della spesa complessiva delle prestazioni di protezione sociale considerate in questo rapporto. Si tratta della spesa relativa alle voci evidenziate nella tabella 2 che su tutto il periodo considerato pesano sulla spesa complessiva per prestazioni circa il 70%.

Fig. 1 - Spesa per prestazioni di protezione sociale per settore



Fonte: ISTAT

Fig. 2 - Spesa per prestazioni di protezione sociale per funzione



Fonte: ISTAT

Tab. 1 - Prestazioni di protezione sociale trattate nel Rapporto

	Totale prestazioni ESSPROS Mld di euro	Prestazioni trattate dal Rapporto	% prestazioni trattate sul totale prestaz.
1990	146,447	46.048	31,4
1991	161,945	46.213	28,5
1992	177,139	50.218	28,3
1993	185,115	50.021	27,0
1994	195,016	56.519	29,0
1995	201,537	58.741	29,1
1996	216,767	61.678	28,5
1997	232,817	66.805	28,7
1998	238,915	65.645	27,5
1999	249,244	69.456	27,9
2000	262,100	71.449	27,3
2001	276,479	73.652	26,6
2002	292,351	78.965	27,0
2003	304,860	83.066	27,2

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

Tab. 2 - Classificazione delle prestazioni di protezione sociale per settore di intervento e funzione ESSPROS96

Funzione Settore	Malattia	Invalidità	Famiglia	Vecchiaia	Superstiti	Disoccupazione	Abitazione	Esclusione sociale non altre classificate
Sanità	<ul style="list-style-type: none"> - Farmaci - Assistenza medicogenerica - Assistenza medicospecialistica - Assistenza ospedaliera - Assistenza protesica e balneotermale - Altri servizi sanitari 							
Previdenza	<ul style="list-style-type: none"> - Indennità di malattia e infortunio 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensioni di invalidità: <ul style="list-style-type: none"> . trattamento base . eventuale integrazione - Rendite - Equo indennizzo - Assegni di incollocabilità 	<ul style="list-style-type: none"> - Indennità di maternità - Assegni familiari 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensioni di vecchiaia e di anzianità: <ul style="list-style-type: none"> . trattamento base . eventuale integrazione - Liquidazioni in capitale - Liquidazioni per fine rapporto di lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensioni ai superstiti: <ul style="list-style-type: none"> . trattamento base . eventuale integrazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Prepensionamenti per motivi legati alle politiche del mercato del lavoro - Indennità di disoccupazione - Assegno di integrazione salariale 		
Assistenza	<ul style="list-style-type: none"> - Sussidi 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensioni di guerra - Pensioni a invalidi civili, ciechi e sordo-muti - Indennità di accompagnamento a invalidi civili, ciechi e sordomuti - Sussidi - Servizi socio-assistenziali (convitti, ricoveri, assistenza domiciliare, case famiglia) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sussidi - Assegno al terzo figlio e Assegno di maternità concessi dai Comuni - Servizi socio-assistenziali (asili nido, colonie, convitti, assistenza domiciliare, case famiglia) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensione e assegno sociale - Sussidi - Servizi socio-assistenziali (case di riposo, convitti, ricoveri, assistenza domiciliare, case famiglia) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensioni di guerra ai superstiti - Sussidi 	<ul style="list-style-type: none"> - Servizi di assistenza alla disoccupazione (Uffici di collocamento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sussidi per integrazione canone 	<ul style="list-style-type: none"> - Sussidi - Reddito minimo d'inserimento - Servizi socio-assistenziali (convitti, ricoveri, mense, centri per alcolisti e tossicodipendenti, centri per profughi e immigrati, distribuzione viveri e vestiario)

I nessi con la distinzione normativa tra previdenza ed assistenza

Nel paragrafo precedente si è visto come le materie trattate nel Rapporto si situino rispetto agli schemi di classificazione aventi finalità statistica, a livello nazionale e comunitario. In questo paragrafo si evidenzieranno invece i nessi con la distinzione previdenza-assistenza prevista a livello normativo.

A tale livello, la distinzione viene di solito fatta discendere dalla duplice caratterizzazione del sistema di protezione sociale sancita dall'art. 38 della Costituzione. Questo stabilisce, al primo comma, il diritto al mantenimento ed all'assistenza sociale per ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere; a sua volta al secondo comma si dispone che i lavoratori abbiano diritto ad essere provveduti ed assicurati con mezzi adeguati alle loro esigenze di vita nei casi di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Tali due commi sono normalmente considerati la base della distinzione tra protezione previdenziale (la seconda) ed assistenziale (la prima)⁷.

All'atto pratico, la distinzione tra previdenza e assistenza operata dalla normativa si richiama essenzialmente alla diversa natura del finanziamento delle prestazioni erogate. In Italia il reperimento delle risorse si è tradizionalmente realizzato in via principale attraverso la previsione di specifiche forme di contribuzione (più o meno) differenziate tra categorie, ma con un non secondario apporto della fiscalità generale, attraverso lo Stato. In proposito, la Legge n. 218/1952 stabilì infatti un contributo dello Stato al sistema pensionistico (pari ad un quarto dell'onere complessivo) al fine di garantire a tutti dei trattamenti minimi, indipendentemente dalla situazione contributiva pregressa effettivamente maturata. Come noto, gli interventi successivamente operati tra il 1965 e il 1969 accentuarono ulteriormente i caratteri di sicurezza sociale, e sganciati dalle contribuzioni effettive pregresse, dei trattamenti previsti. La Legge n. 903/1965 pertanto istituì un Fondo sociale finanziato completamente dallo Stato ed a cui vengono canalizzati interamente i contributi pubblici prima erogati a favore delle singole gestioni di categoria. Parallelamente venne istituita la "fascia di pensione sociale", volta a garantire una base comune di protezione, posta a carico del Fondo ed operante in favore di tutti i soggetti coperti (nei diversi casi di invalidità, vecchiaia e superstiti) dalle singole gestioni⁸. La forte evoluzione, anche a seguito del processo inflazionistico, della fascia di pensione sociale e il non pieno adeguamento dell'apporto contabile dello Stato al Fondo sociale portarono nei due decenni successivi ad un nuovo rigonfiamento dell'onere per le integrazioni al minimo a carico delle singole gestioni previdenziali.

⁷ L'interpretazione ora richiamata non è peraltro universale. Una differente interpretazione pone l'accento sul principio di solidarietà a cui è comunque finalizzato il sistema di protezione sociale con riferimento ai cittadini, i lavoratori essendo anch'essi cittadini, la distinzione tra cittadini e lavoratori non dovendo perciò condurre ad una separazione tra assistenza e previdenza nell'ambito di un sistema complesso comunque volto alla realizzazione della tutela della personalità umana.

⁸ I vari regimi assicurativi videro correlativamente diminuire le loro uscite di un ammontare pari alle uscite a carico del nuovo fondo.

La distinzione e quantificazione dei flussi finanziari connessi allo svolgimento di quelle funzioni di supporto minimo trovarono una nuova regolamentazione con la Legge n. 88/1989, finalizzata alla costruzione di un impianto (il cosiddetto bilancio “parallelo”) che vedeva l’attività istituzionale dell’INPS riorganizzata in grandi comparti omogenei rispetto alle categorie protette e articolata per funzioni (previdenza, assistenza, interventi di politica economica e sociale e attività per conto terzi). Nell’ambito di questo processo, l’art. 37 della legge istituì in seno all’INPS la Gestione degli Interventi Assistenziali e di Sostegno alle gestioni previdenziali (GIAS). A carico di questa, che venne a sostituire la funzione del preesistente Fondo sociale, fu posta la corresponsione di una serie di prestazioni definite a carattere assistenziale, nonché dei trattamenti di sostegno sociale per il mantenimento del salario e di sostegno alla produzione con riduzione del costo del lavoro. Il finanziamento fu attribuito interamente a carico dello Stato, demandando in particolare alle leggi finanziarie la definizione dell’importo a carico dello Stato per le agevolazioni contributive e per i prepensionamenti. A fronte di ciò, l’INPS faceva ricorso alle anticipazioni di tesoreria autorizzate dal Ministero del Tesoro, origine del cosiddetto buco dell’INPS, poi ripianato trasformando le anticipazioni di Tesoreria (pari a oltre 160.000 miliardi di lire alla fine del 1997) in trasferimenti definitivi dal bilancio dello Stato (art. 35 della Legge n. 448/1998).

La GIAS copre una serie ben specificata quanto eterogenea di interventi esplicitati dalla legge. In particolare la GIAS si fa carico:

- dell’erogazione delle pensioni sociali e integrazioni sociali;
- della quota parte corrispondente ad un minimo (indicizzato annualmente ai prezzi) di ciascuna mensilità di pensione erogata dalle gestioni INPS⁹;
- degli oneri derivanti dalle agevolazioni contributive (che operano in quanto riduzione del normale gettito contributivo a fini di politica economica e del lavoro);
- degli oneri derivanti dai pensionamenti anticipati;
- dei trattamenti pensionistici ai cittadini rimpatriati dalla Libia;
- dell’erogazione delle pensioni dei Coltivatori Diretti Mezzadri e Coloni con decorrenza anteriore al 1989 e delle pensioni di reversibilità derivanti dalle medesime.

Tra gli interventi a carico dello Stato previsti dall’art. 37 della Legge n. 88/1989 merita un approfondimento la quota parte di pensione erogata in misura uniforme a favore di tutti i trattamenti del regime generale dei lavori dipendenti, del regime sostitutivo degli iscritti all’ENPALS e dei regimi dei lavoratori autonomi iscritti all’INPS. Tale quota, che ha la stessa natura della quota di pensione a carico del pre-esistente Fondo sociale, è erogata in misura uniforme per tutti i trattamenti del regime generale dei lavoratori dipendenti, della gestione ENPALS e di quella speciale dei

⁹ Si noti che ciò implica che è al tempo stesso vero che tutte le pensioni sono in parte finanziate dalla GIAS (per una parte di prestazione *flat rate* minima che potrebbe dirsi avere natura prettamente assistenziale), mentre non tutti i trattamenti aventi natura assistenziale (quanto meno per come identificati in questo Rapporto) sono integralmente a carico della GIAS (ad esempio non sono a carico GIAS le integrazioni al minimo. È anche da notare come la GIAS intervenga a ripianare alcuni disavanzi di singole gestioni – ad esempio il Fondo FS - ma non di altri – ad esempio l’ex INPDAl, a diretto carico del bilancio dello Stato.

lavoratori autonomi¹⁰. Inizialmente l'importo era rivalutato annualmente sulla base della variazione dell'indice ISTAT dei prezzi e successivamente con la Legge n. 335/1995 tale variazione venne incrementata dell'1%. Questa quota di pensione, che non si aggiunge al trattamento erogato ma si sostituisce ad esso fino a concorrenza dell'importo, è svincolata da criteri selettivi basati sul reddito del beneficiario¹¹.

Provvedimenti successivi ed istitutivi di nuovi interventi hanno aggiunto a tale elenco:

- trattamenti di mobilità istituiti con la Legge n. 223/1991;
- nuovi trattamenti per ammortizzatori sociali e politiche del lavoro (lavori socialmente utili, lavori di pubblica utilità, piani di inserimento professionale, borse di lavoro, oneri per l'assistenza a disabili);
- prestazioni relative all'assicurazione tubercolosi (a partire dal 1991);
- trattamenti di maternità e per carichi di famiglia (a partire dal 1999), erogati per conto dei Comuni.

Inoltre, altre due disposizioni (Legge n. 449/1997, Legge n. 450/1998) sono intervenute con riferimento a prestazioni pregresse ponendone gli oneri a carico della GIAS stabilendo che lo Stato:

- si assume integralmente l'onere delle pensioni dei Coltivatori Diretti, Coloni e Mezzadri liquidate anteriormente al 1989 e delle pensioni di reversibilità derivanti dalle medesime¹²
- si fa carico della quota parte dell'onere pensionistico derivante dalle pensioni di invalidità liquidate anteriormente alla data di entrata in vigore della Legge n. 222/1984.

Infine a seguito del Decreto Legislativo n. 112/1998, la GIAS ha acquisito, dal novembre 1998, le risorse finanziarie dallo Stato per l'erogazione dei trattamenti di invalidità civile, prima di competenza del Ministero dell'Interno, risorse che la GIAS trasferisce alla Gestione INPS istituita nel 1998 ad hoc per l'erogazione di tali trattamenti.

Nel bilancio della gestione, l'aggregato economico in uscita di maggior importanza è la "spesa per prestazioni istituzionali", aggregata nei seguenti gruppi omogenei di spesa:

- oneri pensionistici
- oneri per il mantenimento del salario
- oneri per i trattamenti di famiglia
- oneri per prestazioni economiche derivanti da riduzione di oneri previdenziali

¹⁰ All'origine questa quota era pari a 12.000 lire mensili e si uguagliava all'importo della pensione sociale per i cittadini sprovvisti di redditi. Successivamente, con la Legge n. 910/1986 la quota venne rivalutata fino all'importo di 100.000 lire mensili per ogni pensione in pagamento.

¹¹ L'assenza di un riferimento reddituale non consente di definire l'intervento dello Stato di natura assistenziale o previdenziale. Comunque vista la modesta entità della quota a carico dello Stato rispetto all'ammontare complessivo della pensione, è più realistico inquadrare l'intervento finanziario dello Stato in un'ottica di sostegno alle gestioni pensionistiche. Peraltro questa visione è consolidata da quanto disposto dall'art. 3 della Legge n. 335/1995.

¹² Dal 1989 al 1998 l'onere delle pensioni liquidate nella gestione era stato assunto progressivamente dallo Stato in misura stabilita dalle leggi finanziarie, tenuto conto degli apporti di solidarietà delle altre gestioni.

- oneri per sgravi ed altre agevolazioni
- oneri per interventi diversi

Di questi solo gli oneri pensionistici, per i trattamenti di famiglia e sanitari e per il mantenimento del salario rientrano tra le prestazioni di protezione sociale (e gli ultimi sono esclusi da questo Rapporto; cfr. infra). Per effettuare il raccordo tra i dati di spesa che derivano dal bilancio GIAS e la spesa per prestazioni istituzionali calcolata dall'ISTAT, va comunque tenuto presente che gli oneri indicati nel bilancio GIAS si articolano in prestazioni erogate direttamente ai beneficiari in forma di prestazioni istituzionali, coperture figurative, spese di amministrazione e altre uscite e che solo *le prime* contribuiscono alle prestazioni di protezione sociale secondo lo schema ESSPROS. Le contribuzioni figurative confluiscono nello schema ESSPROS ma contemporaneamente in entrata ed in uscita di singole diverse funzioni ESSPROS (ad esempio come spesa della funzione disoccupazione e come entrata contributiva della funzione vecchiaia), senza modificare la spesa complessiva. Va detto che anche alcune di queste voci saranno considerate in questo Rapporto visto che il riferimento dello stesso non è alla spesa complessiva come risultante da ESSPROS ma ad alcune sue singole componenti. Nel bilancio della GIAS, dopo le prestazioni istituzionali, gli oneri che contribuiscono a definire il resto della spesa sono i Trasferimenti ad altre gestioni. Questi principalmente riguardano le risorse finanziarie per la copertura dei trattamenti agli invalidi civili, i trasferimenti per la copertura di disavanzi di esercizio o di mancati gettiti contributivi. Con le prestazioni istituzionali e i trasferimenti ad altre gestioni voci si arriva a rappresentare oltre il 90% della spesa della GIAS.

La tabella 3 ricostruisce la serie della spesa complessiva della GIAS a partire dal 1989 evidenziandone la quota relativa alle prestazioni istituzionali sulla base dell'impostazione contenuta nei bilanci annuali della gestione secondo la disaggregazione per forme di intervento ora ricordata¹³. Più in dettaglio, la spesa di 37.066 miliardi di euro del 2003 indicata nel bilancio GIAS include le *prestazioni per erogazioni pensionistiche* per un importo di 32.114 miliardi, gli *oneri per il mantenimento del salario* pari a 2.186 miliardi di euro, gli *oneri per interventi a sostegno della famiglia* pari a 2.381 e restanti 386 miliardi di euro di *oneri per prestazioni economiche derivanti da riduzioni di oneri previdenziali*. I trasferimenti ad altre gestioni INPS, che non fanno parte delle prestazioni istituzionali, ma che figurano in uscita della GIAS ammontano a 25.270 miliardi di euro. Di questi, 11.896 si riferiscono ai trattamenti in favore degli invalidi civili. Resta una voce residuale di circa 5.000 miliardi relativa a poste correttive e compensative, spese di amministrazione e altre uscite. Nella tabella 3 è riportata anche la serie delle entrate della gestione per evidenziare che a partire dall'anno 1998, per effetto dell'integrale finanziamento della gestione da parte dello Stato, il conto economico annuale di esercizio si presenta in pareggio.

¹³ Questo è il motivo per cui alcune voci elementari intervengono solo nel momento in cui gli interventi legislativi ricordati hanno posto a carico della GIAS quello specifico onere.

L'inclusione o meno nel focus di questo Rapporto di un determinato intervento non deriva automaticamente dall'essere o meno incluso tra le voci poste a carico della GIAS. Tanto per fare un esempio, sono parte del focus di questo Rapporto:

1. sia il trattamento di base delle pensioni di invalidità - per il quale non vi sono trasferimenti direttamente (o tramite la GIAS) a carico del bilancio dello Stato a favore della gestione che governa quelle pensioni assieme alle pensioni di vecchiaia ed ai sopravvissuti;
2. sia le integrazioni a quelle pensioni – che sono invece a carico della GIAS – ed i trattamenti di invalidità civile – a carico del bilancio dello Stato in quanto di competenza del Ministero dell'Interno e solo dal 1998 (cfr. infra) gestite da una speciale Gestione INPS le cui entrate sono a carico della GIAS che a sua volta riceve un trasferimento ad hoc da parte del bilancio dello Stato.

Inoltre, mentre sono incluse nel focus del Rapporto le eventuali integrazioni poste a carico della GIAS, sono escluse le pensioni di vecchiaia laddove vi sia solo il trattamento di base finanziato dalla gestione previdenziale.

Per questo motivo nella tabella 4 si ripropone lo schema della tabella 1 già prima esposta inserendo però l'ulteriore distinzione atta ad evidenziare il relativo onere che sia a carico della GIAS (in rosso) o di altri Enti di assistenza e previdenza (Stato, Comuni, Province e Regioni; in blu¹⁴).

Per semplicità si omettono le voci che non siano relative alla spesa per prestazioni di protezione sociale sostenuta dalle Amministrazioni Pubbliche (ad esempio si omettono del tutto le liquidazioni del TFR, nel paragrafo precedente riportate solo per ricordarne l'inserimento nella funzione vecchiaia di ESSPROS) e si considerano gli anni 1990, 1994, 1997, 2000, 2002 e 2003 si da apprezzare l'evoluzione nel tempo del ruolo della GIAS. Se si esclude la funzione disoccupazione, che peraltro non interessa ai fini di questo Rapporto, i contributi più rilevanti della GIAS sono nelle funzioni Invalidità, Vecchiaia e Superstiti (nel settore previdenza oltre che in quello assistenza) e nella funzione Famiglia (anche qui in entrambi i settori assistenza e previdenza). Più in particolare, la spesa del 2003 di 185,75 miliardi di euro che, nell'ambito del settore previdenza, riguarda le pensioni e le rendite delle funzioni invalidità, vecchiaia e superstiti, risulta per circa 27,5 miliardi di euro a carico della GIAS. Le pensioni sociali agli ultrasessantacinquenni, incluse nella funzione vecchiaia del settore assistenza, sono anch'esse completamente a carico della GIAS per un importo che nel 2003 è stato di 3,195 miliardi di euro. I prepensionamenti per motivi legati alle politiche del mercato del lavoro, nella funzione disoccupazione, sono interamente coperti dalla GIAS che nel 2003 per tali trattamenti ha erogato 1,3 mld di euro. Sempre nella stessa funzione, dei 626 milioni di euro di trattamenti straordinari di integrazione salariale 325 milioni di euro sono

¹⁴ Per omogeneità temporale e per evitare il doppio conteggio, che risulterebbe dal considerare tanto l'intervento GIAS quanto l'intervento dello Stato, la voce specifica dei trattamenti di invalidità civile è quindi evidenziata in blu nonostante che dal 1998 essa transiti in entrata ed uscita della GIAS.

finanziati dalla GIAS. Nella funzione disoccupazione rientrano anche le indennità di mobilità e di ordinaria disoccupazione al netto degli assegni al nucleo familiare (1.864 milioni di euro). Nella funzione famiglia l'importo degli assegni familiari pari a 5,47 miliardi di euro è coperto dalla GIAS per 1,7 miliardi di euro, tenuto conto che tale somma è al netto degli assegni pagati dai Comuni che invece rientrano invece nella voce assegni e sussidi dell'assistenza (e che sono coperti dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali; cfr. cap. successivo).

La figura 3 sintetizza il ruolo della GIAS e degli altri Enti che attingono a fonti di finanziamento provenienti da fiscalità generale come quota della spesa per prestazioni di protezione sociale. Non emerge alcuna tendenza netta, anche se sono evidenti gli interventi di tanto in tanto apportati dal legislatore che ricomprende nel bilancio GIAS nuove voci. Ad esempio, per quanto riguarda i nuovi oneri si può far riferimento alla quota di spesa pensionistica assunta dalla GIAS a partire dal 1998 derivante dalle pensioni di invalidità liquidate anteriormente alla data di entrata in vigore della legge del 1984. L'incremento di spesa per prestazioni già parzialmente a carico della gestione ha riguardato, ad esempio, le pensioni dei coltivatori diretti, coloni e mezzadri liquidate con decorrenza anteriore al 1° gennaio 1989 e le derivanti pensioni di reversibilità di cui è stata stabilita l'integrale assunzione da parte della GIAS a partire dal 1998.

Tab. 3 – Oneri relativi agli interventi assistenziali e di sostegno posti a carico della GIAS (in milioni di euro)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PRESTAZIONI ISTITUZIONALI															
1 – Oneri pensionistici (mln €)	15,013	15,891	17,361	18,265	15,175	17,914	20,349	21,335	22,310	27,280	27,209	27,528	29,116	31,399	32,114
di cui:															
- pensioni sociali, assegni sociali e assegni vitalizi	1,771	1,611	1,703	1,824	1,806	1,811	1,811	1,822	1,912	1,977	2,218	2,470	2,617	3,160	3,246
- rate di pensione connesse ai pensionamenti anticipati	1,636	1,678	1,833	1,806	1,740	1,499	1,507	1,483	1,373	1,150	914	873	856	1,192	1,343
- quota parte ciascuna mensilità di pensione	8,865	9,486	10,055	10,668	7,095	8,990	11,016	11,837	12,252	11,446	11,625	11,891	12,438	13,030	13,478
- quota invalidità ante Legge n. 222/84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,099	3,176	3,240	3,373	3,514	3,620
- pensioni CDCM liquidate con decorrenza ante 1989	-	100	355	411	589	1,025	1,129	1,232	1,761	5,457	5,227	5,012	5,055	4,906	4,686
- quota parte delle prestazioni pensionistiche Legge n. 59/1991			718	896	1,536	1,744	1,888	1,891	1,891	1,840	1,732	1,730	1,708	1,702	1,673
- maggiorazione sociale dei trattamenti minimi di pensione - art.1, Legge n. 140/1985 e successive modificazioni e integrazioni - a favore dei pensionati	532	357	342	350	117	240	220	248	240	166	165	165	447	776	860
- quota parte delle prestazioni pensionistiche art.11, Legge n. 54/1982	1,214	1,254	1,254	1,254	1,254	1,254	1,254	1,254	1,254	705	706	714	718	726	765
- maggiorazione sociale dei trattamenti minimi di pensione - art 38, lett a) Legge n. 448 del 2001 a favore dei pensionati														480	564
2 – Oneri per il mantenimento del salario (mln €)	1,527	1,124	1,184	1,514	2,121	2,842	2,398	2,248	2,362	2,472	2,579	2,315	2,138	2,113	2,186
- Cigs prestazioni	901	666	743	883	924	901	610	430	384	321	251	295	285	248	325
- Mobilità prestazioni	0	0	64	354	776	1,220	971	753	859	705	736	762	776	840	931
- Disoccupazione prestazioni	626	458	377	277	401	609	575	590	550	583	575	494	672	742	725
- Altri trattamenti di disoccupazione prestazioni	-	-	-	-	-	-	127	409	568	862	1,016	763	404	282	205
- Altre indennità prestazioni	-	-	-	-	20	112	115	66	1	1	1	1	1	1	0
3 – Oneri per trattamenti di famiglia (mln €)	2,224	2,338	1,686	1,719	1,637	1,436	1,479	845	1,364	1,683	1,693	2,107	2,215	2,582	2,381
- Assegni familiari ai CD-CM	21	27	22	25	14	15	13	13	10	14	10	11	12	10	9
- Assegni familiari concessi dai Comuni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	315	316	350	336
- Assegni di maternità concessi dai Comuni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90	183	258	247
- Famiglie con handicap prestazioni	0	0	0	0	0	1	3	6	10	11	14	22	35	153	78
- Sostegno maternità e pat. prestazioni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	142	42
- Quota parte dell'ANF	2,203	2,311	1,664	1,694	1,623	1,420	1,463	826	1,344	1,658	1,669	1,669	1,669	1,669	1,669
4 – Oneri per TBC e maternità (mln €)	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	95	204	472	491	385
- Indennità per la TBC prestazioni	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	95	74	70	64	61
- Prestazioni economiche maternità e paternità	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	130	402	427	324
Totale prestazioni istituzionali	18,783	19,372	20,250	21,517	18,952	22,211	24,245	24,447	26,055	31,454	31,576	32,154	33,941	36,585	37,066
TOTALE USCITE GIAS	29,897	29,922	30,335	32,337	29,999	33,172	34,010	34,037	34,527	41,527	49,645	54,739	59,620	64,401	67,101
TOTALE ENTRATE GIAS	24,702	24,803	25,883	28,151	25,917	28,865	30,647	31,047	33,272	41,527	49,645	54,739	59,620	64,401	67,101
DISAVANZO	-5,196	-5,120	-4,451	-4,186	-4,083	-4,306	-3,364	-2,990	-1,254	0	0	0	0	0	0

Fonte: INPS

Tab. 4 – Prestazioni di protezione sociale per funzione e settore di intervento elaborate in base alla fonte di finanziamento
(anni 1990, 1994, 1997, 2000, 2002, 2003)

Anno 1990																									
Malattia		Invalidità		Famiglia		Vecchiaia		Superstiti		Disoccupazione		Abitazione		Esclusione sociale non altre classificate											
	di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza										
Sanità	- Farmaci - Assistenza medicogenerica - Assistenza medicospecialistica - Assistenza ospedaliera - Assistenza protesica e balneotermale - Altri servizi sanitari	38.750																							
Previdenza	- Indennità di malattia e infortunio	2.094		- Pensioni di invalidità e rendite: trattamento base	4.118		- Indennità di maternità	694		- Pensioni di vecchiaia e di anzianità: trattamento base	52.652		- Pensioni ai superstiti: trattamento base	13.221	Prepensionamenti per motivi legati alle politiche del mercato del lavoro	1.691	1.677								
				eventuale integrazione	744	744	- Assegni familiari	3.908	2.338	eventuale integrazione	9.511	9.511	eventuale integrazione	2.388	2.388	- Indennità di disoccupazione	1.448	458							
							- Altri sussidi e assegni	5		- Liquidazioni per fine rapporto di lavoro	2.294					- Assegno di integrazione salariale	1.073	666							
				Equo indennizzo e assegni di incollocabilità	66					- Liquidazioni in capitale	485														
Assistenza	- Sussidi	55	55	- Pensioni di guerra	657	657	- Sussidi	147	147	- Pensione sociale	1.639	1.639	- Pensioni di guerra ai superstiti	641	641	- Servizi di assistenza alla disoccupazione (Uffici di collocamento)	116	116	- Sussidi per integrazione canone	51	51	- Sussidi - Reddito minimo d'inserimento	30	30	
				- Pensioni a invalidi civili, ciechi e sordomuti - Indennità a inval. civ., ciechi e sordo-muti	5.671	5.671	- Assegno al terzo figlio e Assegno di maternità concesso dai Comuni	0		- Sussidi	35	35	- Sussidi	22	22										
				- Sussidi	230	230	- Servizi socioassistenziali (asili nido, colonie, convitti, assistenza domiciliare, case famiglia)	1.090	1.090	- Servizi socioassistenziali (case di riposo, convitti, ricoveri, assistenza domiciliare, case famiglia)	676	676											- Servizi socioassistenziali (convitti, ricoveri, mense, centri per alcolisti e tossicodipendenti, centri per profughi e immigrati, distribuzione viveri e vestiario)	56	56
				- Servizi socioassistenziali (convitti, ricoveri)	189	189																			
Totale		40.899	55		11.675	7.491		5.844	3.575		67.292	11.861		16.272	3.051		4.328	2.931		51	51		86	86	

Fonte: elaborazione su dati ISTAT E INPS

Anno 1994

	Malattia		Invalidità		Famiglia		Vecchiaia		Superstiti		Disoccupazione		Abitazione		Esclusioni sociali non altrove classificate	
		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione e a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione e a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione e a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione e a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza
Sanità	44.689															
Previdenza	1.747		4.865		948		80.620		20.297		2.028	1.499				
			673	673	2.759	1435	11.155	11.155	2.808	2.808	2.978	1.829				
					4		4.086				1.651	901				
			107				816									
Assistenza	129	129	740	740	-447	916	1.751	1.751	733	733	133	133	67	67	42	42
			8.248	8.248	608		44	44	17	17						
			300	300	1.230	1.230	937	937							80	80
			200	200												
Totale	46.565	129	15.133	10.161	5.102	3.581	99.409	13.887	23.856	3.558	6.790	4.891	67	67	122	122

Fonte: elaborazione su dati ISTAT E INPS

Anno 1997

	Malattia		Invalidità		Famiglia		Vecchiaia		Superstiti		Disoccupazione		Abitazione		Esclusione sociale non altrove classificata			
		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione e a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		
Sanità	- Farmaci - Assistenza medicogenerica - Assistenza medicospecialistica - Assistenza ospedaliera - Assistenza protesica e balneotermale - Altri servizi sanitari	51.846																
Previdenza	- Indennità di malattia e infortunio	1.697		- Pensioni di invalidità e rendite: trattamento base	5.772	- Indennità di maternità	1.160	- Pensioni di vecchiaia e di anzianità: trattamento base	97.914	- Pensioni ai superstiti: trattamento base	24.140	- Prepensionamenti per motivi legati alle politiche del mercato del lavoro	1.959					
				eventuale integrazione	861	861	- Assegni familiari	4.243	1.354	eventuale integrazione	14.610	14.610	eventuale integrazione	3602	3.602	- Indennità di disoccupazione	3.477	1.409
							- Altri sussidi e assegni	3		- Liquidazioni per fine rapporto di lavoro	4.542		- Assegno di integrazione salariale	843	384			
				Equo indennizzo e assegni di incollocabilità	125					- Liquidazioni in capitale	726							
Assistenza	- Sussidi	132	132	- Pensioni di guerra	681	681	- Sussidi	444	916	- Pensione sociale	1.862	1.862	- Pensioni di guerra ai superstiti	675	675	- Servizi di assistenza alla disoccupazione (Uffici di collocamento)	206	206
				- Pensioni a invalidi civili, ciechi e sordomuti	8.266	8.266	- Assegno al terzo figlio e Assegno di maternità concesso dai Comuni	608										
				- Indennità a inval. civ., ciechi e sordo-muti						- Sussidi	48	48	- Sussidi	13	13			
				- Sussidi	156	156	- Servizi socioassistenziali (asili nido, colonie, convitti, ricoveri, assistenza domiciliare, case famiglia)	1.606	1.606									
			- Servizi socio-assistenziali (convitti, ricoveri,	538	538													
Totale	53.675	132	16.399	10.502	7.176	3.876	120.477	17.295	28.430	4.290	6.485	3.958	71	71	104	104		

Fonte: elaborazione su dati ISTAT E INPS

Anno 2000

	Malattia		Invalidità		Famiglia		Vecchiaia		Superstiti		Disoccupazione		Abitazione		Esclusione sociale non altrove classificata											
		contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza										
Sanità	- Farmaci - Assistenza medicogenerica - Assistenza medicospécialistica - Assistenza ospedaliera - Assistenza protesica e balneotermaie - Altri servizi sanitari	63.141																								
Previdenza	- Indennità di malattia e infortunio	2.274		- Pensioni di invalidità e rendite: trattamento base	5.566		- Indennità di maternità	1.426		- Pensioni di vecchiaia e di anzianità trattamento base	107.585		- Pensioni ai superstiti trattamento base	25.022		- Prepensionamenti per motivi legati alle politiche del mercato del lavoro	918	873								
				eventuale integrazione	975	975	- Assegni familiari	5.256	1.680	eventuale integrazione	18.855	18.855	eventuale integrazione	4385	4.385	- Indennità di disoccupazione	3.426	1.256								
							- Altri sussidi e assegni	4		Liquidazioni per fine rapporto di lavoro	5.538					- Assegno di integrazione salariale	445	295								
				Equo indennizzo e assegni di incollocabilità	47					Liquidazioni in capitale	458															
Assistenza	- Sussidi	103	103	- Pensioni di guerra	540	540	- Sussidi	-134	916	- Pensione sociale	2.407	2.407	- Pensioni di guerra ai superstiti	581	581	- Servizi di assistenza alla disoccupazione (Uffici di collocamento)	2	2		- Sussidi per integrazioni e canone	120	120	- Sussidi - Reddito minimo d'inserimento	168	168	
				- Pensioni a invalidi civili, ciechi e sordomuti	8.625	8.625	- Assegno al terzo figlio e Assegno di maternità concesso dai Comuni	608					- Sussidi	51	51	- Sussidi	22	22								
				- Sussidi	189	189	- Servizi socioassistenziali (asili nido, colonie, convitti, assistenza domiciliare, case famiglia)	1.854	1.854				- Servizi socioassistenziali (case di riposo, convitti, ricoveri, assistenza domiciliare, case famiglia)	947	947									- Servizi socioassistenziali (convitti, ricoveri, mense, centri per alcolisti e tossicodipendenti, centri per profughi e immigrati, distribuzione viveri e vestiario)	98	98
				- Servizi socioassistenziali (convitti, ricoveri,	598	598																				
Totale		65.518	103		16.540	10.927		9.014	4.450		135.841	22.260		30.010	4.988		4.791	2.471		120	120		266	266		

Fonte: elaborazione su dati ISTAT E INPS

Anno 2002

	Malattia		Invalidità		Famiglia		Vecchiaia		Superstiti		Disoccupazione		Abitazione		Esclusione sociale non altre classificate										
		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza									
Sanità	- Farmaci - Assistenza medicogenerica - Assistenza medicospeciali- stica - Assistenza ospedaliera - Assistenza protetica e balneotermale - Altri servizi sanitari	73.676																							
Previdenza	- Indennità di malattia e infortunio	2.393		- Pensioni di invalidità e rendite: trattamento base	5.773		- Indennità di maternità	1.618		- Pensioni di vecchiaia e di anzianità trattamento base	118.224		- Pensioni ai superstiti trattamento base	27.265		- Prepensionamenti per motivi legati alle politiche del mercato del lavoro	1.192	1.192							
				eventuale integrazione	1.032	1.032	- Assegni familiari	5.250	1.679	eventuale integrazione	21.123	21.123	eventuale integrazione	4872	4.872	- Indennità di disoccupazione	3.716	1.582							
							- Altri sussidi e assegni	1		- Liquidazioni per fine rapporto di lavoro	3.871					- Assegno di integrazione salariale	537	248							
				Equo indennizzo e assegni di ricollocabilità	25					- Liquidazioni in capitale	434														
Assistenza	- Sussidi	182	182	- Pensioni di guerra	644	644	- Sussidi	314	314	- Pensione sociale	3.113	3.113	- Pensioni di guerra ai superstiti	515	515	- Servizi di assistenza alla disoccupazione (Uffici di collocamento)	74	74	- Sussidi per integrazione canone	177	177	- Sussidi - Reddito minimo d'inserimento	220	220	
				- Pensioni a invalidi civili, ciechi e sordomuti - Indennità a inval. civ., ciechi e sordo- muti	10.653	10.653	- Assegno al terzo figlio e Assegno di maternità concesso dai Comuni	608	608	- Sussidi	57	57	- Sussidi	16	16										
				- Sussidi	210	210	- Servizi socioassisten- ziali (asili nido, colonie, convitti, convitti, assistenza domiciliare, case famiglia)	2.546	2.546	- Servizi socioassisten- ziali (case di riposo, convitti, ricoveri, assistenza domiciliare, case famiglia)	1.222	1.222												- Servizi socioassistenziali (convitti, ricoveri, mense, centri per alcolisti e tossicodipendenti, centri per profughi e immigrati, distribuzione viveri e vestiario)	115
Totale		76.251	182		19.020	13.222		10.337	5.147		148.044	25.516		32.668	5.403		5.519	3.096		177	177		335	335	

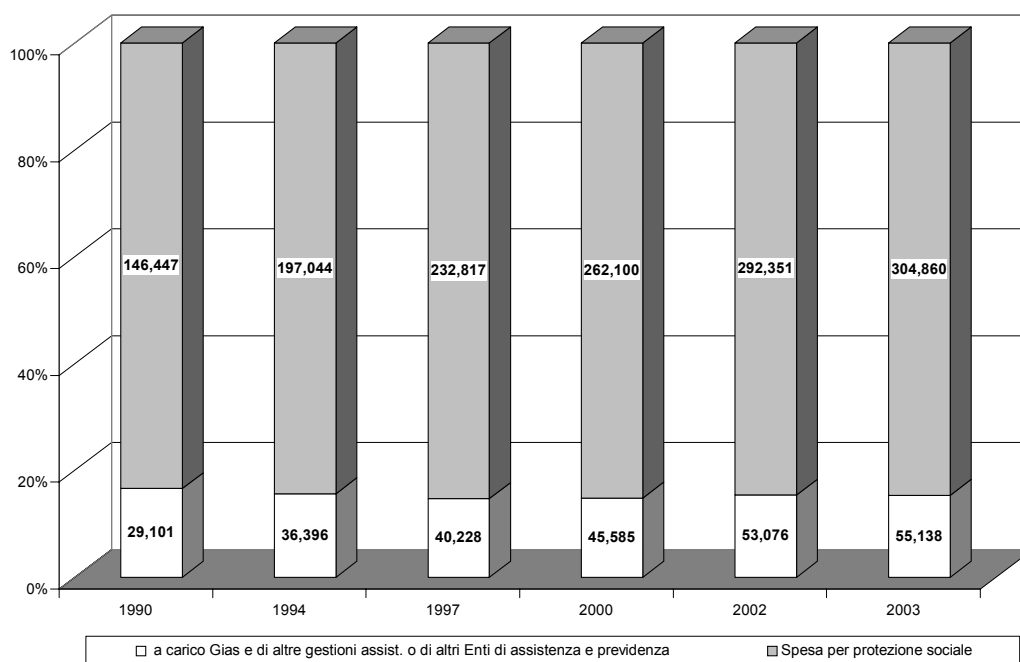
Fonte: elaborazione su dati ISTAT E INPS

Anno 2003

	Malattia		Invalidità		Famiglia		Vecchiaia		Superstiti		Disoccupazione		Abitazione		Esclusione sociale non altrove classificata										
		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza		di cui contribuzione a carico Gias e di altre gestioni assist. o di altri Enti di assistenza e previdenza									
Sanità	- Farmaci - Assistenza medicogenetica Assistenza medicospecialistica + Assistenza ospedaliera - Assistenza protesica e balneotermaie - Altri servizi sanitari	75.694																							
Previdenza	- Indennità di malattia e infortunio	2.603		- Pensioni di invalidità e rendite: trattamento base	6.173		- Indennità di maternità	2.146		- Pensioni di vecchiaia e di anzianità trattamento base	123.899		- Pensioni ai superstiti trattamento base	28.160		- Prepensionamenti per motivi legati alle politiche del mercato del lavoro	1.343	1.343							
				eventuale integrazione	1072	1072	- Assegni familiari	5.470	1.678	eventuale integrazione	21.528	21.528	eventuale integrazione	4893	4.893	- Indennità di disoccupazione	3.960	1.656							
							- Altri sussidi e assegni	1		- Liquidazioni per fine rapporto di lavoro	4.081					- Assegno di integrazione salariale	626	325							
				Eguo indennizzo e assegni di incollocabilità	19					- Liquidazioni in capitale	470														
Assistenza	- Sussidi	184	184	- Pensioni di guerra	734	734	- Sussidi	387	916	- Pensione sociale	3.195	3.195	- Pensioni di guerra ai superstiti	554	554	- Servizi di assistenza alla disoccupazione (Uffici di collocamento)	79	79	- Sussidi per integrazioni e canone	279	279	- Sussidi Reddito minimo d'inserimento	140	140	
				- Pensioni a invalidi civili, ciechi e sordomuti - Indennità a inval. civ., ciechi e sordomuti	11.595	11.595	- Assegno al terzo figlio e Assegno di maternità concesso dai Comuni	608		- Sussidi	63	63	- Sussidi	39	39										
				- Sussidi	223	223	- Servizi socioassistenziali (asilii nido, colonie, convitti, assistenza domiciliare, case famiglia)	2.736	2.736	- Servizi socioassistenziali (case di riposo, convitti, ricoveri, assistenza domiciliare, case famiglia)	1.036	1.036											- Servizi socioassistenziali (convitti, ricoveri, mense, centri per alcolisti e tossicodipendenti, centri per profughi e immigrati, distribuzione viveri e vestiario)	195	195
				- Servizi socioassistenziali (convitti, ricoveri)	675	675																			
Totale	78.481	184	20.491	14.299	11.348	5.330	154.272	25.822	33.646	5.486	6.008	3.403	279	279		335	335								

Fonte: elaborazione su dati ISTAT E INPS

Fig. 3 - Spesa per protezione sociale



Fonte: elaborazione su dati ISTAT

Una categorizzazione tipologica dei singoli interventi

Nei due paragrafi precedenti si sono espone le principali modalità di classificazione statistica degli interventi di protezione sociale ed i loro nessi con le definizioni normative aventi rilevanza in tema di finanziamento degli stessi interventi. È tuttavia evidente che sia la classificazione funzionale (ESSPROS), sia quella per settori (ISTAT), sia l'attribuzione dell'onere di finanziamento sancita dal legislatore (l'eventuale intervento della GIAS) risultano insoddisfacenti per comprendere la natura concreta delle diverse misure di protezione sociale.

Per arricchire il quadro, la tabella 5 classifica gli interventi trattati nel Rapporto sulla base d'una serie di dimensioni, che ripropongono le informazioni sulle classificazioni ESSPROS e ISTAT, nonché le modalità di finanziamento con l'eventuale ruolo della GIAS, ma riportano anche le principali caratteristiche degli schemi di politica sociale sulla base di categorie tipologiche variamente proposte dalla letteratura internazionale sui sistemi di welfare¹⁵.

Sono state pertanto individuate tre macro-dimensioni, ulteriormente articolate al loro interno:

1. la natura e il livello della prestazione;
2. le regole di accesso alla prestazione (popolazione target, categorialità, selettività, prova dei mezzi e altre condizioni di inclusività della prestazione);
3. la fonte di provenienza (soggetto erogatore, fonte di finanziamento, e conto della protezione sociale cui riferisce la prestazione)

In via preliminare va detto che la classificazione in oggetto ha comportato non poche difficoltà, dal momento che la base di informazioni utilizzata per elaborare una presentazione standardizzata dell'offerta di prestazioni sociali a livello nazionale è molto consistente e articolata. Ciò deriva non solo dall'elevato numero di istituti che compongono l'intero sistema di politiche sociali in Italia, ma anche dall'estensione dell'arco temporale lungo il quale questo sistema si è evoluto e che, assumendo come momento genetico la Legge n. 218 del 4 aprile 1952, di riordino dell'assicurazione obbligatoria per la vecchiaia, l'invalidità e i superstiti (cui si richiama anche l'istituto dell'integrazione al minimo), si estende per oltre cinquant'anni durante i quali la legislazione sociale è andata stratificandosi per modificazioni e integrazioni successive¹⁶. Ciò significa che, rispetto alla nitidezza degli schemi con cui spesso vengono interpretati i diversi sistemi di welfare nella letteratura di settore, la classificazione dettagliata dei singoli interventi nazionali evidenzia una realtà alquanto più complessa, nella quale i programmi appartenenti alla medesima area di policy sembrano talvolta rispondere a logiche diverse l'una dall'altra.

¹⁵ La letteratura esistente in proposito è sconfinata. Si veda per tutti: Bonoli, G. *Classifying welfare states: a two dimension approach*, in "Journal of Social Policy", 26,3, pp. 351-372, 1997; Chassard, Y. E. O. Quintin, *Social Protection in the European Community: towards a convergence of policies*, in *International Social Security Review*, 45, 1-2, pp.91-108, 1992; G. Esping- Andersen, *The three worlds of welfare capitalism*, New York, Polity Press, 1990; Ferrera, M. *Le trappole del welfare*, Bologna, Il Mulino, 1998; Wilensky, H. *The welfare state and equality*, Berkeley, University of California Press, 1975.

¹⁶ Anche in ragione del grado di "maturità" raggiunto dalla normativa di settore, le schede dell'allegato riportano l'enunciazione delle norme che disciplinano l'istituzione della misura in esame e successive modificazioni.

Tab. 5 - Le caratteristiche principali degli interventi di politica sociale

	ENTITÀ ¹	TARGET	ACCESSO	PROVA DEI MEZZI ²	CATEGORIALITÀ	ALTRE CONDIZIONI	CONTO PROT.SOC.	FONTI FIN.TO
ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITÀ	Calcolato con le stesse norme stabilite per le altre prestazioni pensionistiche	Assicurati con capacità lavorativa ridotta in modo permanente a causa di infermità o difetto fisico o mentale a meno di un terzo	Almeno 5 anni di contribuzione, di cui almeno 3 nel quinquennio che precede la domanda	Solo per l'eventuale integrazione al trattamento minimo. L'integrazione non spetta se il soggetto possiede redditi superiori due volte l'importo del trattamento minimo	Lavoratori dipendenti o autonomi	Prestazione non reversibile ai superstiti	Invalidità	Misto
PENSIONE DI INABILITÀ	La pensione è costituita dall'assegno di invalidità e da una maggiorazione convenzionale	Assicurati con assoluta e permanente impossibilità a svolgere l'attività lavorativa	Almeno 5 anni di contribuzione, di cui almeno 3 nel quinquennio che precede la domanda	Solo per l'eventuale integrazione al trattamento minimo. L'integrazione non spetta se il soggetto possiede redditi superiori due volte l'importo del trattamento minimo	Lavoratori dipendenti o autonomi		Invalidità	Misto
INVALIDITÀ CIVILE (PENS.INV.)	€ 229,50 mens.	18-65enni nei cui confronti sia stata accertata una totale inabilità lavorativa (100%)		Limite di reddito annuo personale assoggettabile ad Irpef pari a € 13.417,68 nel 2003	Svincolato dal rapporto assicurativo	Compatibile con l'indennità di accompagnamento riconosciuta agli invalidi civili	Invalidità	Non contributivo
INVALIDITÀ CIVILE (ASSEGNO MENS. ASSIST.)	€ 229,50 mens.	18-65enni nei cui confronti sia stata accertata inabilità lavorativa pari o superiore al 74%	È richiesta l'incollocabilità al lavoro	Limite di reddito annuo personale assoggettabile ad Irpef di € 3.942,25 nel 2003	Svincolato dal rapporto assicurativo	Incompatibile con altre pensioni di invalidità erogate da altri organismi e con pensioni di invalidità per guerra, lavoro e servizio	Invalidità	Non contributivo
INDENNITÀ MENSILE DI FREQUENZA	€ 229,50 mens. per il periodo di frequenza	Minorenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età o con perdita uditiva superiore ai 60 dB nell'orecchio migliore	Frequenza a centri di formazione professionale, centri occupazionali o a scuole di ogni ordine e grado, nonché centri di riabilitazione	Limite di reddito annuo personale assoggettabile ad Irpef pari a € 3.942,25 nel 2003	Svincolato dal rapporto assicurativo	Incompatibile con indennità di accompagnamento e indennità di comunicazione concessa alle persone sordomute	Invalidità	Non contributivo
INDENNITÀ DI ACCOMP.TO	€ 436,77 per 12 mensilità	Invalidi totali, indipendentemente dall'età		Indipendente dal reddito	Svincolato dal rapporto assicurativo	Incompatibile con ricovero in Istituti con pagamento della retta a carico dello Stato o di altro ente pubblico. Compatibile con l'attività di lavoro	Invalidità	Non contributivo
INVALIDITÀ CIVILE (PENS.CIECHI ASS.)	€ 248,19 mensili per il disabile non ricoverato in	Ciechi civili assoluti con età non inferiore ai 18		Limite di reddito annuo personale	Svincolato dal rapporto		Invalidità	Non contributivo

	Istituti. € 229,50 mensili, se il disabile è ricoverato in istituto con retta a carico dello Stato o di altro Ente pubblico, anche solo in parte	anni		assoggettabile ad Irpef pari a € 13.417,68 nel 2003	assicurativo			
INVALIDITÀ CIVILE (IND.TÀ ACC.CIECHI ASS.)	€ 649,15 per 12 mensilità	Ciechi civili assoluti		Indipendente dal reddito	Svincolato dal rapporto assicurativo	Cumulabile con le indennità concesse agli invalidi civili totali e ai sordomuti. Compatibile con l'attività lavorativa. Incompatibile con altre indennità concesse per la stessa minorazione per cause di guerra, servizio o lavoro	Invalidità	Non contributivo
INVALIDITÀ CIVILE (PENS.CIECHI PARZ.)	€ 229,50 mens	Ciechi parziali (residuo visivo inferiore a 1/20 in entrambi gli occhi, anche con eventuale correzione)		Limite di reddito annuo personale assoggettabile ad Irpef pari a € 13.417,68 nel 2003	Svincolato dal rapporto assicurativo	Incompatibile con indennità di frequenza	Invalidità	Non contributivo
INVALIDITÀ CIVILE (IND.TÀ ACC.CIECHI PARZ.)	€ 157,69 per 12 mensilità	Ciechi parziali (residuo visivo inferiore a 1/20 in entrambi gli occhi, anche con eventuale correzione)		Indipendente dal reddito	Svincolato dal rapporto assicurativo	Incompatibile con indennità di frequenza e con altre indennità simili concesse per cause di servizio, guerra o lavoro. Compatibile con la pensione ai ciechi civili parz.	Invalidità	Non contributivo
INVALIDITÀ CIVILE (PENS.NON UDENTI CIVILI)	€ 229,50 mens.	18-65enni sordomuti		limite di reddito annuo personale assoggettabile ad Irpef pari a € 13.417,68 nel 2003			Invalidità	Non contributivo
INVALIDITÀ CIVILE (IND.TÀ COMUNIC.NE NON UDENTI CIVILI)	€ 220,18 mens. per 12 mensilità	Sordomuti		Indipendente dal reddito	Svincolato dal rapporto assicurativo	Incompatibile con indennità di frequenza per minori. Compatibile con lo svolgimento dell'attività lavorativa. Cumulabile con indennità di accomp. ai ciechi civili e invalidi civ. L'indennità spetta anche in caso di ricovero	Invalidità	Non contributivo
PENSIONE DI GUERRA	€ 220,18 per 12 mensilità	Militari e civili invalidi per cause di guerra			Svincolato dal rapporto assicurativo		Invalidità	Non contributivo
ASSEGNO SOCIALE	€ 367,97 mens.	Ultra 65enni	Requisiti di cittadinanza e reddito	Limite di reddito pari all'importo annuo dell'assegno per unico componente	Svincolato dal rapporto assicurativo	Prestazione non reversibile, non esportabile; assegno ridotto in caso di	Vecchiaia	Non contributivo

						ricovero a carico di enti pubblici		
INTEGRAZIONE AL MINIMO	€ 412,18 mens	Pensionati	Reddito	Limite di reddito pari a € 10.716,68	A integrazione della pensione contributiva		Invalidità Vecchiaia Superstiti	Non contributivo
MAGGIORAZIONI SOCIALI	Fino a € 516,46 mensili per ultra70enni	Ultra 60enni titolari di pensione integrata al minimo	Requisiti di cittadinanza e reddito	Limite di reddito personale inferiore importo annuo maggiorazione (€ 6.967,35 per ultra70enni)	Svincolato dal rapporto assicurativo		Vecchiaia	Non contributivo
ASSEGNI AL NUCLEO FAMILIARE	In relazione inversa al reddito familiare e in relazione diretta al numero dei componenti	Componenti nucleo familiare	Reddito e familiari e carico	Limite di reddito del nucleo familiare, almeno 70% del reddito totale deve derivare da prestazione lavorativa; limite riferito al reddito anno 2004 per nucleo familiare di tre persone (con entrambi i genitori e almeno un minore, senza componenti inabili) pari a € 11.989,59	Lavoratori dipendenti o percettori di prestazioni relative al lavoro dipendente		Famiglia	Contributivo
CONGEDI PARENTALI	Diritto a periodi di astensione dal lavoro	Genitori	Condizione di genitorialità e responsabilità familiari		Lavoratori dipendenti e con restrizioni lavoratori autonomi	avvenuta decorrenza periodo di astensione obbligatoria; anche in caso di adozione e affido	Famiglia	Contributivo
ASSEGNO PER IL SECONDO FIGLIO	€ 1.000 una tantum	Cittadine italiane e comunitarie	Nascita secondo figlio			Solo per l'anno 2004	Famiglia	Non contributivo
ASSEGNO DI SOSTEGNO	€ 116,06 mens.	Nuclei familiari con almeno tre figli minori	Reddito e composizione nucleo familiare	Limite di reddito stabilito dall'ISE, € 21.309,43 per l'anno 2005				Non contributivo

ASSEGNO DI MATERNITÀ (STATO)	€ 1.713,55 una tantum	Neo-madri lavoratrici residenti in Italia	Reddito e tutela previdenziale	Limite di reddito stabilito dall'ISEE, per un nucleo familiare di tre persone € 29.016,13	In assenza di indennità di maternità	Anche nei casi di affidamento pre-adoitivo e di adozione	Famiglia	Misto
ASSEGNO DI MATERNITÀ (COMUNI)	€ 278,55 per 5 mens.	Neo-madri residenti	Reddito	Limite di reddito stabilito dall'ISEE, per un nucleo familiare di tre persone € 29.016,13	In assenza di indennità di maternità	Anche nei casi di affidamento pre-adoitivo e di adozione	Famiglia	Non contributivo
REDDITO DI ULTIMA ISTANZA	integrazione fino soglia di povertà	persone e nuclei familiari sotto soglia di reddito prestabilita; residenti da almeno un anno nelle regioni che attivano la misura	reddito	reddito a qualsiasi titolo percepito inferiore a €269 anno 2002 con variazioni regionali		nello schema già sperimentato (rmi) la prestazione monetaria era subordinata all'accettazione di un "contratto" da parte del beneficiario di inserimento sociale, educativo o lavorativo. Nella versione del reddito di ultima istanza tale condizione dipende dal provvedimento istitutivo della regione.		non contributivo
1 - l'importo è solitamente riferito all'anno 2004, per 13 mensilità								
2 - il limite, tenuto conto delle esenzioni di alcune fonti di reddito, può variare in relazione al cumulo con il reddito del coniuge								

Osservando la tabella 5 si notano in colonna le seguenti dimensioni su cui si fonda la classificazione: entità e livello, target, accesso, categorialità, prova dei mezzi, altre condizioni, conto protezione sociale, fonte di finanziamento.

Per quanto concerne la prima voce – natura e livello - occorre in primo luogo precisare che, sebbene si tratti perlopiù di prestazioni di tipo monetario, in alcuni casi la risposta al bisogno è soddisfatta dalla norma con altri strumenti, come nel caso della legge sui congedi parentali, che consente di godere di periodi di astensione lavorativa anche non retribuita in caso di particolari carichi familiari. Quanto al livello delle prestazioni, esso si riferisce generalmente all'importo mensile erogato nel 2004. In alcuni casi, però, l'erogazione monetaria è commisurata al differenziale tra il reddito disponibile e la soglia di prestazione stabilita dalla misura, oppure ad altri parametri di calcolo, tra cui la composizione del nucleo familiare.

Passando alla dimensione classificatoria relativa alle regole di accesso, come accennato sopra sono presenti cinque diversi tipi di informazione. La colonna "target" riguarda le caratteristiche personali del potenziale beneficiario, che afferiscono a una particolare situazione di bisogno a fronte della quale è possibile accedere alla prestazione. In molti casi, tale requisito è di tipo anagrafico ovvero legato alle condizioni di salute. La colonna riferita propriamente all'"accesso" descrive i requisiti necessari per ottenere il beneficio, che nella maggior parte dei casi fanno riferimento alla disponibilità economica del richiedente e/o la composizione del nucleo familiare. Infatti, la quarta colonna della tabella introduce l'elemento della cosiddetta "prova dei mezzi", che subordina l'intervento all'accertamento alla condizione di bisogno attraverso un test della disponibilità economica dei potenziali beneficiari. In proposito va rilevato come l'uso della prova dei mezzi possa avvenire con modalità diverse a seconda dello schema esaminato. Di particolare attualità in Italia è la recente introduzione dell'ISEE (Indicatore sulla situazione economica equivalente)¹⁷, all'interno sia di interventi universalistici che di schemi categoriali. Il riferimento che segue nella colonna dedicata alla dimensione "categoriale" mette in luce perlopiù la presenza (o l'assenza) di un pre-requisito di tipo assicurativo-contributivo a monte del diritto alla prestazione. È qui opportuno precisare che, sebbene tale pre-requisito sia determinante nella caratterizzazione dei diversi modelli di welfare¹⁸, esso debba essere utilizzato in maniera più duttile qualora riferito strettamente alle politiche sociali (e specialmente nell'accezione di questo Rapporto). In questo contesto infatti, e più in particolare per le politiche di assistenza sociale, l'elemento della categorialità non serve necessariamente a definire come assicurativo o meno l'intervento o a qualificarne lo status dal punto di vista della fonte di finanziamento prevista dalla normativa. Interventi categoriali possono ben avere, de facto, una logica scarsamente assicurativa ed essere finanziati in maniera significativa dalla fiscalità generale (come nel caso dell'istituto dell'integrazione al minimo). La distinzione spesso richiamata dagli studi di settore tra interventi

¹⁷ La questione dell'uso della prova dei mezzi, ed in particolare del ricorso all'ISEE verrà ripresa in uno dei capitoli della II parte, dove si aggiorneranno, tra l'altro, le informazioni relative al rapporto ISEE predisposto dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nel dicembre 2004.

¹⁸ Su questo aspetto si è soffermato in particolare: Ferrera, M. "Modelli di Solidarietà", Bologna, Il Mulino, 1993.

universalistici – la cui platea di beneficiari coincide potenzialmente con tutti i cittadini e i residenti di lunga durata all'interno del territorio nazionale sempre in relazione a una condizione di bisogno che potrà dipendere dall'età, dalle condizioni di salute etc. - e interventi categoriali – istituiti ed erogati in ragione dell'appartenenza ad una categoria sociale - segna i confini dei diritti sociali concretamente riconosciuti dalla norma.

In proposito va ricordato che la prevalenza dell'elemento assicurativo-categoriale è un tratto caratteristico del sistema di welfare italiano e di buona parte dei paesi dell'Europa continentale¹⁹ nei quale i diritti alle prestazioni sociali sono collegati a una posizione occupazionale e al versamento di contributi nel corso della carriera lavorativa.

L'ultima colonna – altre condizioni – introduce ulteriori criteri di selettività in aggiunta ai requisiti di eleggibilità alle prestazioni sociali generalmente riconducibili alla situazione economica, anagrafica e di salute. Tali criteri hanno una duplice funzione, in quanto talvolta estendono l'intervento a fattispecie particolari – come per la fruibilità dell'assegno di maternità anche nei casi di affidamento pre-adoattivo e di adozione – mentre per altri schemi pongono ulteriori vincoli per il godimento del beneficio²⁰. Questi vincoli possono condizionare il beneficio all'assenza di attività lavorativa (anche indipendentemente dalla logica della prova dei mezzi) – la ricerca d'un lavoro, comunque resa meno pressante dalla disponibilità della prestazione, divenendo del tutto incompatibile con questa – oppure, all'estremo opposto, condizionare la prestazione alla cd. attivazione del beneficiario (rispetto al lavoro o anche ad altre dimensioni). E' questo il caso, specie avendo presente il panorama internazionale degli schemi a sostegno del reddito, del requisito della disponibilità a prestare attività lavorativa o formativa da parte dei richiedenti, pena l'esclusione dalla platea dei beneficiari²¹.

Infine, circa le ultime due dimensioni prese in esame dalla tavola, sono state evidenziate le fonti di provenienza istituzionale e finanziaria delle misure analizzate. Per quanto riguarda il conto protezione sociale si rimanda al paragrafo relativo alle classificazioni statistiche ISTAT/ESSPROS e alla tabella 2. Come si può leggere nella colonna dedicata alla fonte di finanziamento la proprietà "non contributivo", sebbene prevalente, non è tipica di tutti gli schemi analizzati, a causa della complessità, e talvolta ambiguità dei nessi tra protezione previdenziale e assistenziale più volte richiamati in questo Rapporto.

¹⁹ Più precisamente il nostro Paese si collocherebbe nella variante sud-europea di quello stesso modello.

²⁰ L'esempio più tipico è rappresentato dal requisito di "attivazione" del beneficiario, che è presente in buona parte delle misure di reddito minimo nei sistemi di welfare dei paesi europei. In Italia, questa componente è stata recepita dalla sperimentazione del reddito minimo di inserimento (Decreto Legislativo n. 237/98), che subordinava il trasferimento economico a una sorta di "contratto" tra l'amministrazione comunale e i beneficiari, per il coinvolgimento di questi ultimi in programmi di inserimento sociale. Questa componente potrebbe essere presente negli schemi regionali di reddito di ultima istanza che traggono ispirazione dalla sperimentazione.

²¹ Nel contesto nazionale, l'esempio che più si avvicina a questa caratteristica di eleggibilità si ritrova nel Decreto Legislativo n. 237/98 istitutivo del reddito minimo di inserimento, in sperimentazione nel periodo dal 1999 al 2004. Va peraltro detto che le condizioni in questione andrebbero viste non solo da un punto di vista normativo ma anche attesa l'effettiva implementazione di queste condizioni di contorno dal punto di vista amministrativo concreto.

Il primo capitolo è stato curato da:

Deborah Guerrucci dell'ISTAT (§ I), Gianna Barbieri del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (§ II), Tiziana Alti (§ III) della Presidenza del Consiglio, e da Vincenzo Sabatini dell'INPS per i dati dell'Istituto di previdenza.

CAPITOLO 2 - L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO ISTITUZIONALE ITALIANO E LA RETE DEI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

Introduzione

Le prestazioni di politica sociale oggetto di questo Rapporto sono andate stratificandosi nel tempo componendo un quadro piuttosto complesso. Tale complessità deriva non soltanto dalla molteplicità degli istituti, ma anche dai processi di trasformazione del quadro istituzionale che fa loro da cornice: ad istituti risalenti ad un assetto della Repubblica nel quale le Regioni non esistevano si sono aggiunti interventi normativi contrassegnati prima dall'ampia operazione di decentramento amministrativo realizzata nel corso della XIII legislatura, più di recente dalla riforma costituzionale (la Legge costituzionale 3 del 2001) che attribuisce in materia di politiche sociali l'esclusiva competenza legislativa alle Regioni e quella amministrativa ai Comuni.

Il nuovo assetto costituzionale derivante dalla riforma del 2001 prefigura un quadro in cui lo Stato definisce i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) connesse ai diritti civili e sociali, mentre le Regioni definiscono il quadro normativo che organizza i sistemi di offerta delle prestazioni. Anche sulla base dell'esperienza maturata nel corso di un decennio nel settore sanitario, i livelli essenziali si configurano come lo strumento per garantire diritti di cittadinanza sociale uniformi sul territorio nazionale, a fronte di un sistema istituzionale di offerta decentrato e potenzialmente differenziato. I LEP, lungi dall'essere un mero elenco tipologico di prestazioni, monetarie o reali, dovrebbero altresì considerare quelle caratteristiche essenziali (in termini di quantità e qualità) delle prestazioni, e il connesso corredo di risorse necessarie a finanziarle, che, senza snaturare i margini lasciati alla differenziazione di scelte tra Regioni, effettivamente garantiscano su tutto il territorio nazionale uniformità dei diritti sociali e civili.

Il nuovo assetto costituzionale appare in continuità con quanto prefigurato dalla Legge n. 328 del 2000, venendo confermato da un lato l'ancoraggio del sistema di offerta dei servizi al riconoscimento di diritti sociali, la cui identificazione è affidata allo Stato tramite i LEP, dall'altro, il ruolo delle Regioni, con competenza legislativa esclusiva in materia di assistenza. Al tempo stesso, il nuovo quadro costituzionale ha però reso più tortuoso il, peraltro appena avviato, processo di attuazione della Legge n. 328/2000:

1. sul piano delle interazioni tra livelli di governo, perché si è posto un problema di passaggio dalla strumentazione prevista nella Legge n. 328/2000 - funzioni nazionali di programmazione e fissazione di normative quadro - a quella prevista dal nuovo assetto costituzionale – in cui è centrale la definizione dei LEP;

2. sul piano del finanziamento del (processo di riforma del) sistema, poiché l'articolo 119 della Costituzione non prevede fondi di settore con caratteristiche simili a quelle del preesistente Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS)²².

Nei fatti, il Piano nazionale dei servizi e degli interventi sociali, allo scadere della prima triennalità, nel dicembre 2003, non è stato rinnovato, mentre non sono state adottate le normative quadro previste dalla legge del 2000 (adozione parziale per l'art. 11, mancata adozione per gli artt. 12 e 13). Soprattutto, la mancata identificazione dei LEP non ha ancora consentito di sostituire il meccanismo allocativo annuale – dal governo ai comuni, passando per le regioni – con un quadro certo e stabile di prestazioni da dover garantire e risorse finanziarie su cui poter contare.

In questo capitolo si darà conto del complesso, ed in via di evoluzione, assetto istituzionale. Il focus sarà principalmente sui servizi, che pure sono, come già ricordato nel capitolo precedente, una parte ridotta delle politiche sociali effettive. La mancata integrazione tra erogazioni, essenzialmente definite a mezzo di norme nazionali e nella tradizionale logica categoriale, e sistema dei servizi, nei fatti anche tradizionalmente fortemente caratterizzato dagli interventi locali, è del resto parte essenziale della fase di transizione in cui si trovano le politiche sociali italiane. Più in dettaglio nel capitolo si evidenzierà l'evoluzione dell'implementazione sul territorio delle linee innovative definite dalla Legge n. 328 del 2000, per poi affrontare lo specifico nodo dell'integrazione socio-sanitaria e concludere con una ricostruzione del quadro effettivo del flusso di fondi che sottostanno i servizi sociali. Alcuni box specifici presentano degli approfondimenti sull'uso dei fondi strutturali comunitari, sulle prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria.

L'implementazione sul territorio della Legge n. 328/2000

La Legge n. 328/2000 aveva innovato il sistema sia sul fronte della definizione dei diritti, stabilendo un diritto alla prestazione sociale, universale²³ e con priorità a favore di particolari categorie di soggetti²⁴ (cosiddetto universalismo selettivo), quanto sul sistema di offerta dei servizi, di cui si enfatizzavano i principi del *decentramento* dei servizi e, allo stesso tempo, dell'*integrazione*, da realizzare attraverso il metodo della programmazione pluri-livelli. Complesso era il connesso sistema di interazioni istituzionali tra i livelli di governo:

1. lo **Stato** con funzioni di programmazione nazionale, definizione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni, fissazione di requisiti nazionali per l'offerta/partecipazione al sistema (in materia di accreditamento come in materia di professioni sociali), ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali per il raggiungimento degli obiettivi della riforma

²² La caratteristica del FNPS come fondo indistinto è stata peraltro stabilita con la legge finanziaria 2003, art. 46.

²³ Il diritto è stabilito per i cittadini italiani, per quelli dell'Unione Europea e per gli stranieri individuati ai sensi del Decreto Legislativo n. 286/1998.

²⁴ Soggetti che versano in condizioni di povertà e di reddito limitato, con incapacità a provvedere alle proprie esigenze ecc.

e, comunque, all'interno di una logica di cofinanziamento che vede interessate anche i governi regionali e locali;

2. le **Regioni**, alle quali spetta (con modalità concertate con il sistema degli enti locali) la definizione degli ambiti territoriali di offerta e delle principali caratteristiche organizzative e gestionali dei servizi nonché l'adozione dei Piani sociali regionali;
3. le **Province** con funzioni di raccolta di informazioni sui bisogni, sulla domanda e l'offerta di servizi;
4. i **Comuni** con funzioni di presidio diretto delle funzioni gestionali e amministrative dei servizi, nonché di programmazione degli interventi a livello locale all'interno del Piano di zona.

A questa congerie di attori pubblici, va anche aggiunto il cosiddetto **privato sociale**, che nello spirito di integrazione della legge doveva assolvere una fondamentale funzione di partecipazione della società civile alla gestione dei servizi, alla progettazione degli interventi e anche alla pianificazione complessiva del sistema dei servizi. Sebbene meno importante che nel settore sanitario, anche la presenza di **operatori for profit** era prefigurata, specie con riferimento alle aree contigue con la sanità - quali i servizi socio-sanitari, ad esempio nei servizi per gli anziani - oppure nel settore degli asili nido, stante anche la decisa carenza di offerta pubblica in questo segmento.

Il luogo principe di questa complessa interazione è la cosiddetta *zona*, che la Legge n. 328/2000 individua come ambito ottimale di offerta (integrata) dei servizi²⁵. La identificazione delle *zone* (e la definizione dei Piani di zona), avrebbe dovuto indurre un processo di integrazione dei Comuni di ridotte dimensioni; attraverso la definizione di *zone* di norma coincidenti con i distretti sanitari (secondo la previsione dell'art. 8 della legge) si sarebbe dovuta favorire la gestione congiunta degli interventi ad integrazione socio-sanitaria.

Lo stato dell'implementazione della legge, quanto agli interventi normativi ed organizzativi di livello regionale, è descritto nella tabella 1. In genere gli interventi delle Regioni, oltre che della Legge n. 328/2000, hanno anche tenuto conto della successiva riforma costituzionale del 2001 che ne rafforzava i poteri di intervento, per cui i piani sociali regionali sono stati definiti in base alla competenza legislativa esclusiva attribuita alle Regioni dall'art. 117 della Costituzione ed in diversi casi vi sono leggi regionali che disciplinano il sistema di offerta di prestazioni sociali. Cinque regioni hanno approvato un atto legislativo nel corso della consiliatura conclusa nella primavera del 2005 (Emilia Romagna e Puglia nel 2003, successivamente la Calabria e il Piemonte e, da ultima, la Toscana nel febbraio 2005). Alcune Regioni come il Molise e la Basilicata hanno leggi regionali immediatamente precedenti alla Legge n. 328/2000, i cui principali elementi, dibattuti durante il lungo iter parlamentare, erano già ben noti. La Campania e il Veneto hanno concluso la passata

²⁵ Come sinonimo del termine *zona* adoperato dalla Legge n. 328/2000, numerose Regioni, in continuità con la propria tradizione amministrativa, hanno fatto ricorso ad altre denominazioni (consorzi, distretti, ecc.).

consiliatura con un disegno di legge sul sistema dei servizi sociali in avanzato stato di discussione mentre la Sardegna sta al momento proseguendo il lavoro di discussione (avendo un ciclo elettorale differente).

I provvedimenti legislativi approvati successivamente alla Legge n. 328/2000 (o contemporaneamente ai suoi lavori preparatori) riprendono i principi dell'integrazione degli interventi, del coinvolgimento dei soggetti privati nella rete dei servizi, dell'orientamento alla qualità dei servizi.

Anche indipendentemente dalla presenza di interventi legislativi generali, in quasi tutte le Regioni si è intervenuti per disciplinare aspetti organizzativi del sistema di welfare, sì anche da consentire piena operatività ai Comuni impegnati nei Piani Sociali di Zona, con interventi in tema d'autorizzazione delle strutture residenziali e semiresidenziali, procedure per l'accreditamento, determinazione dei criteri per la compartecipazione alle tariffe dei servizi, definizione dei profili professionali sociali, trasformazione delle IPAB.

L'ultimo biennio ha infine visto una rinnovata produzione di leggi di settore, per alcuni versi in contrasto con la logica olistica della Legge n. 328/2000. Nello specifico, leggi sulla famiglia sono ormai presenti, oltre che in Lombardia (la cui legge è del 1999), in Puglia, Calabria, Lazio e Sicilia. Leggi sull'inserimento lavorativo dei disabili e sull'integrazione scolastica sono state adottate da Basilicata, Liguria e Friuli Venezia-Giulia; leggi sull'inclusione sociale degli immigrati sono state adottate in Emilia Romagna e Friuli Venezia-Giulia, la Calabria ha adottato una legge per il sostegno al reddito nel periodo di studio e inserimento lavorativo post-laurea, mentre una legge sul reddito di cittadinanza è stata adottata in Campania.

Quest'ultimo riferimento, in particolare, evidenzia uno scenario nuovo nel quadro normativo di settore, perché le Regioni iniziano a disciplinare tipologie di prestazioni tradizionalmente appannaggio del Governo nazionale, come le misure di contrasto alla povertà, legiferando su materie fortemente connesse alla (ancora non intervenuta) definizione dei LEP.

Tab. 1 – Quadro sinottico sulla normativa e sulla programmazione regionale in materia di servizi sociali territoriali.

Regioni	Leggi quadro sul sistema dei servizi sociali	Leggi di regolazione del sistema	Piano Sociale Regionale (e Piani Sanitari)	Altre leggi di settore	Leggi sulla famiglia
Abruzzo		L.R. n. 2/2005 (accreditamento dei soggetti eroganti servizi alla persona)		- L.R. n. 46/2004 (sostegno agli stranieri immigrati) - L.R. n. 32/2002 modifiche e integrazioni alla L.R. n. 76/2000 (servizi educativi per la prima infanzia) - L.R. n.36/2004 (interventi per esigenze abitative di portatori di handicap) - L.R. n.14/2001 (inserimento lavorativo dei soggetti disabili)	
Basilicata			Prorogato nel 2003 e nel 2004 il Piano Socio-assistenziale 2000-2002	L.R. n. 28/2001 (accesso al lavoro dei disabili)	L.R. n. 45/2000
Calabria	L.R. n. 23/2003		L.R. n. 11/2004 (Piano Regionale per la Salute 2004/2006)		L.R. n. 1/2004
Campania	Ddl n. 13 del 22/03/2004 (legge per la dignità sociale e i diritti di cittadinanza)	- Del. G. R. n. 2843/2003 (individuazione delle figure professionali sociali) - Del. G. R. n. 711/2004 (requisiti per le autorizzazioni delle strutture sociali)	Linee Guida annuali per l'integrazione socio-sanitaria	- L.R. n. 2/2004 (Istituzione del Reddito di cittadinanza) - L.R. n. 8/2003 (disciplina delle Residenze Sanitarie Assistenziali pubbliche e private)	
Emilia Romagna	L.R. n. 2/2003			- L.R. n. 5/2004 (integrazione sociale degli immigrati) - L.R. n. 8/2004 (servizi educativi per la prima infanzia)	

<i>Regioni</i>	Leggi quadro sul sistema dei servizi sociali	Leggi di regolazione del sistema	Piano Sociale Regionale (e Piani Sanitari)	Altre leggi di settore	Leggi sulla famiglia
Friuli Venezia Giulia		- L.R. n. 23/2004 (disposizioni sulla partecipazione degli enti locali alla programmazione degli interventi in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria) - L.R. n. 20/2004 (riordino normativo del settore servizi sociali per l'anno 2004) - Del. G.R. n. 3236/2004 (Linee guida per la predisposizione del Programma per le attività territoriali – PAT - e per la predisposizione dei Piani di zona – PDZ-)		- L.R. n. 4/2003 (sostegno disabili nelle scuole) - L.R. n. 12/2001 (inserimento lavorativo dei disabili) - Decreto del P. R. n. 400/2003 (integrazione scolastica degli immigrati) - L.R. n. 19/2003 (Riordino del sistema delle Istituzioni pubbliche di Assistenza e Beneficenza nella Regione Friuli Venezia Giulia)	- L.R. n. 24/2004 (qualificazione e sostegno dell'attività di assistenza familiare)
Lazio		L.R. n. 41/2003 (norme in materia di autorizzazione all'apertura e al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali)	Del. G. R. del 29/10/2002 (Piano Socio-assistenziale 2002-2004)		- L.R. n. 42/2003 (interventi per le famiglie e l'accesso a servizi per la prima infanzia) - L.R. n. 10/2002 (sostegno alle famiglie per l'accesso all'educazione dell'infanzia)
Liguria		- Del. G. R. n. 1575/2003 (accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie) - Del. G. R. n. 1195/2003 (indirizzi per il funzionamento dei centri diurni per anziani) - Del. G. R. n. 448/2003 (linee guida per la gestione associata dei servizi sociali dei Comuni)	Del. C. R. n. 65/2001 (Piano triennale dei servizi sociali 2002-2004)	- L.R. n. 15/2003 (inserimento lavorativo dei disabili) - L.R. n. 21/2003 (promozione e sviluppo della cooperazione) - Del. G. R. n. 362/2004 (diffusione a livello regionale dell'assegno servizi)	
Lombardia		L.R. n. 1/2003 (disciplina delle IPAB)		- L.R. n. 34/2004 (Politiche regionali per i minori) - L.R. n. 21/2003 (norme per la cooperazione) - L.R. n. 13/2003 (accesso al lavoro di disabili e persone svantaggiate)	L.R. n. 23/1999 (legge sulla famiglia)

Regioni	Leggi quadro sul sistema dei servizi sociali	Leggi di regolazione del sistema	Piano Sociale Regionale (e Piani Sanitari)	Altre leggi di settore	Leggi sulla famiglia
Marche		L.R. n. 20/2002 (autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali)	- Del. C. R. n. 306/2000 (Piano Regionale Sociale 2000-2002) - Del. G. R. n. 1968/2002 (Linee Guida per i Piani sociali di Zona 2003) - Del. C. R. n. 97/2003 (Piano Sanitario Regionale 2003-2006)	L.R. n. 9/2003 (realizzazione e gestione degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza)	
Molise			Del. G. R. del 12 novembre 2004 – "Approvazione del Piano Regionale Sociale"	- L.R. n. 26/2002 (Fondo per l'occupazione dei disabili)	
PA Bolzano		Decreto n. 32/2003 (Compartecipazione alle tariffe dei servizi sociali)		- L.P. n. 2/2002 (Adozione dei minori) - L.P. n. 15/2003 (assegno per il mantenimento a tutela del minore)	L.R. n. 1/2005 (Pacchetto famiglia e previdenza sociale)
PA Trento		Decreto P.P. n. 31/152 del 2003 (regolamento per le autorizzazioni delle strutture sociali)		- L.P. n. 8/2003 (Politiche a favore dei disabili) - L.P. n. 24/2004 (assegno di cura per l'assistenza a domicilio di anziani non autosufficienti)	L.R. n. 1/2005 (Pacchetto famiglia e previdenza sociale)
Piemonte	L.R. n. 1/2004	- Del. G. R. n. 25-6772/2002 (requisiti e finanziamento per le strutture per anziani non autosufficienti) - Del. G. R. n. 49-9325/2003 (requisiti per autorizzazione e accreditamento dei servizi per le dipendenze) - Del. G. R. n. 41-12003/2004 (requisiti per autorizzazione e accreditamento delle strutture per minori) - Del. G. R. n. 57-5910/2002 (funzioni delegate di vigilanza sulle IPAB)		- L.R. n. 6/2002 (inserimento lavorativo dei soggetti con dipendenze) - Del. G. R. n. 79-11035/2003 (livelli essenziali per affidi e adozioni di minori) - L.R. del 2003 (assistenza familiare e tutela psicoaffettiva dei minori) - Del. G. R. n. 15-12043/2004 (valorizzazione e promozione del volontariato)	

Regioni	Leggi quadro sul sistema dei servizi sociali	Leggi di regolazione del sistema	Piano Sociale Regionale (e Piani Sanitari)	Altre leggi di settore	Leggi sulla famiglia
Puglia	L.R. n. 17/2003	- L.R. n. 15/2004 di riordino delle IPAB - Regolamento regionale attuativo della L.R. n. 17/2003	- Del. G. R. n. 1104/2004 (Piano Regionale delle Politiche Sociali 2004-2006) - Del. G. R. n. 2100/2004 (Piano Regionale delle Politiche per la Famiglia e Linee Guida per l'Immigrazione)	- L.R. n. 24/2003 (disabili)	- L.R. n. 5/2004 - Del. G. R. n. 2100/2004 (Piano Regionale delle Politiche per la Famiglia)
Sardegna	Disegno di legge sul sistema integrato di interventi e servizi sociali in discussione in C.R.			L.R. n. 20/2002 (fondo regionale per l'occupazione dei disabili)	
Sicilia	L.R. n. 22/1986		Del. C. R. del nov. 2002 (Piano Regolatore Sociale della Regione Sicilia)		L.R. n. 10/2003 (tutela e valorizzazione della famiglia)
Toscana	L.R. n. 41/2005 (Legge sul sistema integrato dei servizi sociali e la tutela dei diritti di cittadinanza)	- L.R. n. 42/2002 (disciplina delle associazioni di promozione sociale) - L.R. n. 43/2004 (riordino delle IPAB)	- Del. C. R. n. 60/2002 (Linee guida per il PISR 2002 -2004) - L.R. n. 40/2005 (Approvazione del Piano Sanitario Regionale) Prorogato al 2005 il PISR 2002-2004		
Umbria		L.R. n. 22/2004 (disciplina delle associazioni di promozione sociale)	In corso di redazione il Piano 2005-2007	- L.R. n. 24/2004 (Assegno per assistenza a domicilio di anziani) - L.R. n. 11/2003 (fondo regionale per l'occupazione dei disabili)	
Valle d'Aosta		Del. G. R. n. 5190/2002 (standard per le strutture e i servizi per i minori)	L.R. n. 18/2001 (Piano Sociosanitario 2002-2004)		

Veneto	Ddl. n. 3/2002 (Testo organico per le politiche sociali)	- L.R. n. 22/2002 (autorizzazioni e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie) - L.R. 41/2003 (riordino e semplificazione amministrativa in materia di sanità e servizi sociali) - PdL n. 278/2002 (disciplina di trasformazione delle IPAB)			
---------------	--	--	--	--	--

Parallela all'evoluzione del quadro normativo regionale è la definizione del sistema della programmazione sociale.

In un primo periodo, fino al dicembre 2003, all'interno della cornice offerta dal Piano sociale nazionale, hanno adottato i propri piani sociali, per il triennio 2002-2004, la Toscana, la Liguria, l'Abruzzo, il Lazio, la Sicilia, la Valle d'Aosta. Nelle Marche ed in Campania si è proceduto per cicli annuali di programmazione, anche se in caso di approvazione della citata legge regionale della Campania si dovrebbe passare ad un ciclo triennale.

Successivamente alla scadenza del Piano nazionale, il Molise ha adottato il proprio Piano Regionale socio-assistenziale triennale (2004-2006) nel novembre del 2004 e si accinge ad avviare la fase dei Piani Sociali di Zona.

La Puglia, invece, appartiene al novero di regioni che hanno puntato alla definizione di un complesso ed organico sistema di governo dei servizi: è stata, come si è visto, la prima Regione a dotarsi di una legge regionale (fortemente ancorata allo schema della Legge n. 328/2000), a cui ha fatto seguire l'approvazione di un Piano Regionale e la definizione di un regolamento per la disciplina della rete dei servizi. Come la Puglia anche l'Emilia Romagna e il Piemonte sono impegnate, dopo l'approvazione della legge regionale, alla stesura di un proprio Piano sociale regionale.

Un terzo gruppo di Regioni - Umbria, Basilicata, Liguria - che avevano Piani Sociali Regionali predisposti quasi contestualmente alla approvazione della legge nazionale, si accingono ad aprire una nuova stagione di programmazione regionale.

Un caso particolare è quello della Calabria che, pur avendo adottato una legge regionale, non ha poi definito un Piano sociale regionale, anche perché gran parte delle risorse trasferite dal Fondo nazionale delle Politiche Sociali sono impegnate direttamente dalla Regione per la copertura delle rette delle strutture residenziali di anziani, minori e disabili.

Una menzione specifica meritano la Lombardia ed il Veneto che continuano a gestire le politiche sociali secondo una strategia di forte integrazione con le politiche sanitarie, anche sul piano delle scelte organizzative e gestionali che riscontrano un ruolo importante delle strutture delle ASL.

La Sardegna, infine, non ha ancora avviato una riforma strutturata delle politiche sociali nel proprio territorio.

Box 1: Le caratteristiche dei Piani sociali Regionali

I piani regionali, oltre ad essere asincroni, si differenziano fortemente come contenuto concreto: si va da un estremo in cui si enfatizzano le enunciazioni di principio e gli obiettivi fondamentali, per poi demandare la definizione degli interventi ad atti di diversa natura, all'altro in cui il piano contiene una puntuale elencazione delle prestazioni e delle modalità attuative degli interventi.

Una utile lettura trasversale dei diversi documenti di programmazione regionale è stata fatta verificando al loro interno tre caratteristiche²⁶:

- a. la disponibilità di informazioni dettagliate sugli obiettivi e la loro misurabilità;
- b. la ricognizione delle risorse finanziarie;
- c. l'organizzazione del rapporto tra pubblico e privato.

La disponibilità di informazioni dettagliate sugli obiettivi e la loro misurabilità

La valenza di un patrimonio informativo ai fini del riconoscimento dei bisogni del territorio, dell'identificazione delle priorità, della costruzione degli obiettivi di intervento e della misurabilità dei risultati è già ben presente nell'impostazione dell'attività sociale delle Regioni. Da una rilevazione condotta su questo tema dal gruppo di lavoro Politiche Sociali del CISIS (Centro Interregionale per il Sistema Informativo e il Sistema Statistico) e presentata nel 2004 a Genova, emerge come la maggior parte delle Regioni abbiano intrapreso iniziative in tema di sistemi informativi sociali, che in alcuni casi raggiungono interessanti livelli di funzionamento. Ciò è confermato dall'esame puntuale di quanto previsto dagli strumenti di programmazione regionale, con particolare riferimento ai seguenti elementi: analisi dei rischi sociali; analisi dell'offerta di servizi, istituzione del sistema informativo e dell'osservatorio sociale²⁷. In generale però si evidenzia un certo sbilanciamento dell'attività di conoscenza sulla dimensione dell'offerta di servizi, a discapito dell'analisi dei bisogni. Meno della metà delle Regioni analizzate offrono nei loro documenti un'analisi puntuale della situazione socio-demografica dalla quale ricavare il quadro dei bisogni prioritari, mentre quasi tutte, ad eccezione delle Regioni che regolano la materia con ricorso a leggi regionali, inseriscono nello strumento di programmazione una descrizione degli interventi, con un grado di approfondimento variabile. Per quanto riguarda l'istituzione di veri e propri organismi con funzioni di conoscenza, misurazione e valutazione, è possibile osservare come l'indicazione dell'art. 21 della Legge n. 328/2000 si rifletta abbondantemente nei Piani regionali, quantomeno come indicazione programmatica.

La tabella 2 che segue sintetizza il grado di rilevanza della dimensione informativa così come si desume dalla lettura dei documenti di programmazione, con particolare riferimento all'analisi dei rischi sociali e dell'offerta di servizi, alla creazione ex novo o all'esistenza di sistemi informativi dei servizi e di osservatori sociali. È da notare, qualora non si rilevi l'operatività di un osservatorio sociale, la possibile presenza di osservatori tematici, come nel caso della Lombardia (area disabilità) della Liguria (volontariato) e del Piemonte (infanzia e adolescenza).

Tab. 2 - Elementi informativi a supporto della programmazione regionale

REGIONE	ANALISI DOMANDA SOCIALE	ANALISI OFFERTA SOCIALE	SISS	OSS.
Abruzzo	analisi dei bisogni prioritari; costruzione di indici socio-demografici per la programmazione dei PdZ	confronto tra risultati attesi e conseguiti	previsto	presente
Basilicata	analisi socio-demografica della popolazione distinta per comune di residenza e appartenenza asi; stima del bisogno sociale per alcune categorie di bisogno	analisi del sistema di offerta per area di bisogno; analisi dei servizi attivati per la popolazione anziana.	previsto	previsto
Campania		l'attività di monitoraggio e valutazione è rinviata ai PdZ	previsto	previsto
Emilia-Romagna		descrizione dello stato di attuazione degli interventi che compongono il sistema integrato	presente	
Friuli-Venezia Giulia		indicatori di offerta di servizi; in corso di elaborazione indicatori di qualità, da utilizzare per il finanziamento degli enti gestori		
Lazio		esame dell'articolazione territoriale dell'offerta di servizi; definizione degli indicatori relativi a ciascun distretto e a ciascun comune interno al distretto		

²⁶ Sull'integrazione dei servizi socio-sanitari si rimanda al box 3 di questo capitolo.

²⁷ Per un approfondimento sul tema degli osservatori vedi la ricerca ISFOL, I sistemi/interventi di monitoraggio e di valutazione delle politiche sociali, marzo 2003.

Liguria	sintetica e puntuale analisi della struttura demografica della popolazione, e dell'utenza di servizi	analisi sulla distribuzione degli interventi e sul rapporto spesa/finanziamento regionale. La verifica degli interventi è differita ai PdZ	presente	
Lombardia		progetto di sperimentazione sull'unificazione dei flussi informativi e messa a punto di indicatori qualitativi e quantitativi individuati per la valutazione e il monitoraggio		
Marche	analisi delle caratteristiche demografiche e socio-economiche	analisi della diffusione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari; si prevede la valutazione di efficacia	previsto	presente
Molise	dettagliata analisi socio-demografica e occupazionale	descrizione dell'articolazione territoriale dell'offerta di servizi sociali per tipologia di prestazioni; sistema di valutazione dei servizi attraverso: definizione di standard di qualità; istituzione di albi regionali dei soggetti autorizzati all'erogazione dei servizi sociali; carta dei servizi, con particolare attenzione alla regolamentazione del processo di contracting out	previsto	presente
Piemonte		riferimento alla necessità di prevedere un sistema di monitoraggio e di verifica all'interno dei PdZ.	previsto	
Puglia			previsto	previsto
Sardegna		l'analisi dell'offerta territoriale è molto approfondita; si prevede un ufficio regionale ad hoc per la gestione del sistema di valutazione che dovrebbe includere esperienze di auto-valutazione degli interventi	previsto	presente
Sicilia		presentazione dei settori di intervento suddivisi per categorie di utenza e di rischio sociali. Si prevede che una Cabina di Regia Regionale debba provvedere al monitoraggio del sistema sociale territoriale	previsto	
Toscana	la programmazione locale è chiamata ad individuare e organizzare l'offerta con riferimento ad indici di carico sociale e indici di natura epidemiologica, rappresentativi della distribuzione dei bisogni nel territorio		previsto	presente
Umbria			previsto	previsto
Valle d'Aosta		la rilevazione dell'offerta territoriale è stata effettuata con schede qualitativo-quantitative. È prevista l'articolazione delle prestazioni sociali e socio-sanitarie in obiettivi e funzioni. Si demanda a successivi atti la definizione di un set minimo di indicatori per i livelli di assistenza relativi alle prestazioni erogate.	previsto	previsto
Veneto	viene formulato un quadro di epidemiologia sociale con riferimento ai determinanti sociali, sanitari e di altra natura; vengono inoltre rilevate ed indicate le priorità di bisogno a livello di ambito sociale.	la distribuzione dell'offerta viene analizzata in termini strutturali (dotazioni e professionalità) dinamici (natura dei processi di servizio e loro erogazione) finanziari (volumi e flussi di spesa). L'analisi fa riferimento a diverse tipologie di bisogno e ai rispettivi centri di responsabilità istituzionale e gestionale. Le valutazioni sono fatte con riferimento a parametri di input (finanziamento), output (tipologie e volumi di offerta) e outcome (misure di efficacia).	previsto	previsto
Prov. Bolzano		per ognuna delle undici aree di destinatari è presente la rilevazione dell'offerta di servizi presenti sul territorio provinciale e, sulla base di analisi e stime demografiche, un calcolo del fabbisogno di servizi da soddisfare nel periodo di vigenza del Piano. Per ogni area di destinatari, sono previste delle misure/obiettivo, a ciascuna delle quali viene attribuito un grado di priorità. Nel Piano si prevede l'istituzione di un apposito centro per la pianificazione, il controlling e il management della qualità per favorire la pianificazione e la valutazione delle prestazioni a tutti i livelli. È inoltre previsto il consolidamento del Sistema informativo provinciale (SIPSA) ed un	presente	

		connesso sistema di reporting		
Prov. Trento		è presente la ricognizione delle risorse strutturali per area di bisogno e la descrizione della rete dei servizi.	presente	

La ricognizione delle risorse finanziarie

A questo riguardo, all'interno dei Piani si possono individuare tre diversi gradi di determinazione delle risorse economiche: forte, medio e debole. Un grado elevato di determinazione di questa dimensione si riscontra nelle Regioni Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Sardegna, Toscana, Puglia, con una descrizione puntuale delle risorse finanziarie e delle modalità per la destinazione delle fonti di finanziamento, in alcuni casi indicando anche la copertura finanziaria delle prestazioni e l'analisi dei costi. In un secondo gruppo di Regioni (Calabria, Lazio, Marche, Molise, Valle d'Aosta) il documento di programmazione identifica i criteri di riparto delle risorse, mentre per le restanti Regioni vengono evidenziati soltanto i canali di finanziamento del settore.

Un caso interessante è rappresentato dalla Toscana che nel Piano integrato sociale regionale 2002-2004 prevedeva l'attribuzione di somme definite ed omogenee per i comuni capofila di ciascun ambito di zona, unitamente al conferimento di risorse economiche secondo un criterio di premialità condizionato alla realizzazione di alcuni obiettivi, come l'adozione di strumenti di gestione dei servizi unitari ed omogenei nello stesso ambito, o l'individuazione di un unico soggetto gestore. Inoltre, nel caso toscano, si fa riferimento al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, precisando che la definizione degli stessi è legata alla quantificazione di una misura di finanziamento su base pro-capite. Questo aspetto si ricollega, in termini più generali, al fatto che la stessa legge finanziaria 2003 stabilisce - in conformità al nuovo assetto del Titolo V della Costituzione - una relazione diretta tra le risorse ripartibili del Fondo nazionale per le politiche sociali e la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale, anche tenendo conto delle altre risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle Regioni e dagli enti locali. In tal modo la legge ha inteso definire anche una procedura concordata tra Stato e Regioni, fondata sul presupposto di una leale collaborazione tra livelli di governo.

L'organizzazione del rapporto tra pubblico e privato

Se a livello nazionale, successivamente al varo della Legge n. 328/2000, si è provveduto a regolamentare la materia del rapporto pubblico-privato (con DPCM del 30 marzo 2001), un adempimento con tali caratteristiche è stato realizzato a livello regionale solo in un numero molto ristretto di casi (Campania, Molise e Toscana). Tuttavia, in ogni piano sociale regionale il consolidamento del ruolo del terzo settore è ritenuto elemento chiave per il conseguimento degli obiettivi di politica sociale, sebbene perseguito con diverse soluzioni nell'impostazione dell'ordinamento funzionale. In Abruzzo e Basilicata, ad esempio, la collaborazione su questo fronte viene conseguita attraverso la stipula di accordi di programma. In Calabria si prevede l'istituzione di un albo regionale per l'accREDITAMENTO dei soggetti che gestiscono strutture e attività socio-assistenziali e il cui ruolo è potenziato dalla Conferenza Permanente per la programmazione socio-assistenziale regionale. Un'esperienza simile si riscontra in Emilia Romagna dove la Conferenza regionale sul Terzo settore è deputata al confronto e alla concertazione in merito al ruolo del privato sociale. La Regione Piemonte incentiva le attività di servizio civile volontario femminile e maschile in campo sociale, nonché il contributo spontaneo delle persone anziane, mentre la legge regionale sul "Sistema integrato di interventi e servizi sociali in Puglia" sottolinea il ruolo delle IPAB e le relative finalità assistenziali in forma integrata con gli obiettivi del Piano di zona. Un caso di programmazione compiuta della cooperazione tra attori istituzionali ed extra-istituzionali è rappresentato dal Piano della Provincia di Bolzano: il rapporto tra enti pubblici e privati è strutturato secondo un modello che vede i primi responsabili della pianificazione sociale, della predisposizione dei servizi sociali e della garanzia che i diritti alle prestazioni sociali, derivanti dagli standard minimi decisi in sede politica, possano essere effettivamente goduti da tutti i cittadini; in questo contesto si inserisce l'iniziativa dei privati, la cui promozione ed il cui sostegno sono riconosciute come un importante compito di natura pubblica. Il potere pubblico si impegna quindi a promuovere le attività e iniziative di associazioni private nel campo dell'assistenza, a collaborare con esse e ad inserirle nella pianificazione degli enti gestori pubblici. L'attività di sostegno e promozione avviene tramite la stipula di convenzioni, la concessione di contributi e le attività di informazione e consulenza.

L'accreditamento dei servizi sociali

Un aspetto particolarmente rilevante dell'implementazione della Legge n. 328/2000 attiene i processi di accreditamento, immaginati dal legislatore come passaggio essenziale della partecipazione al sistema di operatori privati (e del privato sociale). Lo strumento dell'accreditamento descrive l'attività periodica di valutazione volta a rilevare la conformità di soggetti pubblici e privati erogatori di servizi a criteri previsti normativamente, sia con lo scopo di promuovere la buona qualità delle prestazioni erogate, sia con l'obiettivo di governare il sistema di offerta dei servizi ricomprendendo il ruolo di *provider* privati, compresi quelli *for profit*. In questi termini l'accreditamento istituzionale si sviluppa in Italia inizialmente nel settore sanitario, successivamente alla riforma del 1992, come strumento con il quale viene riconosciuto ai soggetti già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie lo stato di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, a fronte di corrispettivo economico a carico dei Fondi Sanitari Regionali.

Successivamente l'accreditamento è divenuto, in forza della Legge n. 328/2000, il sistema di riferimento per la disciplina e la gestione del rapporto tra ente titolare delle funzioni di assistenza e i soggetti pubblici e privati che partecipano al sistema di offerta. Nel 2005 il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha realizzato, in collaborazione con l'Università di Roma "La Sapienza", una indagine volta a fare il punto sull'implementazione di questo strumento sia nella normativa regionale sia nella prassi gestionale degli enti locali i cui risultati sono sintetizzati nel Box seguente.

BOX 2: L'offerta dei servizi sociali tramite meccanismi di accreditamento.

In tema d'accreditamento dei servizi socioassistenziali la situazione appare fortemente diversificata sul territorio. Solo alcune regioni hanno approvato specifiche leggi che regolamentano l'istituto come sistema ordinario di offerta dei servizi sociali: si tratta dell'Abruzzo, della Calabria, dell'Emilia Romagna, delle Marche, del Piemonte, della Puglia, della Toscana e del Veneto. Altre regioni, pur non approvando specifiche leggi, hanno deliberato in tema di accreditamento attraverso disposizioni di carattere amministrativo e linee guida in connessione con gli specifici piani sociali regionali; è il caso di Liguria, Lombardia, Molise, Umbria. Per altre situazioni territoriali si può parlare solo indirettamente di introduzione di sistemi di accreditamento perché o hanno adottato sistemi autorizzatori che non si distinguono molto dagli atti di accreditamento (è il caso delle province di Bolzano e Trento) o hanno dato di esso un significato assai originale applicandolo ad aree di servizio molto particolari (è il caso della Val d'Aosta che prevede l'accreditamento come modello di qualificazione professionale per il servizio di Tata familiare, Mediatore interculturale e Assistente personale). Tuttavia, solo per alcune regioni l'accreditamento è divenuto sistema di affidamento effettivamente a regime (Marche, Veneto e, con le precisazioni di cui si è fatto già cenno, le province di Bolzano e Trento e la Val d'Aosta); in tutte le altre, il sistema o è in una fase di applicazione parziale riferendosi a specifiche aree di servizio o è in una fase di graduale applicazione. Molte regioni, infatti, stanno per approvare regolamenti o delibere atte a definire i requisiti e gli *standard* necessari per l'acquisizione della qualificazione di soggetto accreditato. Un caso particolare è quello della Puglia che aveva approvato un regolamento di esecuzione alla vigilia delle ultime elezioni regionali e che è stato annullato dalla nuova Giunta che si è in seguito formata.

L'istituto dell'accreditamento quale meccanismo di offerta è mutuato solo parzialmente da quello sanitario. Di esso, in generale, si traggono i collegamenti con le esigenze di pianificazione dell'offerta e un più forte legame diretto con la

remunerazione dei costi sostenuti dalle strutture accreditate, ma notevoli diversità si registrano sul piano dei soggetti responsabili del rilascio della qualifica di accreditamento (quasi sempre comuni), sul piano delle modalità di finanziamento (si rintracciano meccanismi di finanziamento diretto e meccanismi indiretti, *voucher*, ecc.) e sul piano, infine, dell'estensione dei servizi a cui si prevede di applicare l'accredimento. Mentre nel settore sanitario l'accredimento è meccanismo volto a disciplinare tutte le offerte di prestazione, per i servizi sociali le regioni si regolano diversamente. A fianco a regioni che applicano l'accredimento per tutte le aree di servizio (Abruzzo, Emilia Romagna, Puglia, Toscana, Trento), troviamo regioni che applicano l'accredimento per i soli servizi domiciliari (Val d'Aosta) e altre, al contrario, per i soli servizi residenziali o semiresidenziali (Calabria, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Umbria, Veneto); in altri casi, il sistema è in via di progressiva applicazione e si trovano situazioni molto diversificate benché si tenda gradualmente a un utilizzo esteso a tutte le tipologie di servizio (Bolzano, Lombardia). La situazione appare ancora più diversificata se si pone l'accento sui destinatari dei servizi dal momento che la previsione dell'accredimento per una specifica tipologia di servizio non comprova necessariamente che siano inclusi tutti gli utenti che possono fruire di quel medesimo servizio. In generale i servizi di accreditamento paiono maggiormente sviluppati nei servizi socio-educativi rivolti ai minori.

Giacché i sistemi di accreditamento sono entrati in regime in due sole regioni, non è facile al momento capire se l'orientamento prevalente è quello di istituire sistemi di accreditamento istituzionale o sistemi di accreditamento qualitativo anche per la difficoltà nel concreto di distinguere i due modelli.

Infine, sostanzialmente ridotto appare il ricorso allo strumento dei *voucher*. Esso si collega con il sistema di accreditamento anche se non necessariamente; infatti, vi sono realtà territoriali in cui il *voucher* è utilizzato per servizi estranei alle procedure di accreditamento (il collegamento col sistema di accreditamento è presente in Lombardia; l'utilizzo dei *voucher* invece prescinde dall'accredimento in Sicilia e in Veneto; del tutto atipico è invece quello previsto dalla Val d'Aosta). In altre realtà, al momento, il *voucher* è previsto solamente a livello legislativo ma non è ancora stata emanata la normativa di dettaglio: così in Emilia Romagna, in Calabria, in Piemonte e in Puglia. Infine, vi sono altre realtà dove sussistono assegni di cura che sembrano assomigliare molto di più a contributi diretti che a veri e propri *voucher* e comunque prescindono dal sistema di accreditamento: così, ad esempio, in Liguria.

A questo spaccato istituzionale e normativo di livello regionale si deve però aggiungere un quadro di prassi, spesso preesistenti, di sistemi di accreditamento gestiti a livello comunale, che comunque, e non da ora, è il livello dove la maggior parte degli interventi vengono posti in essere. In molti casi si tratta di esperienze anticipatrici delle stesse discipline regionali; in altri casi, pur essendo esperienze formalmente inquadrato nel contesto di una disciplina regionale definita, vi sono forti elementi di innovazione e sperimentality. Tra le prime si segnalano le esperienze di Torino e del CISAP (Consorzio Intercomunale dei Servizi Alla Persona di Collegno e Grugliasco), Monfalcone, Parma, Roma, Pisa, Isernia, Modena; tra le seconde Macerata, Jesi, Genova.

A fini puramente ricognitivi si conclude dicendo che in via generale il sistema di accreditamento quasi mai si presenta alternativo al sistema autorizzatorio che comunque è disciplinato per tutti i servizi a carattere residenziale. Negli altri servizi è ancora frequente trovare in quasi tutte le regioni sistemi di offerta dei servizi a gestione diretta o con procedure solo parzialmente aperte.

L'integrazione socio-sanitaria

Un altro aspetto rilevante dell'evoluzione del sistema dei servizi è rappresentato dal nodo dell'integrazione socio-sanitaria. Si fa riferimento, con questo termine, ad un set di prestazioni che fanno fronte a domande di intervento complesse, che richiedono competenze e metodologie appartenenti tanto alle professionalità medico-infermieristiche quanto a quelle sociali o più in generale afferenti alla dimensione relazionale della persona. Nella seconda parte del rapporto si entrerà più nel dettaglio nella descrizione delle tipologie di prestazioni socio-sanitarie (che comunque possono essere fatte rientrare tra le prestazioni distrettuali e sono identificabili principalmente nei servizi domiciliari e in quelli residenziali). In questa sede, con riferimento al

quadro istituzionale, ciò che si vuole sottolineare sono gli aspetti relativi all'*integrazione* tra gli apparati che presiedono le funzioni socio-sanitarie.

L'organizzazione del sistema di offerta di tali prestazioni va ricondotta, in primo luogo, al Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, di razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, che individuava nuovi criteri nel tentativo di chiarire cosa compete ai Comuni e cosa alle ASL. Il decreto distingue tra: *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* e *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, nel cui ambito è la sottocategoria delle "*prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria* caratterizzate dalla particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, che rientrano nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Il decreto specifica – ed è un aspetto di sostanziale novità - che il distretto è tenuto a garantire anche le prestazioni socio-sanitarie, ed a programmarle in forma concertata con i Comuni tramite il *Piano delle attività territoriali* (PAT).

In attuazione di queste norme, l'atto di indirizzo e coordinamento approvato con DPCM 14 febbraio 2001 ha identificato i criteri per definire le prestazioni socio-sanitarie²⁸ e ribadito l'importanza della valutazione multidisciplinare del bisogno, la predisposizione dei piani personalizzati di assistenza, l'approccio progettuale. La tabella allegata al DPCM (allegato 1C), inoltre, ha individuato per grandi aree (assistenza ambulatoriale e domiciliare; residenziale; semiresidenziale) i servizi e le prestazioni da iscrivere alle nuove categorie identificate dal Decreto Legislativo n. 229/1999, e distinguendo competenze ed oneri tra aziende USL e Comuni. In particolare, si precisa, per le prestazioni nelle quali la componente sanitaria non è distinguibile da quella sociale, la percentuale di costo che non è attribuibile al Servizio Sanitario Nazionale, che rimane, pertanto, a carico dell'utente o del Comune.

Sul piano concreto, il nodo della gestione integrata delle prestazioni socio-sanitarie è tuttavia complesso e non ancora risolto. Sebbene negli anni recenti i principali provvedimenti sul Servizio sanitario nazionale o sulla riforma dell'assistenza appaiono fortemente connotati dal valore dell'integrazione tra sanitario e sociale, continua a prevalere un modello con titolarità separata nell'esercizio delle funzioni sociali e sanitarie e la separazione delle competenze finanziarie. Mancano ancora:

- a. una definizione nazionale unica di livelli essenziali sociosanitari a cui partecipino sia l'amministrazione della salute che quella del welfare²⁹;
- b. modelli organizzativi, strumenti di programmazione e di finanziamento armonizzati a livello regionale³⁰;
- c. punti di accesso unificati, a livello territoriale, per le diverse prestazioni.

²⁸ Riprendendo in larga parte quanto già previsto da diverse Regioni, si fa riferimento ad appropriatezza, modulazione di intensità e di complessità dei fattori produttivi.

²⁹ Mentre il Ministero del lavoro e delle politiche sociali non prende parte ai tavoli negoziali per la definizione dei LEA.

³⁰ A questo livello non sempre i piani sociali e i piani sanitari sono comunicanti, basti osservare la tempistica, molto spesso diacronica, nell'adozione dei due strumenti.

La mancata integrazione determina sia costi sull'utenza - che deve ricomporre a proprie spese le componenti dell'intervento sia medico-infermieristico che assistenziale (talvolta relazionandosi con amministrazioni differenti) - sia una distribuzione degli oneri finanziari rimessa alla libera negoziazione ed ai rapporti di forza tra i soggetti pubblici erogatori di servizi sociali o sanitari (Comuni da una parte, Asl dall'altra). Difficoltà sembrerebbero in particolare emergere per i Comuni di ridotte dimensioni, che più difficilmente sono in grado di confrontarsi alla pari con le ASL, che laddove in difficoltà finanziarie, cercano di ridurre la propria quota di cofinanziamento alle prestazioni socio-sanitarie o riducono le proprie prestazioni reindirizzando la domanda, di conseguenza, sugli enti locali.

BOX 3: Prospetto sugli strumenti Regionali per la regolamentazione del cofinanziamento delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria

L'esame dei provvedimenti che le Regioni hanno adottato in riferimento all'adozione di accordi con gli Enti locali per l'assunzione di oneri relativi alle prestazioni sociosanitarie, evidenzia una situazione molto variegata e comunque tuttora in via di evoluzione, in cui la maggioranza delle Regioni, adoperando i margini di discrezionalità ed autonomia conferiti dal nuovo titolo V, sta tuttora disciplinando la materia.

Soltanto poche Regioni hanno dettato disposizioni sull'applicazione dell'allegato 1C in riferimento all'area dell'integrazione sociosanitaria mentre diverse Regioni hanno avviato tavoli di lavoro per la redazione di indirizzi e criteri per l'integrazione di prestazioni sociosanitarie.

A quasi quattro anni dall'approvazione del DPCM 29.11.2001, l'attuazione a livello regionale del decreto sui LEA sociosanitari è così ancora fortemente incompleta. Al 31 dicembre 2002 soltanto il Veneto aveva adottato due provvedimenti di recepimento dell'allegato in esame, a cui ad oggi si sono unite soltanto Toscana, Piemonte e Calabria. Tra queste Veneto e Calabria hanno individuato e definito anche livelli regionali aggiuntivi e la relativa quota di ripartizione tra spesa sociale e spesa sanitaria.

L'Umbria ha emanato atti di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie e la Campania indirizzi regionali di programmazione a comuni ed ASL per un sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari, rinviando a un successivo atto l'adozione formale dei documenti. Anche la regione autonoma Friuli Venezia Giulia ha adottato linee guida per la predisposizione del Programma per le attività territoriali (PAT) e per la predisposizione del Piano di Zona (PdZ) al fine di promuovere la collaborazione tra il sistema sanitario e il sistema dei servizi sociali per sviluppare i processi di integrazione sociosanitaria.

Puglia e Liguria hanno promosso l'istituzione di tavoli di lavoro e di concertazione tra tutte le forze sociali coinvolte nel processo di integrazione.

Alcune Regioni, invece, hanno disciplinato separatamente singoli servizi e prestazioni attraverso la stipula di accordi e convenzioni (Marche, Molise) o tramite direttive (Emilia Romagna), che rimandano a successivi interventi l'armonizzazione dei singoli provvedimenti. Un rinvio a successivi provvedimenti d'armonizzazione delle disposizioni provinciali vigenti in materia socio-sanitaria si evidenzia anche nel caso degli interventi puntuali adottati dalla Provincia Autonoma di Trento e da quella di Bolzano.

In relazione alla tipologia di provvedimento adottato dalle Regioni per definire criteri e parametri di ripartizione degli oneri relativi alle prestazioni sociosanitarie, si riscontra un fattore di disomogeneità delle fonti informative regionali: non si ravvisa infatti uno strumento comune di recepimento della materia quale potrebbe essere il *Piano integrato socio sanitario regionale* ma ogni livello regionale ha regolamentato diversamente. La Toscana ha infatti disciplinato i criteri e le quote di finanziamento delle prestazioni sociosanitarie all'interno del Piano Sanitario Regionale: con l'approvazione dell'Allegato 3 "I livelli di assistenza socio-sanitaria" del PSR 2002/2004 la Regione ha concordato con gli Enti locali i parametri di riparto degli oneri finanziari relativi all'area delle prestazioni socio sanitarie di cui all'allegato 1C del DPCM 29.11.2001. La Calabria ha inserito la regolamentazione dell'area socio-sanitaria all'interno della legge regionale per la "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria" in cui nella tabella "A" vengono identificati i livelli assistenza socio sanitaria prestazioni, le fonti normative e gli oneri finanziari. Il Piemonte ha recepito l'accordo Regione - Territorio per l'applicazione dei LEA sull'area socio-sanitaria. La Regione Veneto ha dettato

disposizione applicative in merito al recepimento del decreto sui Lea sociosanitari. L'adozione di uno strumento comune di programmazione concilierebbe i meccanismi di integrazione tra sfera sociale e sfera sanitaria favorendo lo sviluppo di logiche di collaborazione e coordinamento tra tutti gli attori coinvolti nel processo. Occorre rilevare tuttavia che anche le Regioni che hanno adottato il Piano socio sanitario e che presentano un forte orientamento verso l'area dell'integrazione socio sanitaria, non hanno recepito nello stesso l'allegato 1C del DPCM sui LEA sociosanitari.

Più nel concreto, e come meglio si vedrà nella Parte II, il socio-sanitario è parte rilevante dei servizi reali forniti a livello locale, le risorse a loro finanziamento essendo in gran parte a carico dei Fondi Sanitari Regionali (basti pensare che, per l'anno 2002 le prestazioni socio-sanitarie - assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale - distraevano il 12,2% di una spesa sanitaria complessiva pari a 79 miliardi di euro, dati ASSR). Indipendentemente dal recepimento del DPCM, emergono inoltre modelli diversi di integrazione. Ad un estremo, vi sono situazioni - le regioni del centro Italia, in taluni casi anche tramite formule organizzative nuove e sperimentali, come le *Società della salute* toscane - in cui si punta su un forte lavoro di programmazione congiunta tra sanitario e sociale, all'altro, situazioni - come la Lombardia e il Veneto - in cui si va verso una convergenza del sistema d'offerta sul sistema delle ASL.

L'integrazione con gli interventi finanziati con i fondi strutturali

Il sistema degli interventi territoriali, unitamente alla rete dei servizi degli enti locali e alla componente più propriamente socio-sanitaria che vede coinvolte le ASL, ha un possibile complemento negli interventi derivanti dall'impiego di fondi strutturali. Nel box 4 vengono prese in considerazione le azioni e le risorse che discendono dal Quadro Comunitario di Sostegno (QCS), Obiettivo 1 2000-2007, e quelle dell'iniziativa Equal cofinanziata dal Fondo Sociale Europeo (FSE). Queste azioni sono importanti poiché incrementano la quota di risorse dedicate al settore, ma soprattutto perché la logica che presidia gli interventi è la stessa sulla quale si fonda la Legge n. 328/2000: forte integrazione delle tipologie di azione (servizi sociali con servizi del lavoro e della formazione), logica del cofinanziamento, partnership pubblico-privato ecc. Rimane il punto che, anche nell'analisi di singoli segmenti, quale quello realizzato dall'Uval sui fondi QCS Obiettivo 1 (quindi solo per il Meridione), si registra una certa difficoltà nella ricostruzione di un quadro di analisi, non già delle somme rendicontate, quanto del reale livello di integrazione tra le iniziative promosse con queste tipologie di fondi e quelle istituzionalmente derivanti dall'attuazione della legge del 2000. Anche in questo caso occorrerebbe incrociare una analisi di tipo organizzativo sulle amministrazioni per registrare:

- a. per il livello regionale, il grado di integrazione nella progettazione degli interventi tra gli assessorati di *line* - in questo caso l'assessorato alle politiche sociali - e quello preposto alla gestione dei fondi strutturali, che in molti casi coincide con quello al bilancio;
- b. la capacità degli strumenti di programmazione, piani sociali regionali o piani di zona³¹, di includere azioni sostenute da questa filiera di finanziamenti.

³¹ Oppure PIT, poiché l'aspetto rilevante non è quale sia la sede di programmazione che contenga tutti gli interventi di inclusione ma che ne venga utilizzata solo una e non insistano su uno stesso ambito territoriale/amministrativo differenti strumenti di programmazione su obiettivi convergenti con effetti di duplicazione e riduzione dell'efficacia. Per dare risposta anche a questo interrogativo, nel corso del 2005, il Foromez e l'Università degli studi di Roma Tor Vergata stanno realizzando una indagine commissionata dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali finalizzata a studiare i riflessi sull'integrazione delle politiche dei modelli organizzativi adottati da Regioni e comuni.

BOX 4: Gli interventi definiti attraverso il QCS

La "riduzione del disagio sociale nel Sud" è una delle due componenti dell'obiettivo strategico del Quadro Comunitario di Sostegno (QCS) Obiettivo 1 2000-2006 che si affianca all'obiettivo di crescita del PIL. Per molti aspetti, la realizzazione dell'obiettivo di riduzione del disagio sociale è però affidata agli effetti indiretti della crescita economica, che viene perciò ad essere l'obiettivo pregnante del QCS. Per taluni aspetti, però, la riduzione del disagio sociale ha valenza autonoma e, al di là del focus peculiare che, anche da un punto di vista conoscitivo, colora l'intero QCS, si avvale di interventi specificamente diretti all'inclusione sociale ed alla lotta al disagio. Tenuto anche conto delle dimensioni delle risorse implicate, gli interventi in questione hanno però soprattutto una valenza di supporto al sistema dei servizi e non di programmi di larga scala.

Gli interventi per l'inclusione sociale e la riduzione del disagio non si rifanno a una politica o una selezione di azioni esplicitamente predefiniti dal QCS o dai suoi Programmi Operativi (PO), come un asse prioritario o una selezione di misure chiaramente e univocamente indirizzate a obiettivi di inclusione sociale. Le modalità e gli strumenti attuativi con cui i PO regionali e nazionali hanno attivato misure, azioni e progetti con dirette finalità di inclusione sociale o di riduzione del disagio sono distribuiti nei diversi Assi e Misure dei programmi e particolarmente diversificati.

L'analisi qui presentata considera perciò una selezione di misure, parti di misure e azioni con dirette finalità di inclusione sociale e riduzione del disagio individuate sulla base dell'analisi dei testi dei PO e dei complementi di programmazione. Già questo conferma quanto prima detto sul ruolo del tema del disagio sociale all'interno dell'attuale programmazione.

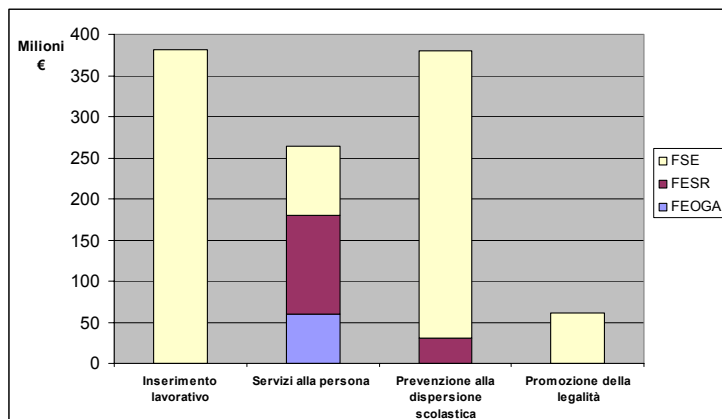
Tutti i PO regionali e due PO nazionali del QCS (Scuola per lo Sviluppo e Sicurezza) prevedono interventi con dirette finalità di inclusione sociale all'interno dei diversi assi prioritari, e in particolare dell'Asse 3 Risorse Umane, il cui obiettivo esplicito è quello di "favorire i processi di recupero della fiducia e benessere sociale e ridurre la marginalità sociale", e dell'Asse 5 Città, che finanzia interventi mirati a "rafforzare il capitale sociale in ambito urbano mediante il soddisfacimento dei bisogni sociali di base, la riduzione del tasso di esclusione, la promozione dell'economia sociale, la qualificazione dei servizi, la definizione di nuove professionalità in ambito sociale".

Quattro sono le principali categorie di politiche e interventi direttamente finalizzati all'inclusione sociale individuabili nei PO del QCS:

1. **Inserimento lavorativo dei soggetti a rischio di esclusione sociale.** Questa categoria di interventi si articola secondo due principali sottotipologie: gli interventi mirati all'inserimento e reinserimento lavorativo dei gruppi svantaggiati e gli interventi per sostenere la partecipazione femminile al mercato del lavoro. Gli interventi che ricadono in questa tipologia sono tutti finanziati dal Fondo Sociale Europeo e principalmente finanziati nelle varie misure dell'Asse 3 dei PO.
2. **Servizi alla persona.** A questa categoria appartengono tutti gli interventi rivolti al miglioramento dei servizi di base per le popolazioni urbane e rurali (in particolare interventi infrastrutturali) e gli interventi a sostegno dell'erogazione di servizi per l'economia sociale. Si tratta di interventi per lo più finanziati dalle misure dell'Asse 5 (Città) e dall'Asse 4 (Sistemi locali di Sviluppo), con particolare riferimento alle misure per lo sviluppo rurale.
3. **Lotta e prevenzione della dispersione scolastica.** Questa categoria include sia gli interventi finanziati dalle misure specifiche dell'Asse 3 dei POR, sia quelle finanziate dal PON Scuola.
4. **Promozione e sostegno della legalità.** In questa categoria ricadono quegli interventi che individuano la criminalità come fattore di marginalità ed esclusione e che promuovono la legalità in un'ottica di lotta al disagio e di sostegno all'inclusione. Si tratta per lo più di interventi finanziati dal PON Sicurezza e dal POR Sicilia.

Gli investimenti programmati dai diversi PO variano sensibilmente tra le diverse tipologie di intervento e nei diversi PO. La figura 1 mostra la distribuzione delle risorse programmate dai PO considerati per gli interventi di inclusione sociale e riduzione del disagio, ordinati secondo le quattro principali categorie individuate e le fonti di finanziamento. È importante rilevare che anche se la maggior parte delle risorse viene dal FSE, tutti e tre i fondi Europei sono interessati.

Fig. 1: Risorse finanziarie pubbliche programmate per l'inclusione sociale nei PO considerati (al 31-12-2004)



Fonti: elaborazione UVAL su dati forniti dai CDP e piani finanziari

Nel loro complesso, i PO del QCS hanno destinato circa 1 Miliardo di euro di risorse pubbliche agli interventi di inclusione sociale e riduzione del disagio, con valori che oscillano tra il 2.4% e il 2.7% del totale delle risorse pubbliche messe a disposizione dal QCS e tra il 2% e il 4% delle risorse pubbliche destinate ai PO Regionali. Nel caso del FSE l'inclusione sociale, come qui identificata, rappresenta tra il 13% e il 15% del totale delle risorse.

La tabella 3 presenta i dati di programmazione, impegni e spesa al 31-03-04 per le principali categorie e sottotipologie di interventi qui individuati. L'andamento degli impegni e della spesa per gli interventi considerati è assai variabile e questo non sempre permette di raggiungere conclusioni univoche su ciò che favorisce o ostacola l'attuazione.

Tab. 3 - Stato di attuazione delle politiche e interventi di Inclusione Sociale nel QCS al 31-12-04

POLITICHE D'INCLUSIONE SOCIALE	Tipologie di interventi	Programmato	Impegni	Impegni/ Progr.
INSERIMENTO LAVORATIVO SOGGETTI A RISCHIO DI ESCLUSIONE SOCIALE	Inserimento lavorativo di gruppi svantaggiati	315.069.787	120.579.043	38%
	Partecipazione femminile al mercato del lavoro	65.819.580	11.312.323	17%
SERVIZI ALLA PERSONA	Servizi di base alla popolazione urbana	126.400.488	48.417.007	38%
	Servizi di base all'economia sociale	77.356.675	6.817.765	9%
	Servizi di base per l'economia e le popolazioni rurali	60.177.677	20.195.115	34%
LOTTA E PREVENZIONE ALLA DISPERSIONE SCOLASTICA	Lotta e prevenzione alla dispersione scolastica	380.081.414	197.433.383	52%
PROMOZIONE E SOSTEGNO DELLA LEGALITA'	Promozione e sostegno della legalità	61.075.714	33.406.765	55%
TOTALE IS		1.085.981.335	438.161.401	40%
QCS		46.073.794.978	26.445.007.397	57,4%
% QCS		2,4%		
Interventi di IS finanziati da FSE	TOTALE IS IN FSE	875.626.650	356.482.730	41%
FSE senza la quota di interventi per l'inclusione sociale	FSE TOTALE- IS IN FSE	5.898.667.131	3.469.514.248	59%
Totale FSE	Totale FSE	6.774.293.781	3.825.996.978	56%

Fonti: elaborazione UVAL su dati forniti dai CDP e MONIT

L'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati o a rischio di esclusione sociale è la principale strategia di inclusione sociale adottata dai POR del QCS, principalmente finanziata dalle misure dell'asse 3 e dal FSE. Più nello specifico, la formazione professionale è il principale strumento operativo prescelto. Anche quando gli interventi per l'inserimento

lavorativo prevedono una strategia più articolata, di cui la formazione è solo un elemento, spesso solo le attività formative risultano attivate e producono spesa.

Nell'ambito delle politiche urbane i POR hanno programmato di indirizzare risorse significative degli interventi per l'inclusione sociale verso modalità attuative integrate quali i PIT, i Piani di Zona Sociale, o progetti integrati in aree urbane. Il ricorso a strumenti integrati risulta maggiore laddove esiste una cornice normativa e di pianificazione settoriale regionale che incoraggi l'innovazione da parte delle Regioni ed di altri organismi pubblici territoriali o di settore. Anche se le esperienze finora maturate sono limitate (in parte a seguito del ritardo attuativo dei PIT e dei Piani di Zona), l'interesse e l'impegno dimostrati in fase di programmazione sono un segnale significativo.

Infine, i PO del QCS investono risorse significative (oltre 340 Meuro) nella lotta all'abbandono e alla dispersione scolastica come strategia per l'inclusione sociale. Quantomeno in termini finanziari, la capacità attuativa è in media superiore a quella delle altre tipologie di interventi, un dato tanto più significativo alla luce del fatto che i fondi nazionali e regionali investiti in questo settore sono molto limitati (quando esistono), per cui il QCS gioca un ruolo particolarmente strategico in questo settore in tutte le Regioni del Mezzogiorno.

Nel quadro delle attività realizzate con il sostegno di iniziative comunitarie, una menzione particolare merita l'iniziativa EQUAL, co-finanziata attraverso il FSE.

L'iniziativa si colloca nell'ambito della Strategia Europea per l'Occupazione (SEO) quale strumento d'intervento per gli Stati membri al fine di pervenire ad un aumento del tasso di occupazione della popolazione, in particolare dei soggetti maggiormente esclusi dal mercato del lavoro.

Peculiarità, e valore aggiunto, delle azioni inserite in EQUAL è nell'approccio di mainstreaming e nell'esplicita logica di sperimentazione di buone prassi, poi da estendere e valorizzare a livello di sistema. EQUAL individua, inoltre, nell'approccio di partnership, la modalità più efficace per fronteggiare i fenomeni di esclusione: la sua logica di rete risponde in pieno a quella indicata dal Piano per l'Inclusione, poiché riproduce l'interazione tra livello verticale (rapporto tra i diversi livelli di governo) e orizzontale (rapporto tra dimensione sociale ed economica).

In virtù di tali proprietà, EQUAL è stato specificatamente utilizzato:

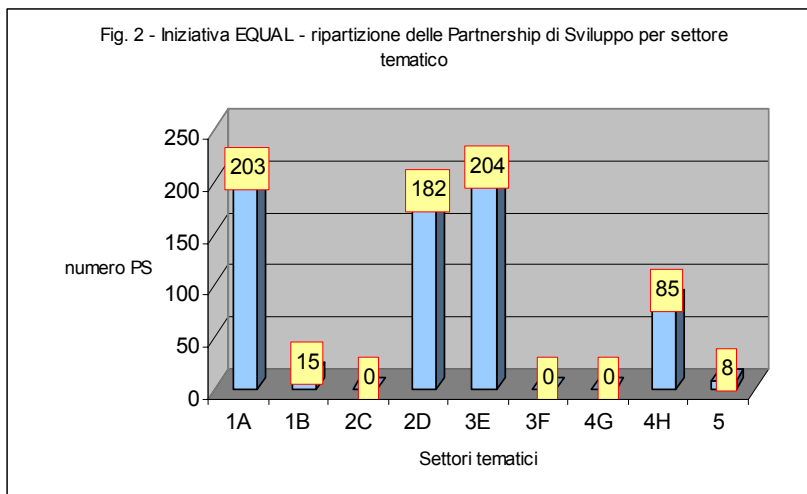
- a. nella forma delle Partnership di Sviluppo dell'impresa sociale;
- b. per l'inserimento di fasce di popolazione svantaggiata;
- c. per l'integrazione tra servizi sociali e servizi del lavoro.

In quest'ottica, l'iniziativa EQUAL ha consentito di elaborare processi di integrazione connessi con il percorso di attuazione della stessa Legge n. 328/2000: EQUAL ha preparato talvolta il terreno per l'avvio dei piani di zona (Puglia), altre volte i Piani di zona hanno utilizzato EQUAL come primo strumento di sperimentazione di figure professionali o azioni integrate (Umbria).

Le risorse finanziarie complessive ammontano a circa 800 milioni di euro, ripartiti in parti quasi uguali, tra le due Fasi di attuazione: la prima Fase, riferita al periodo 2001-2003, si concluderà operativamente alla fine del 2005; mentre la seconda Fase, relativa al periodo 2004-2006, è stata avviata ad aprile 2004 e proseguirà, operativamente, sino alla fine del 2008.

EQUAL opera attraverso il finanziamento di Partnership di Sviluppo (PS). Le PS sono partneriati formalmente strutturati composti da una pluralità di organismi che, sin dalla fase iniziale di progettazione, definiscono congiuntamente obiettivi, ruoli e responsabilità di ciascuno. Le PS riuniscono differenti attori chiave quali, ad esempio, amministrazioni pubbliche centrali, regionali e locali, enti di volontariato, imprese, parti sociali ecc...e si distinguono in geografiche e settoriali. Il partenariato proposto da EQUAL (ampio, differenziato, partecipativo in tutte le diverse fasi del progetto) è risultato molto innovativo e rappresenta anch'esso un patrimonio rispetto anche alle esperienze nazionali di sviluppo locale (Patti, PIT, GAL, Contratti d'area, Piani di Zona, ecc.). In molti casi questa partecipazione attiva dei soggetti locali ha indotto esperienze di azione collettiva "senza precedenti". EQUAL è stata anche un'occasione per offrire opportunità nuove a soggetti che di solito non riescono a realizzare interventi nelle politiche dei fondi strutturali: molti enti locali, i soggetti del terzo settore più deboli, quali le piccole cooperative, le Onlus e altri soggetti.

Al fine di ottimizzare le risorse disponibili l'Italia ha preferito concentrare la propria strategia d'azione, nell'ambito delle cinque priorità, su sei dei nove temi o obiettivi specifici proposti dalla Commissione Europea.



A livello operativo, l'Iniziativa in Italia, rappresenta un unicum rispetto alle iniziative di livello europeo, in quanto si muove in linea con i processi di decentramento politico-amministrativo in discussione a livello nazionale e con l'affermazione del principio comunitario di sussidiarietà. Le Regioni infatti, sono divenute titolari delle competenze in materia di formazione professionale nonché di una funzione consultiva in relazione alla presentazione di progetti a carattere trans-regionale, "settoriale", mentre lo Stato resta titolare delle funzioni di indirizzo, coordinamento, individuazione di standard delle qualifiche professionali e dei requisiti minimi per l'accreditamento delle strutture formative. Le linee strategiche di questa riforma sono riprodotte anche nella gestione operativa di EQUAL dal momento che le Regioni, avendo declinato gli indirizzi nazionali in priorità regionali, rappresentano i soggetti di riferimento per la presentazione e la valutazione di progetti che intervengono a livello geografico sui rispettivi ambiti regionali, ferma restando la competenza generale dell'Autorità di gestione, ossia il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Settori tematici

- 1A** Occupabilità - (Re -) inserimento nel mercato del lavoro
- 1B** Occupabilità - Prevenire l'insorgere di fenomeni di razzismo
- 2C** Imprenditorialità - Creazione di impresa
- 2D** Imprenditorialità - Economia sociale
- 3E** Adattabilità - Formazione continua
- 3F** Adattabilità - Adattamento ai cambiamenti ed alle nuove tecnologie informatiche
- 4G** Pari opportunità - Conciliazione tra la vita familiare e la vita professionale
- 4H** Pari opportunità - Riduzione segregazione di genere nell'ambito professionale
- 5** Richiedenti asilo

Le indicazioni fornite nei rapporti di valutazione intermedia confermano, per gli interventi qui esaminati perché direttamente finalizzati all'inclusione sociale, i segnali di difficoltà attuativa già posti in luce, su un piano strettamente finanziario, dalla tabella 3. Mentre in fase di programmazione molti PO avevano previsto di attivare una pluralità di interventi, spesso di carattere innovativo, adottando un approccio differenziato e organico rispetto alla molteplicità delle forme di esclusione e possibili strategie di riduzione del disagio, in fase attuativa spesso le uniche azioni avviate sono più "tradizionali", che non necessariamente coinvolgono nuovi attori o nuove modalità di programmazione. Carenze vengono segnalate anche con riferimento alla fase di programmazione (con non chiara identificazione dei destinatari degli interventi o delle cause di disagio) ed alla mancanza di una specifica strategia attuativa. Minori difficoltà sembrerebbero caratterizzare gli interventi, pur di natura complessa, attuati da soggetti istituzionali consolidati e con target meglio definiti e azioni più precise.

Il finanziamento del sistema dei servizi territoriali

La ricostruzione del sistema di finanziamento della rete dei servizi sociali territoriali sconta la complessità del quadro istituzionale sinora discusso. Si scontano le difficoltà di ricondurre una pluralità di aggregati e di flussi di trasferimenti finanziari che coinvolgono diversi livelli di governo ad un quadro coordinato e completo³². Poiché il processo di decentramento della seconda metà degli anni Novanta, la Legge n. 328/2000 e la riforma del Titolo V, ma già prima la realtà effettuale tradizionale del nostro paese, pongono il baricentro dell'erogazione dei servizi a livello Comunale (Comuni singoli o associati nelle molteplici forme organizzative di *zone*, *consorzi*, *distretti* ecc.) sono due le informazioni essenziali da considerare: la spesa dei Comuni per la rete dei servizi, le entrate dei Comuni che finanziano quella spesa.

Riguardo il primo punto la più importante fonte informativa finora utilizzabile è costituita dai certificati di conto di bilancio che le amministrazioni comunali redigono ogni anno e nel quale sono registrate le partite finanziarie in entrata ed in uscita amministrative nei Comuni e che, da un punto di vista statistico, vengono raccolti ed elaborati dall'ISTAT³³. Pur con approssimazioni, un indicatore della spesa è desumibile dalle informazioni sugli impegni di spesa corrente³⁴ dei Comuni, per le voci "prestazione di servizi" e "trasferimenti", considerate per le funzioni di Istruzione pubblica (al codice di spesa 4075, nel quale si includono gli impegni per *Assistenza scolastica*, *trasporto*, *refezione e altri servizi*) e nel Settore Sociale (relativamente ai codici di registrazione della spesa per *Asili nido*, *servizi per l'infanzia e per i minori* - 4155, *Strutture residenziali e di ricovero per anziani* - 4160, *Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona* - 4165). Sono escluse da questo aggregato la voce di bilancio *Servizio necroscopico e cimiteriale*, che pure viene classificato nei bilanci come funzione nel settore sociale e *l'Edilizia residenziale pubblica e popolare* che, nonostante rilevi da punto di vista della funzione e che su cui si ritornerà quindi nella II parte di questo rapporto nel capitolo dedicato alla funzione abitazione), viene qui escluso perché poco ha a che fare coi servizi sociali discussi in questo capitolo e tradizionalmente appannaggio di strutture amministrative del Comune differenti da quelle che presiedono la rete dei servizi sociali e, più precisamente, degli assessorati all'urbanistica e al territorio.

Anche indipendentemente da quest'ultima esclusione, motivata dal focus sui servizi e non sulla spesa con finalità sociale tout court, va detto che l'aggregato definito da questi 4 capitoli di bilancio plausibilmente sottostima gli interventi con funzioni sociali poiché non si tiene conto delle minori entrate connesse con agevolazioni tariffarie per una serie di servizi, quali quelli di trasporto, il

³² Ad eccezione delle risorse che finanziano interventi a carico dei fondi strutturali che, essendo stati trattati specificatamente non sono ricompresi nelle analisi del presente paragrafo.

³³ I risultati qui presentati si basano sia su dati di fonte Ministero dell'Interno, che rileva ogni anno i Certificati di conto di bilancio dei comuni, sia su rielaborazioni dei risultati delle rilevazioni campionarie rapide sui certificati di bilancio condotte dall'ISTAT per gli anni 1999-2003.

³⁴ Si tralascerà di considerare la spesa in conto capitale, mentre si considererà esclusivamente gli impegni di parte corrente.

servizio idrico o di smaltimento rifiuti. Le voci di bilancio in questione aggregano più tipi di servizio e rispondono a finalità di gestione e rendicontazione finanziaria generale, non riuscendo a rappresentare in maniera sufficientemente dettagliata la gamma di servizi/interventi che il comune realizza e le risorse che questi assorbono. Del tutto assenti sono poi le misurazioni adeguatamente standardizzate dell'offerta e dei suoi beneficiari effettivi³⁵ e tanto meno dei costi unitari delle prestazioni erogate, il processo di redazione del certificato di bilancio essendo slegato dai processi di produzione dei servizi e rispondendo esclusivamente ad esigenze di monitoraggio finanziario. Ciò nonostante, nelle more della introduzione di un nuovo metodo di rilevazione, già anticipato nell'introduzione a questo rapporto, il dato in questione ha fornito, fino ad oggi, l'unico aggregato per dimensionare la spesa impegnata dalle amministrazioni nell'anno di riferimento.

La tabella 4 riporta l'andamento di tali capitoli di spesa e per memoria del complesso della spesa comunale (di parte corrente) dal 1999 al 2003. Limitandosi alla sola spesa assistenziale che qui più direttamente interessa, si rileva che l'ammontare degli impegni di spesa per prestazioni di servizi e trasferimenti è stato pari a 8 miliardi di euro nel 2003. Depurando per l'andamento dei prezzi (al consumo) si evidenzia una notevole flessione (del 6.1%) rispetto al 2002, flessione che fa però seguito alla notevole espansione, grosso modo di pari entità, registrata in tutti i singoli anni del triennio precedente. Come quota della spesa comunale complessiva, si evidenzia così una notevole crescita, che si passa dal 15.2% del 1999 al 17.6% del 2002, con una marginale flessione nel 2003 (si passa al 17.5%)³⁶.

Tab. 4 - Bilanci consuntivi dei comuni italiani. Anni 1999 - 2003

Anno	Impegni correnti in euro					Totale interventi socio-assistenziali	Totale generale spesa di parte corrente
	4075	4155	4160	4165			
1999	1.977.185.149	1.180.576.941	614.190.546	2.500.594.263	6.272.546.900	41.269.476.434	
2000	1.975.604.430	1.278.918.101	571.653.834	2.933.156.778	6.759.333.144	42.080.342.618	
2001	2.117.792.581	1.325.581.791	607.826.995	3.294.833.960	7.346.035.327	44.439.675.049	
2002	2.293.677.744	1.429.853.137	771.691.190	3.471.099.353	7.966.321.425	45.066.191.658	
2003	2.327.192.013	1.488.547.177	766.683.941	3.392.677.144	7.975.100.274	45.566.005.494	

4075 = Assistenza scolastica, trasporto, refezione e altri servizi

4155 = Asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori

4160 = Strutture residenziali e di ricovero per anziani

4165 = Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT

³⁵ Su questo piano, tuttavia, vanno estendendosi esperienze interessanti di bilancio sociale, dove vengono realizzate, seppure con modalità molto differenti, rappresentazioni che incrociano il dato contabile con quelli extracontabili nella rappresentazione dei processi gestionali dell'ente.

³⁶ Il complesso della spesa comunale è pari a 45,6 miliardi di euro nel 2003. Rispetto all'anno prima si evidenzerebbe una notevole flessione (del 5.1% se valutata a prezzi costanti), flessione che accentua il calo dell'anno precedente e che, pur facendo seguito alla notevole crescita registrata tra 2000 e 2001, comporta un livello di spesa, a prezzi costanti, inferiore al dato del 1999.

La tendenza espansiva della spesa sociale tra il 1999 e il 2002 è generalizzata a tutte e quattro i capitoli di spesa considerati. La massima espansione è comunque nelle voci "Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona" (+28,7% a prezzi costanti), laddove la minima crescita si ha per "Assistenza scolastica, trasporto, refezione e altri servizi" (+7,5% a prezzi costanti). Anche la flessione successiva è generalizzata a tutte e 4 le componenti, il più ampio calo essendovi proprio per la voce maggiormente cresciuta in precedenza, che però, in un quadro di medio periodo, mantiene il primato di crescita. Al 2003, il capitolo più rilevante (42.5% del totale della spesa sociale comunale; era il 39.8 nel 1999) è dato da "Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona", seguito da "Assistenza scolastica, trasporto, refezione e altri servizi" (29.2% del totale, a fronte del 31.5 registrato nel 1999).

Un maggiore dettaglio sulla spesa sarà illustrato nella II parte, laddove si farà riferimento ai dati di una nuova indagine sulle prestazioni che dovrebbe consentire di andare oltre il quadro macroscopico ed esclusivamente finanziario ora abbozzato, ma che essendo più recente non consente di apprezzare le tendenze (l'indagine parte dei dati dell'anno finanziario/gestionale 2003). Sul piano istituzionale, che qui più interessa, si pone il problema di analizzare il complesso sistema di trasferimenti che in ultima istanza supporta quella spesa, solo in minima parte (anche alla luce della ripartizione di competenza che non vede i Comuni dotati di poteri normativi diretti) autocraticamente definita e finanziata a livello comunale.

Si tratta peraltro d'un aspetto di particolare difficoltà per la compresenza di almeno tre livelli istituzionali (figura 4) che concorrono al finanziamento:

1. lo Stato interviene sia attraverso il Fondo nazionale per le politiche sociali (a carico del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali) sia attraverso i trasferimenti ai bilanci comunali a carico del bilancio di previsione del Ministero degli interni);
2. le Regioni trasferiscono ai Comuni le risorse dei propri fondi sociali regionali, fondi che sono costituiti tanto da risorse trasferite dallo Stato (il FNPS), quanto da risorse proprie;
3. i Comuni, a loro volta, oltre alle risorse all'uopo trasferite dallo Stato e dalle Regioni (in particolare dai Fondi sociali regionali), finanziano le prestazioni con risorse derivanti dai tributi propri o da altre risorse.

La tabella 5 e la figura 3 che seguono, ricostruiscono la serie storica (dal 2000 al 2003) di questo sistema di cofinanziamento della rete dei servizi sociali territoriali. Va chiarito che non è possibile effettuare un preciso *mapping* dai finanziamenti alla spesa effettiva, sia pure nell'accezione di impegno di spesa corrente adoperata in precedenza, perché tra trasferimento dei fondi da un livello all'altro e loro utilizzo effettivo, sia pure nell'accezione sopra detta, non vi è una precisa corrispondenza temporale. Ciò nonostante, due aspetti vanno in particolare evidenziati: il peso della compartecipazione che ciascun livello istituzionale sostiene (ed accanto a questi anche la

spesa sostenuta dagli utenti dei servizi), il ruolo giocato dal FNPS dal momento della sua istituzione.

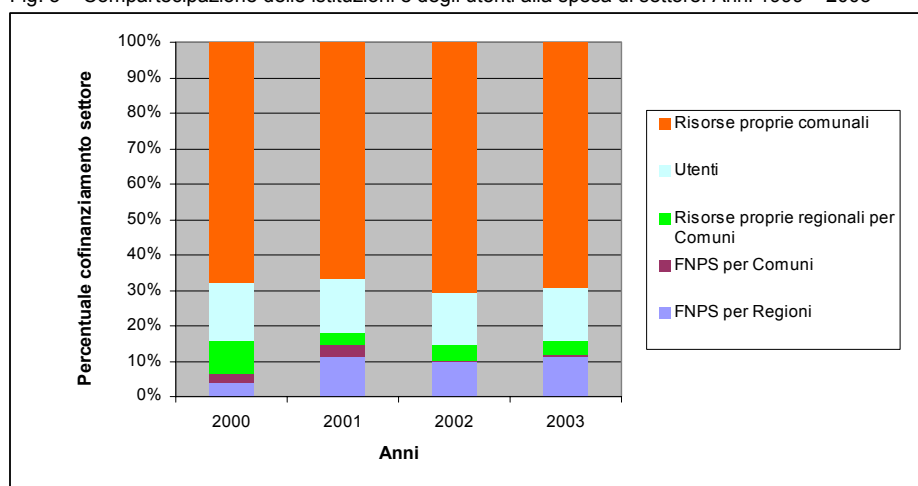
Tab. 5 - Riepilogo dei flussi di finanziamento del sistema dei servizi sociali territoriali. Anni 2000-2003

Anno	Trasferimenti regionali ai comuni ¹ (correnti e conto capitale) per il settore assistenza	FNPS (erogato alle Regioni da parte dello Stato)	FNPS (erogato ai Comuni da parte dello Stato)	Quota di risorse proprie che le Regioni attribuiscono ai Comuni in aggiunta al FNPS	Entrate regionali (previsioni finali su tributi propri e statali e contributi e assegnazioni statali)	Spesa comuni per settore assistenza	Entrate comunali (tributi, contributi e trasferimenti correnti da Stato e proventi da servizi settore assistenza)	Proventi per servizi settore assistenza
2000	805.000.000	249.000.000	167.000.000	556.000.000	104.326.000.000	6.272.547.000	30.768.000.000	1.035.700.000
2001	1.007.000.000	758.000.000	225.000.000 ²	249.000.000	120.885.000.000	6.759.333.000	32.020.000.000	1.033.000.000
2001	1.007.000.000	758.000.000	44.000.000	249.000.000	120.885.000.000	7.346.035.000	32.020.000.000	1.033.000.000
2002	1.125.000.000	771.000.000	44.000.000	354.000.000	121.286.000.000	7.966.321.000	33.621.000.000	1.187.467.000
2003	1.207.408.000	897.000.000	44.500.000	310.500.000	134.391.086.000	7.975.100.000	34.179.968.663	1.198.000.000

Fonte: nostra elaborazioni su dati Istat ¹ ed alle province ² di cui 181,000,000 per RMI

Riguardo il primo punto va in effetti rilevato come i trasferimenti con finalità sociali (al loro interno differenziate o meno; cfr. oltre) provenienti da Stato e Regioni, corrispondano ad una quota minoritaria, pur se crescente, della spesa comunale: si passa dal 15 al 18% tra 1999 e 2003. Tra risorse fornite dallo Stato alle Regioni tramite il FNPS e risorse proprie delle regioni sembra esservi una sorta di effetto di sostituzione nel finanziamento, previo trasferimento dalle Regioni ai Comuni, della spesa dei Comuni. Questo è molto evidente nel passaggio dall'anno 2000 al 2001, anno nel quale a fronte di una considerevole crescita del FNPS e dei trasferimenti da questo alle Regioni in conseguenza del varo della Legge n. 328/2000, si registra un decremento delle risorse "aggiuntive" che le Regioni allocano ai Comuni sul sistema di servizi sociali. Più in generale sull'intero triennio però si evidenzia che la crescita dei trasferimenti del FNPS alle Regioni solo in parte trova corrispondenza nella crescita dei trasferimenti complessivi delle Regioni ai Comuni.

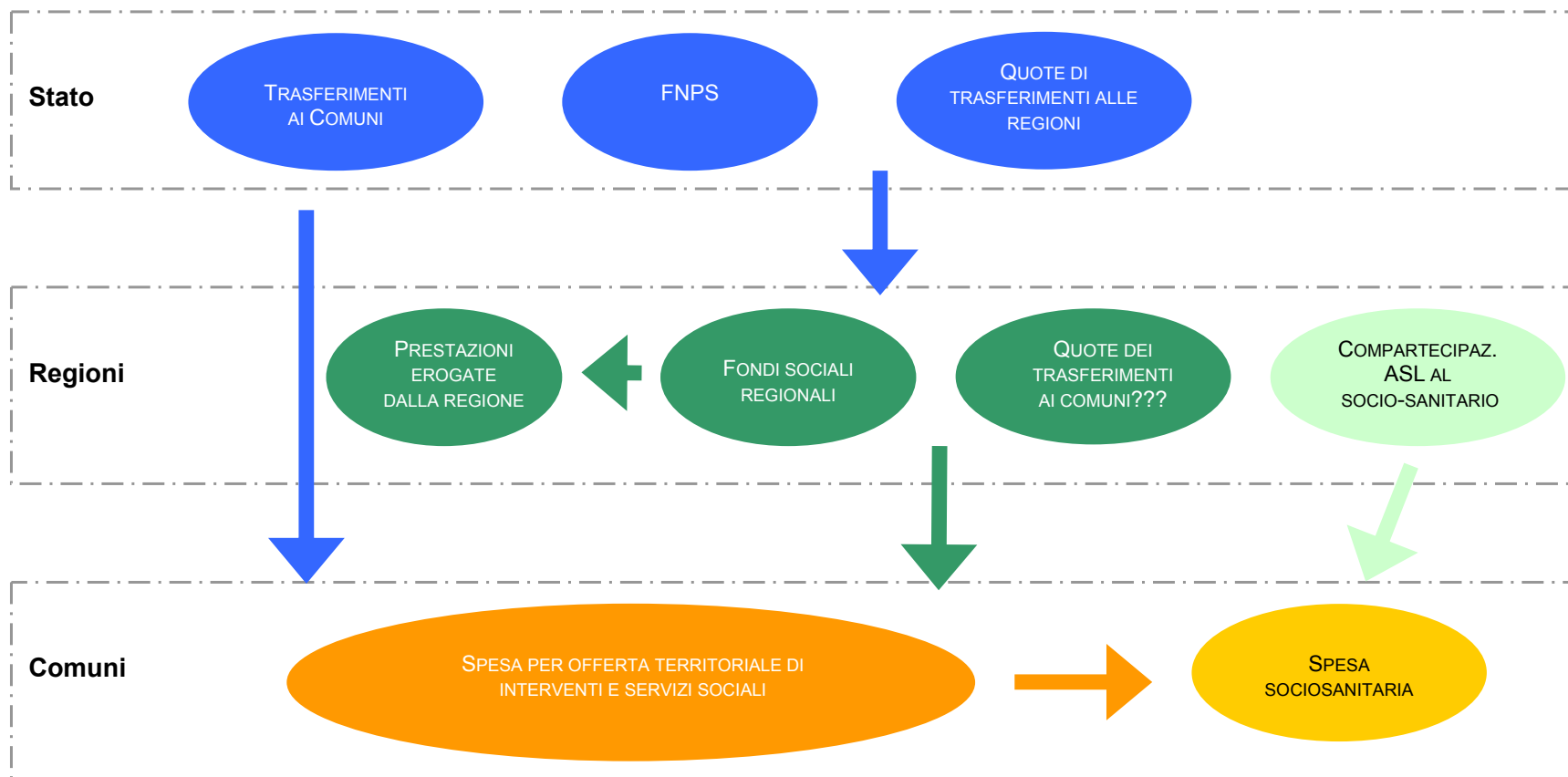
Fig. 3 – Compartecipazione delle istituzioni e degli utenti alla spesa di settore. Anni 1999 – 2003



Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Naturalmente queste tendenze riflettono legittime scelte allocative compiute ai diversi livelli istituzionali e, almeno in prima approssimazione, congruenti con la natura indifferenziata delle risorse trasferite dallo Stato alle Regioni nell'ambito del FNPS e con la competenza delle Regioni in tema di organizzazione del sistema dei servizi (ai sensi della Legge n. 328 del 2000 ed ancor più ai sensi del nuovo titolo V della Costituzione). La considerazione che piuttosto ha da farsi riguarda la macchinosità dei meccanismi insiti nel fatto che una fetta crescente di spesa effettiva, a tutt'oggi posta in essere dai Comuni, venga finanziata con una sorta di doppio passaggio, dallo Stato alle Regioni e da queste ai Comuni, e con cicli annuali macchinosi e che privano di certezze sul quadro di medio termine dei finanziamenti effettivamente disponibili gli attori rilevanti (le Regioni rispetto allo Stato ed i Comuni rispetto alle Regioni). Il rischio è che la mancanza di prospettive e l'eccesso di costi transazionali facciano perdere i vantaggi di flessibilità che lo spostamento di competenze legislative alle Regioni e la natura indifferenziata del FNPS dovrebbe far conseguire. Si conferma inoltre come un sistema sì complesso ed interrelato non sia governabile da un centro decisore unico, ché le decisioni in tema di FNPS si confermano importanti ma non risolutive.

Fig. 4 - Flussi di spesa per prestazione sociali e socio-sanitarie



BOX 5: Il Fondo nazionale per le politiche sociali

Il Fondo nazionale per le politiche sociali è la principale fonte di finanziamento statale delle politiche sociali italiane.

Nella sua accezione originaria, così come configurato dall'articolo 59, comma 44 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, il Fondo per le politiche sociali era costituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, con la finalità di promuovere interventi in materia di politiche sociali mediante finanziamenti in favore non solo di Regioni, Province autonome ed enti locali, ma anche di organismi del terzo settore e del volontariato.

In questa prima fase il Fondo era alimentato sia da una dotazione generale che dagli stanziamenti previsti da iniziative legislative di settore, come la legge n. 285 del 1997 ed altre, tra cui quelle inerenti a tossicodipendenze, handicap e reddito minimo d'inserimento. In sostanza, il Fondo si delineava come la sommatoria di vari finanziamenti legati all'attuazione di leggi settoriali.

Con la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (legge n. 328 del 2000) all'articolo 20 il Fondo assumeva maggior rilievo, laddove le sue caratteristiche venivano meglio precisate e si definiva, inoltre, come lo strumento mediante il quale lo Stato concorre al finanziamento della spesa sociale.

Peraltro, l'articolo 4 della medesima disposizione normativa, in attuazione dei nuovi principi in materia di decentramento amministrativo, contemplava un sistema integrato di interventi e servizi sociali che si avvale di un finanziamento plurimo al quale concorrono lo Stato, le Regioni e gli enti locali, ciascuno secondo competenze differenziate e con dotazioni finanziarie afferenti ai rispettivi bilanci.

Nel Fondo, così, affluiscono tutti i finanziamenti connessi alle leggi nazionali di settore vigenti nell'ambito delle politiche sociali, oltre alle risorse aggiuntive stanziata dalla stessa legge n. 328 del 2000.

La legge quadro, in sostanza, intendeva attribuire al Fondo una funzione determinante affinché le Regioni e le Province autonome potessero distribuire risorse aggiuntive sul proprio territorio, salvo poi ripartire le stesse sulla base dei Piani di zona predisposti dagli enti locali.

In tal senso il Fondo era inteso come una leva utile per incidere sulla debolezza strutturale di molti enti locali nelle politiche sociali.

L'entrata in vigore della legge costituzionale n. 3 del 2001, nell'ambito della modifica del titolo V, parte II della Costituzione, ha determinato lo spostamento della materia dell'assistenza sociale dall'area della potestà legislativa concorrente Stato- Regioni a quella della potestà legislativa esclusiva delle Regioni.

Il testo emendato dell'articolo 119 della Costituzione, nel delineare il nuovo sistema dell'autonomia finanziaria delle Regioni, ha posto dei limiti ben precisi al legislatore statale nella disciplina delle modalità di finanziamento delle funzioni spettanti in via esclusiva alle Regioni.

In tal senso non sono ritenuti più ammissibili dei finanziamenti a destinazione vincolata, in materie e funzioni la cui disciplina spetti alla legge regionale, così come ribadito dalla Corte Costituzionale in una serie di sentenze, di cui l'ultima, la n. 423/2004, proprio in materia di Fondo nazionale per le politiche sociali.

In tale direzione l'articolo 46 della legge n. 289 del 2002 (legge finanziaria anno 2003), stabiliva al comma 1 che il Fondo venisse determinato tanto dagli stanziamenti previsti per gli interventi disciplinati dalle disposizioni legislative indicate dall'art. 80, comma 17 della legge n. 388 del 2000, quanto da quelli contemplati per gli interventi comunque finanziati a carico del Fondo medesimo, disciplinati da altre disposizioni, con la precisazione che tali stanziamenti "affluiscono al Fondo senza vincoli di destinazione". Inoltre, al comma 3 dello stesso articolo si prevedeva una relazione diretta tra le risorse ripartibili con il Fondo, anche tenendo conto delle altre risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle regioni e dagli enti locali, e la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale.

Fatta questa premessa risulta interessante analizzare l'evoluzione del FNPS dal momento in cui è stato costituito (1998) fino al 2004, mettendo in evidenza non solo l'ammontare complessivo e le variazioni annuali ma anche il diverso peso che i soggetti istituzionali beneficiari hanno assunto al suo interno.

FNPS 1998 – 2004

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
381.455.065	516.276.139	508.116.120	1.590.713.072	1.622.889.199	1.716.555.931	1.734.346.940

Importi in Euro.

Con l'entrata in vigore della legge 328/2000 si evidenzia un incremento notevole della consistenza del FNPS che tra il 2000 e il 2001 aumenta del 200% passando da poco più di 500 milioni di euro a quasi 1 miliardo e 600 milioni. Tale incremento è sostanzialmente dovuto all'assegnazione di risorse per interventi specifici quali l'erogazione degli assegni di maternità e degli assegni ai nuclei familiari con tre figli, definiti nel complesso come diritti soggettivi.

Negli anni successivi il FNPS aumenta ancora la sua consistenza in modo costante di anno in anno ma in maniera molto meno accentuata. Nel 2004 il FNPS ha ripartito risorse pari a poco più di 1 miliardo e 800 milioni di euro.

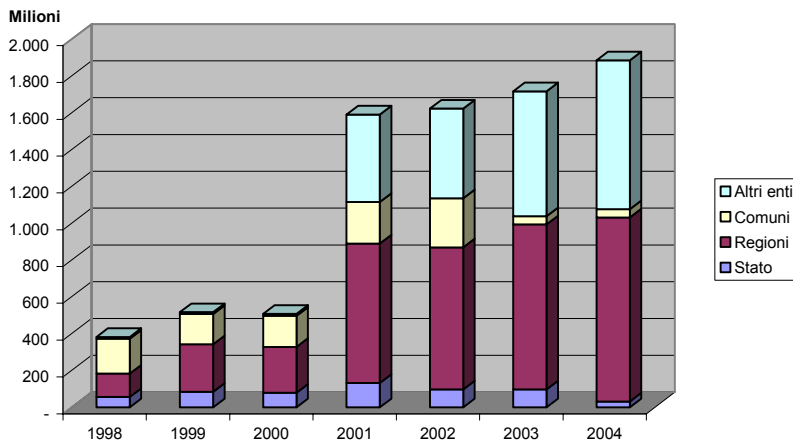
Per quanto riguarda i soggetti beneficiari delle risorse del Fondo si deve evidenziare che tutti gli anni circa la metà delle risorse del Fondo sono state destinate alle regioni. Prendendo in considerazione l'ammontare complessivo delle risorse in termini assoluti si deve però segnalare un notevole incremento dei trasferimenti regionali. Infatti nel 2001 sono state erogati 770 milioni di euro, mentre nel 2004 sono stati erogati 1.000 di euro con un incremento di circa il 32%.

Ai comuni, invece, dall'anno 2001, oltre le già previste risorse relative alla sperimentazione del reddito minimo di inserimento (erogate direttamente fino all'anno 2002), sono state trasferite unicamente risorse finanziarie relative al Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza di cui alla legge 285/ 1997.

Infine, un peso sempre più consistente l'hanno assunto i fondi destinati all'INPS per finanziare taluni interventi che costituiscono diritti soggettivi. In particolare si tratta del cosiddetto assegno per il terzo figlio e degli assegni di maternità (l. 448/1998 artt. 65 e 66), delle agevolazioni concesse a favore dei genitori e familiari di persone con handicap grave (l. 104/1992 art. 33) e delle indennità a favore dei lavoratori affetti da talassemia major e drepanocitosi (l. 448/2001 art. 39). Questi finanziamenti complessivamente sono passati da 475 milioni di euro, nell'anno 2001, pari al 30% del totale delle risorse del Fondo, a 808 milioni di euro nell'anno 2004, arrivando ad assorbire ben il 47% delle risorse stanziare.

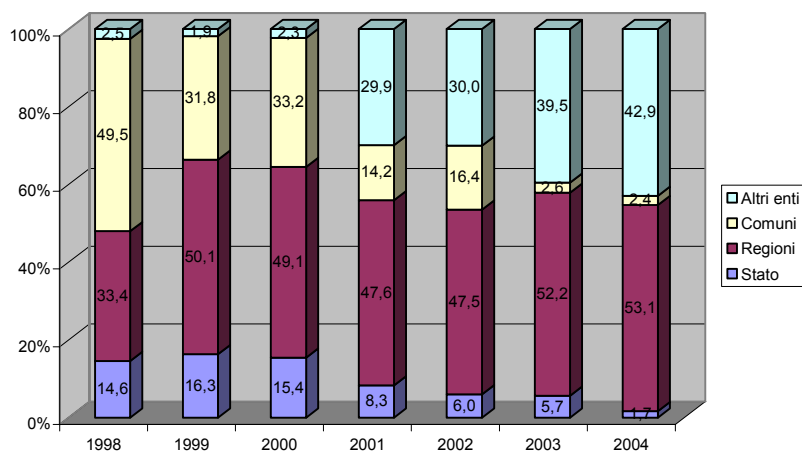
- Eliminato: in
- Eliminato:
- Eliminato: D
- Eliminato: a
- Eliminato: , invece, ai comuni,
- Eliminato: ,
- Eliminato: i
- Eliminato: ai
- Eliminato: di
- Eliminato: ,
- Eliminato:
- Eliminato: al
- Eliminato: nell'anno 2004
- Eliminato: .

Fig. 5 - Ripartizione per soggetti istituzionali del FNPS
Valori assoluti Anni 1998-2004



Fonte: Ministero del lavoro e delle politiche sociali,
Direzione Generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale

Fig. 6 - Ripartizione per soggetti istituzionali del FNPS
Composizione percentuale Anni 1998-2004



Fonte: Ministero del lavoro e delle politiche sociali,
Direzione Generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale

Il secondo capitolo è stato curato da:

Andrea Tardiola del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con il contributo di Tiziana Alti e Anna Maria Candela del FORMEZ per quanto concerne la programmazione sociale regionale, da Fabio Giglioni dell'Università di Roma "La Sapienza" per l'accreditamento, da Maria Donata Bellentani e Gilda Salatino dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e da Anna Marino dell'Università di Roma "Tor Vergata" per gli interventi socio-sanitari, da Bruno Baroni, Marta Foresti e Francesca Utili dell'UVAL per gli interventi definiti attraverso il QCS, da Oreste Nazzaro e Agostino Buratti dell'ISTAT e Margherita Brunetti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali per i dati riguardanti i bilanci comunali e regionali, da Vincenzo Di Felice del Ministero del lavoro e delle politiche sociali per la parte riguardante il Fondo nazionale delle politiche sociali.

CAPITOLO 3 - IL CONTESTO SOCIALE: QUADRO SINTETICO E RUOLO DEGLI INDICATORI

Introduzione

Questo capitolo intende fornire una visione sintetica della situazione sociale del paese, visione che è imprescindibile ad un governo integrato delle politiche sociali. Le carenze esistenti nelle fonti informative peraltro non consentono oggi di fornire un quadro estremamente dettagliato, ch  ad esempio molti indicatori abitualmente adoperati anche in ambito internazionale sono spesso disponibili solo a certi livelli di aggregazione. Il legame che si riesce a ricostruire tra situazione sociale e politiche effettivamente operanti nei diversi contesti territoriali e tra i diversi gruppi socio-demografici   inoltre piuttosto debole. La situazione sociale   infatti prevalentemente descritta a mezzo di indagini statistiche campionarie in cui le informazioni sulle politiche, in termini di coinvolgimento della popolazione (e dei diversi gruppi socio-demografici al suo interno) nelle stesse, sono tra le informazioni meno presenti e meno affidabili.

Al di l  di questi problemi a monte, nelle fonti informative adoperate, vi   poi da ricordare che la voluta sinteticit  del capitolo comunque impedir  di presentare approfondimenti analitici particolari. Pi  che all'originalit  dell'analisi, che pure in alcuni casi   presente, si   infatti mirato alla sistematicit  del quadro informativo, molte analisi puntuali essendo del resto abitualmente messe a disposizione da parte dell'ISTAT nel momento del rilascio delle fonti informative di base e presenti, oltre che nel dibattito pi  accademico, nei lavori sollecitati e seguiti della Commissione di indagine sull'esclusione sociale.

Al fine di meglio ottenere il dichiarato obiettivo di sistematicit  si   fatto riferimento, ancorch  non in maniera esclusiva, al set di indicatori definito in sede Europea nell'ambito del processo di coordinamento aperto in materia sociale. Rimandando al Box 1 per una descrizione del sistema di indicatori definiti in quella sede, si ricorda che un ruolo centrale vi hanno gli indicatori riferiti al rischio ed alla intensit  delle situazioni di povert , intese a rappresentare sinteticamente le situazioni di disagio e di esclusione sociale proprie di un'economia di mercato. Preliminarmente rispetto agli indicatori citati, si presentano inoltre una descrizione del quadro demografico e dei cambiamenti nella struttura demografica della popolazione ed un focus specifico sulle situazioni di disabilit , da entrambe derivando dirette implicazioni in tema di interventi sociali di natura pi  settoriale.

Box 1: Gli indicatori sociali di Laeken

Il metodo di coordinamento aperto è la modalità con cui a Lisbona i paesi della UE hanno deciso di coordinarsi al fine di raggiungere obiettivi comuni in aree che vengono ritenute, pur essendo in esse l'intervento comunitario limitato dal principio di sussidiarietà, di importanza strategica per il futuro dell'Unione. Tra queste – e per la prima volta con la Strategia di Lisbona – si considera l'area della lotta alla povertà e all'esclusione sociale³⁷. L'idea alla base del coordinamento è che i governi nazionali siano responsabilizzati al perseguimento degli obiettivi comuni mediante lo stimolo che deriva loro dal confronto delle rispettive performance, sia nel tempo – attraverso il monitoraggio dei progressi nei campi sotto osservazione – che nello spazio – in maniera da individuare i best performer e facilitare il mutuo apprendimento. A questo fine è evidentemente fondamentale il ruolo rivestito dagli indicatori, che devono essere uguali per tutti i paesi e che, nello specifico del processo di inclusione sociale, oltre a comparare la performance di sistemi molto diversi tra loro, hanno anche il compito di misurare correttamente un fenomeno per sua natura multidimensionale e dai contorni potenzialmente sfuggenti. Gli indicatori sociali – la cui lista è stata preparata da un gruppo tecnico del Comitato di Protezione Sociale, il Sottogruppo Indicatori – sono stati formalmente adottati al Consiglio Europeo di Laeken (dicembre 2001), diventando così uno degli ingredienti “necessari” dei Piani d'azione nazionale per l'inclusione sociale, nonché dei rapporti comunitari (Joint Report) in materia³⁸.

Specialmente allo stato attuale della definizione degli indicatori comuni, questi misurano la performance più che le iniziative specifiche di policy. Ciò discende innanzitutto dalla natura del processo di coordinamento aperto, in cui la potestà normativa è di competenza nazionale, ed a contare sono gli obiettivi ultimi e non il modo in cui li si raggiunge. E' evidente che la traslazione dello stesso approccio in ambito nazionale e con riferimento ai diversi contesti regionali, dovrebbe tener conto del fatto che all'interno del paese acquista importanza fondamentale la misurazione delle prestazioni, di cui il legislatore ha prefigurato l'identificazione di livelli essenziali da garantire e monitorare.

Il set di indicatori di esclusione sociale definito in sede comunitaria va considerato come un insieme unico, attento a bilanciare le diverse dimensioni del fenomeno. In particolare, le dimensioni coperte sono quelle della povertà monetaria, della disuguaglianza nei redditi, della mancata partecipazione al mercato del lavoro (quando rilevante ai fini dell'esclusione sociale, vuoi perché prolungata nel tempo per il singolo individuo oppure perché estesa a tutta la famiglia), delle disuguaglianze territoriali, dell'inadeguato investimento in capitale umano, dell'assenza di condizioni generali di benessere (come misurate dalla speranza di vita), della disuguaglianza nell'accesso a buone condizioni di salute. Permangono aree su cui il Sottogruppo Indicatori continua a lavorare, ma nelle quali non è stato ancora possibile raggiungere un accordo, in particolare l'area della deprivazione materiale e quella legate alle condizioni abitative. Resta poi difficile l'analisi dei gruppi più vulnerabili (si pensi alle persone che vivono in istituti o a quelle senza fissa dimora o a particolari minoranze etniche), tipicamente non (adeguatamente) raggiunti dalle indagini statistiche campionarie.

Allo stato attuale, comunque, a rappresentare le diverse dimensioni dell'esclusione sociale sono stati scelti venti indicatori (cfr. lista seguente), suddivisi in un primo livello, quello su cui dovrebbe concentrarsi maggiormente l'attenzione e il confronto tra paesi, ed un secondo livello, utile per l'approfondimento dell'analisi. I paesi sono poi invitati ad usare indicatori nazionali (di terzo livello) per far emergere specificità e dar conto delle politiche nazionali .

Primo livello

1. Rischio di povertà
2. Rischio di povertà persistente
3. Intensità del rischio di povertà
4. Disuguaglianza dei redditi (rapporto tra le quote di reddito ai quintili estremi)
5. Tasso di disoccupazione di lunga durata
6. Popolazione in famiglie senza lavoro: minori di 18 anni e adulti (18-59 anni)
7. Coesione regionale (coefficiente di variazione dei tassi d'occupazione regionale)
8. Abbandono precoce degli studi (18-24enni senza titolo di studio secondario superiore)
9. Scolari (15enni) con basse competenze di lettura
10. Speranza di vita

³⁷ Il recente rilancio della Strategia ha rifocalizzato l'attenzione soprattutto su occupazione e crescita economica, il coordinamento nelle politiche sociali rimanendo in vita come processo settoriale.

³⁸ Un sottoinsieme degli indicatori di Laeken costituisce poi l'area “Coesione sociale” nella lista dei cosiddetti indicatori strutturali nell'ambito generale della Strategia di Lisbona.

11. Stato di salute auto-percepito per livelli di reddito³⁹

Secondo livello

12. Dispersione intorno alla soglia di rischio di povertà
13. Rischio di povertà con soglia fissata nel tempo
14. Rischio di povertà prima dei trasferimenti sociali
15. Rischio di povertà persistente con soglia al 50%
16. Lavoratori in povertà
17. Disuguaglianza dei redditi (indice di Gini)
18. Incidenza della disoccupazione di lunga durata
19. Tasso di disoccupazione di lunghissima durata
20. Popolazione con basso livello d'istruzione

³⁹ L'indicatore scelto in proposito – rapporto tra la quota di persone che si dichiarano in cattivo stato di salute nei quintili estremi della distribuzione dei redditi – non è stato comunque successivamente implementato, non essendosi rivelato un indicatore robusto quanto alla significatività delle variazioni nel tempo e tra paesi.

I bisogni emergenti: i cambiamenti nella struttura socio-demografica della popolazione

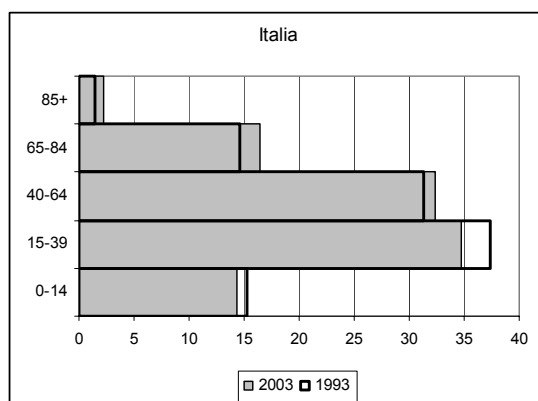
L'invecchiamento

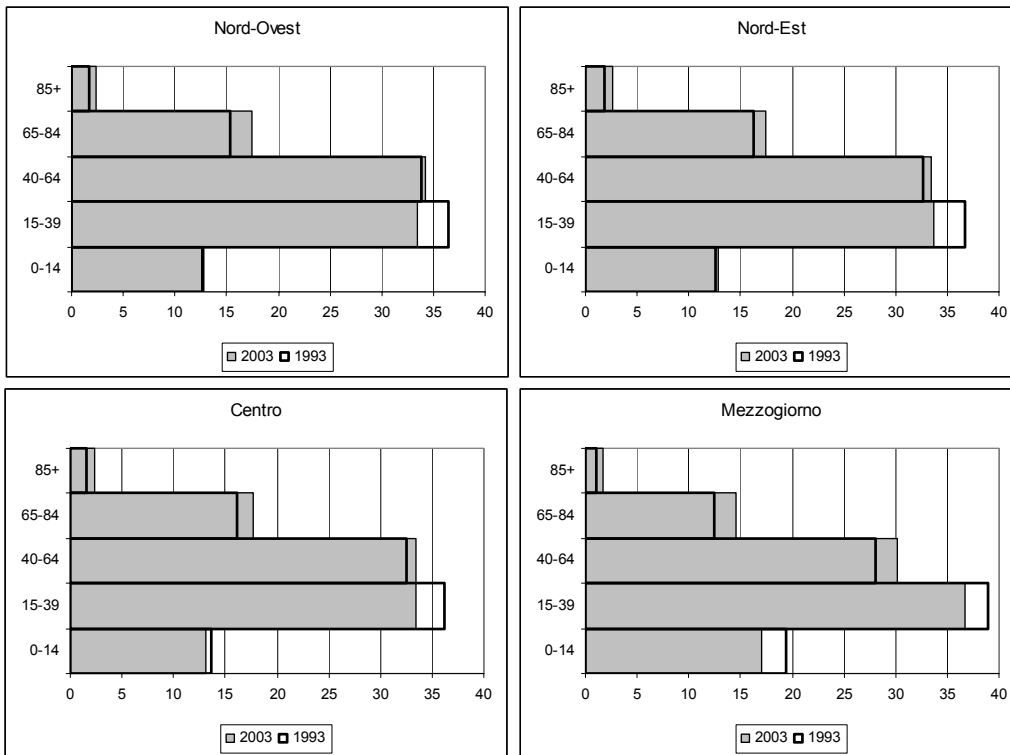
La struttura per classi d'età

La struttura per classi d'età della popolazione italiana è cambiata molto nell'ultimo decennio in conseguenza di un processo di invecchiamento che andrà progressivamente intensificandosi nei prossimi anni e che inevitabilmente costituirà il cambiamento strutturale di maggiore impatto sulle politiche sociali. La figura 1 mostra come, negli ultimi dieci anni, siano andate svuotandosi le fila dei minori di 40 anni – passati dal 52,7 al 49% della popolazione complessiva – ingrossandosi in misura complementare quelle degli ultra-quarantenni. Concentrandoci sulle classi estreme, mentre nel 1993 il numero di anziani (65 e più anni) era grosso modo equivalente a quello dei bambini (0-14 anni), alla fine del 2003 era del 30% superiore e le proiezioni demografiche indicano che potrà crescere al 2050 fino a diventare tre volte quello dei bambini. L'indice di dipendenza degli anziani (anziani in rapporto alle persone in età da lavoro) è cresciuto dal 23 al 28% nel passato decennio e si prevede possa raddoppiare prima del 2040.

Diversa è la struttura demografica tra il Centro-Nord e il Mezzogiorno: in quest'ultima area gli ultra-quarantenni sono ancora meno della metà della popolazione (il 46%), mentre nel resto d'Italia erano la maggioranza già nel 1993 (il 54% alla fine del 2003). In termini di tendenze, la dinamica di invecchiamento è nel Mezzogiorno perfino più accentuata che nel Centro-Nord, per cui i primi citati differenziali tenderanno a ridursi in futuro.

Fig. 1 – Struttura per età della popolazione italiana al 31 dicembre, per ripartizione geografica, anni 1993 e 2003 (valori percentuali)





Fonte: ISTAT, *Rapporto annuale*, 2004

La speranza di vita

Le modifiche nella struttura per età della popolazione hanno a che fare tanto con l'aumento della speranza di vita quanto con la riduzione della natalità. La figura 2 mostra come la speranza di vita alla nascita sia cresciuta in un solo decennio (1993-03) di quasi tre anni per gli uomini e di quasi due per le donne, portandosi a 77 anni per i primi e ad 82 e mezzo per le seconde, con quindi una riduzione del divario tra i sessi di circa un anno. Circa due terzi dell'allungamento della speranza di vita complessiva sono ascrivibili ai miglioramenti intervenuti alle età più avanzate: per chi avesse raggiunto i 65 anni, la speranza di vita ulteriore era nel 2003 di 17 anni per gli uomini e di 21 per le donne, in crescita di almeno un anno e mezzo rispetto al 1993.

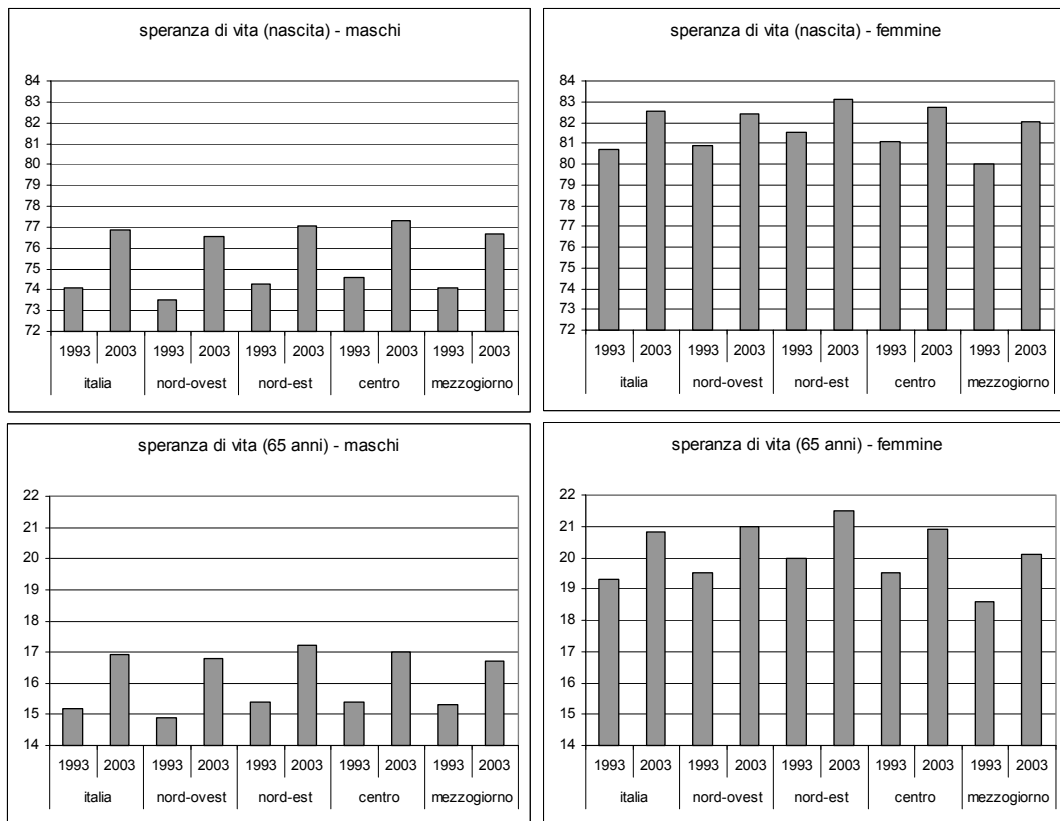
Il Centro e il Nord-Est sono le aree più longeve del paese (rispettivamente per gli uomini e le donne), il Nord-Ovest e il Mezzogiorno quelle in cui la speranza di vita è minore, ma le differenze (di circa un anno nel 2003) si sono ridotte – per almeno un quarto – rispetto al 1993. Ad ogni modo, le medie per ripartizioni territoriali nascondono una più ampia variabilità a livello regionale, con differenziali che permangono alti in valore assoluto anche all'interno della stessa ripartizione – com'è evidente dalla raffigurazione "a chiazze" dell'Italia nella figura 3: in Campania sia gli uomini che le donne hanno una speranza di vita alla nascita inferiore di due anni e mezzo a quella di Umbria e Marche, le regioni più longeve; ma in Campania si vive anche molto meno (di due anni

gli uomini, di uno e mezzo le donne) rispetto alle limitrofe Puglia e Basilicata. Nelle regioni meno longeve i differenziali rispetto a quelle in cui la speranza di vita è maggiore sono prevalentemente determinati – più della metà per gli uomini, più di due terzi per le donne – dai differenziali che ancora persistono nella speranza di vita a 65 anni (cfr. figura 4).

Anche ai fini di una migliore valutazione dell'impatto sulle strutture dello stato sociale di tali processi, è necessario chiedersi in quali condizioni di salute e con quali capacità di autonomia si trascorrono gli anni di vita "guadagnati". Nella figura 5 la speranza di vita a 65 anni è rappresentata tenendo conto degli anni che saranno passati in assenza di disabilità – cioè, in assenza di perdita o riduzione di autonomia di carattere permanente. Nella media nazionale, gli anni che restano da vivere in piena autosufficienza a 65 anni sono circa i quattro quinti del totale per gli uomini e i due terzi del totale per le donne, che vivono più a lungo. Il "vantaggio" delle donne si riduce perciò notevolmente se si considerano solo gli anni ulteriori di vita in assenza di disabilità (solo un anno e mezzo rispetto ai cinque di vita ulteriore tout court). Nel tempo, la speranza di vita libera da disabilità è cresciuta più di quella complessiva. Ciò nonostante, il maggior numero di anziani in vita, sempre in termini di aspettative, comporta un maggior numero di "anni-uomo" di non autosufficienza.

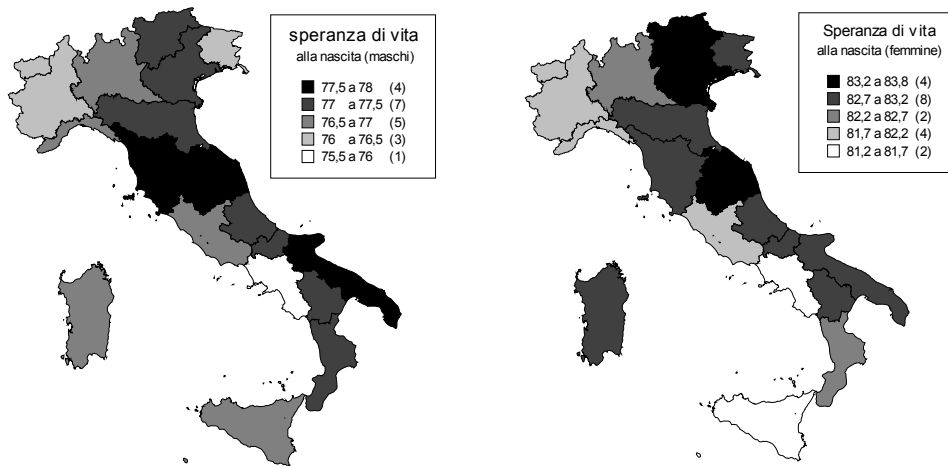
In termini di differenziali regionali, tutte le regioni del Mezzogiorno (ad eccezione del Molise per gli uomini e dell'Abruzzo per le donne) stanno nella parte bassa della classifica, mentre tutte quelle del Nord (soprattutto per le donne, ad eccezione del Piemonte) sono nella parte alta. La Sicilia, oltre ad essere la regione con il minor numero di anni di vita attesi in piena autosufficienza, è anche l'unica regione dove gli uomini si aspettano di vivere in tale condizione di più delle donne. Il vantaggio delle regioni del Centro-Nord si accentua pertanto se dalla speranza di vita tout court si passa alla speranza di vita libera da disabilità. Quanto al fabbisogno di azioni di contrasto della non autosufficienza, va inoltre detto che gli anni attesi in questa condizione sono maggiori nelle regioni del Mezzogiorno tanto in termini relativi (come quota della vita attesa residua, che è in media comunque più bassa) quanto in termini assoluti (come numero di anni tout-court).

Fig. 2 – Speranza di vita alla nascita e a 65 anni, per sesso e ripartizione geografica, anni 1993 e 2003



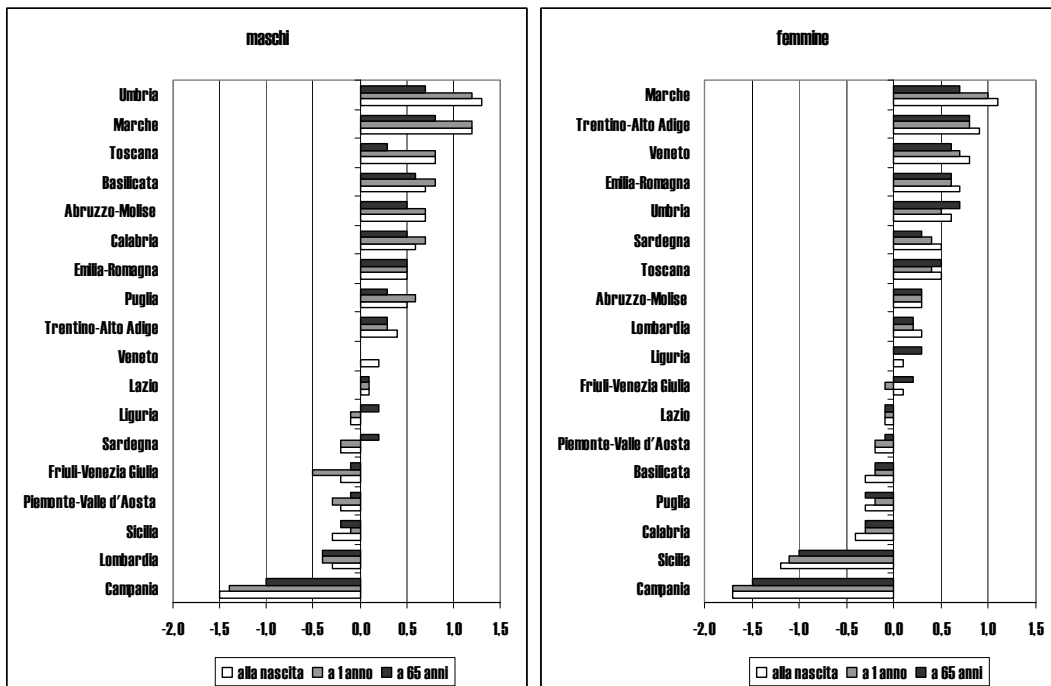
Fonte: per la speranza di vita alla nascita nel 2003: ISTAT, Indicatori demografici, 30 marzo 2005; per gli altri dati: ISTAT, *Rapporto annuale*, 2004

Fig. 3 – Speranza di vita alla nascita, maschi e femmine, anno 2003 (stime)



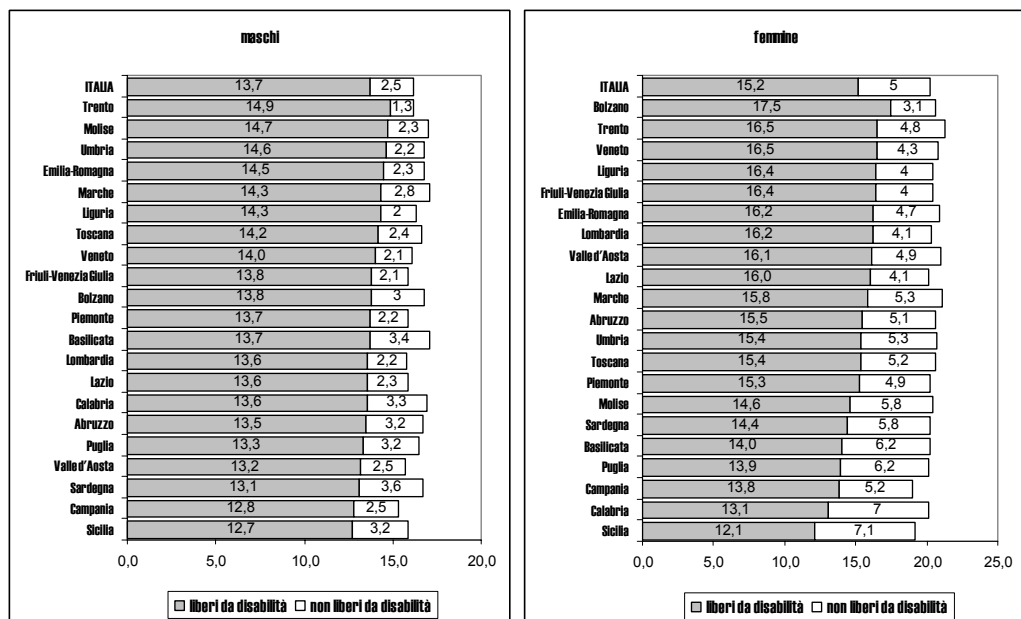
Fonte: ISTAT, Indicatori demografici, 30 marzo 2005 (disponibili su <http://demo.ISTAT.it>)

Fig. 4 – Differenze in anni nella speranza di vita rispetto alla media nazionale, alla nascita, a 1 anno e a 65 anni, maschi e femmine, per regione, anno 2000



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT, Tavole di mortalità (disponibili su <http://demo.ISTAT.it>)

Fig. 5 – Speranza di vita libera e non libera da disabilità a 65 anni, maschi e femmine, per regione, media 1999-2000



Fonte: ISTAT, *Rapporto annuale*, 2004

La natalità

Passando all'analisi della natalità, nel 2004 si stima che i nati per ogni donna in età feconda siano stati complessivamente 1,33, in leggero aumento rispetto all'anno precedente (1,29), proseguendo la tendenza positiva successiva al valore minimo (1,19 figli) toccato nel 1995 (cfr. figura 6). Si tratta peraltro di un rimbalzo (circa 0,14 figli in più in dieci anni) rispetto alla accentuata e prolungata flessione avviatasi dalla metà degli anni sessanta, quando si contavano 2,7 figli per donna: in soli quindici anni, tra l'inizio degli anni '70 e la metà degli anni '80, il numero di figli per donna si era infatti ridotto di una unità, per poi calare di un'altra mezza unità nel decennio successivo.

La lenta crescita dopo il minimo toccato nel 1995 non può inoltre essere estrapolata più di tanto. Nella figura si riporta anche il tasso di fecondità totale per generazioni, indicatore che rappresenta in maniera più accurata le tendenze di fondo dei comportamenti riproduttivi perché non dipende dalla struttura per età della popolazione femminile (in età fertile). Vi si evidenzia un calo del tasso di fecondità totale piuttosto regolare e privo, al momento, di rimbalzi positivi. Comunque per la generazione di donne nata nel 1965 si stima un tasso di fecondità di 1,43 figli, superiore quindi al tasso trasversale. Questo scarto è principalmente dovuto all'innalzamento dell'età media delle donne alla nascita del primo figlio, con un progressivo spostamento della fecondità verso l'età più matura, spostamento che per un certo periodo ha depresso la natalità sotto i valori "tendenziali".

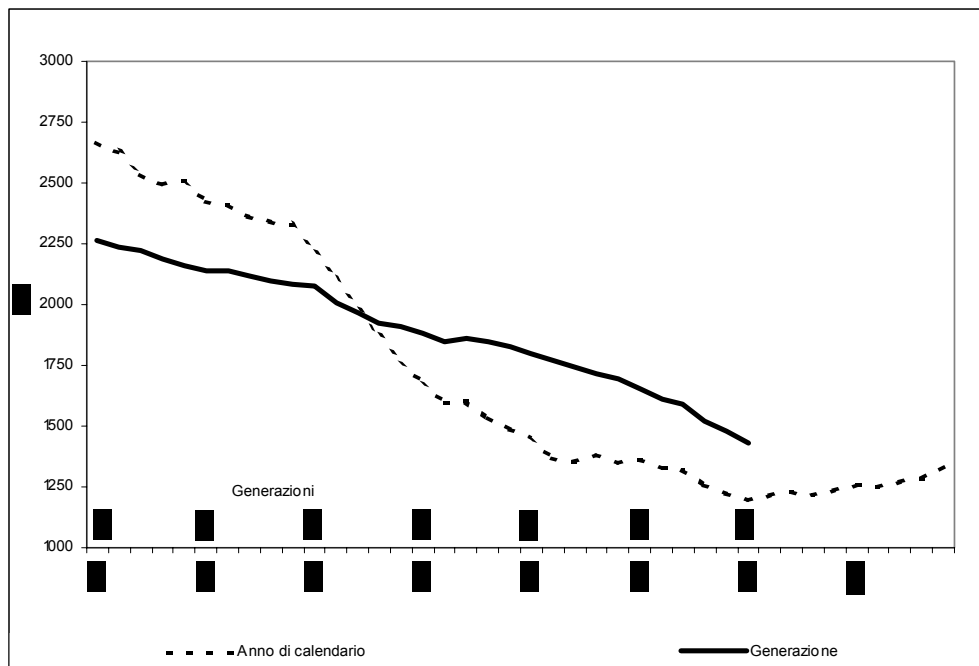
L'età media al primo figlio è infatti cresciuta per tutte le generazioni di donne nate nel secondo dopoguerra, portandosi da valori inferiori ai 25 anni a valori superiori ai 27 anni per le generazioni più recenti considerate. Parte rilevante del recupero della misura trasversale dal 1995 ad oggi sarebbe dovuto alla realizzazione di queste nascite posticipate lungo il ciclo di vita e sarebbe perciò destinato ad esaurirsi.

La riduzione del tasso di fecondità totale è solo in piccola parte dovuta ad un calo nella propensione a procreare tout-court. L'incidenza di donne con almeno un figlio è calata solo marginalmente per generazione, laddove invece è la riduzione del numero di figli di ordine superiore al secondo – e in misura minore, di ordine superiore al primo – la causa principale del declino del tasso di fecondità totale osservato.

Le differenze regionali nei tassi di fecondità (cfr. figura 7) sono molto accentuate, passando da un solo figlio per donna in Sardegna (e poco più in Liguria e Molise) a uno e mezzo in Trentino Alto-Adige (e poco meno in Campania e Sicilia). In generale, comunque, le differenze tendono a compensarsi al livello delle ripartizioni territoriali, essendo in tutte le aree il tasso di fecondità intorno a 1,3 figli per donna. Comunque, le differenze tra ripartizioni sono nel 2004 molto meno accentuate che solo cinque anni prima, quando si passava da 1,1 figli nel Nord a 1,4 nel Mezzogiorno: come si può vedere nella figura 8, tra il 1999 e il 2004 il tasso di fecondità è diminuito o rimasto stabile in tutte le regioni del Mezzogiorno (ad eccezione dell'Abruzzo), mentre è aumentato in tutte quelle del Centro-Nord (soprattutto quelle in cui era più basso, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Toscana ed Emilia Romagna). In buona parte questa convergenza è ascrivibile alla diversa composizione per età delle donne in età fertile ed alla prima ricordata realizzazione di quelle nascite posticipate lungo l'arco del ciclo di vita individuale. Complessivamente, convergenza nella natalità e nella mortalità (cfr. infra) spiegano il prima ricordato dato sul fatto che la popolazione del Mezzogiorno, molto più giovane, invecchia più rapidamente, avvicinandosi alla struttura per età del resto del paese⁴⁰.

⁴⁰ Un contributo ulteriore in tal senso proviene dai flussi migratori che inducono uno spostamento delle classi di età più giovani verso il Centro-Nord.

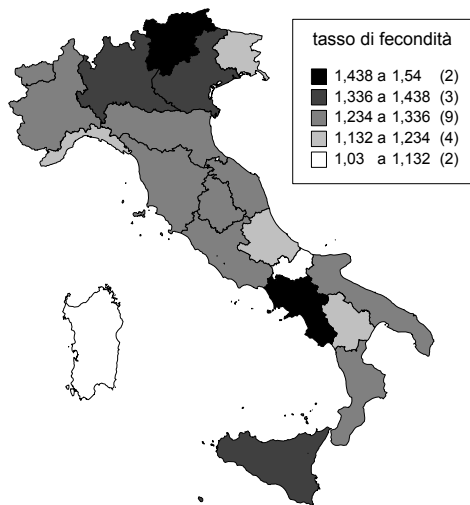
Fig. 6 - Tassi di fecondità totale per anno di calendario (1965-2004*) e per generazione (1935-1965) (valori per 1000)



Fonte: ISTAT, *Rapporto annuale*, 2003; aggiornamento al 2004 su fonte: ISTAT, *Bilancio demografico nazionale*, 27 giugno 2005.

Note: * 2003, dati provvisori; 2004, dati stimati.

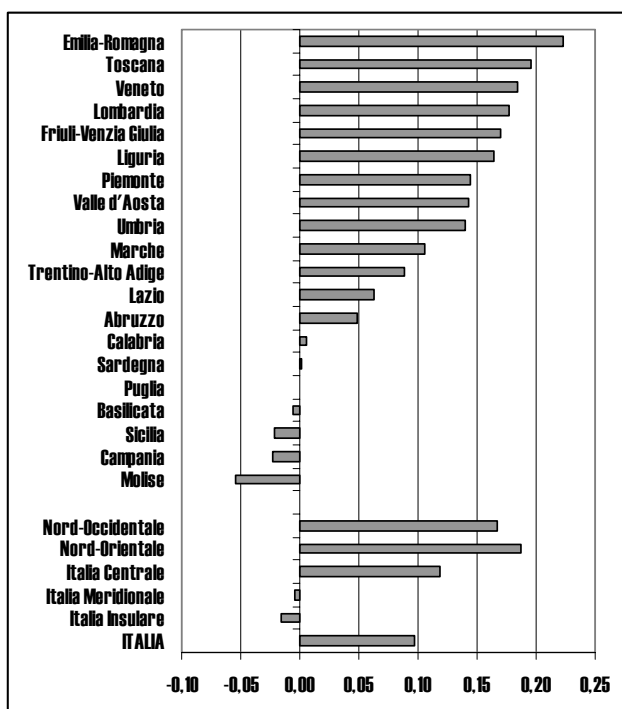
Fig. 7 - Tassi di fecondità totale, per regione, anno 2004*



Fonte: ISTAT, *Bilancio demografico nazionale*, 27 giugno 2005.

Note: * dati stimati.

Fig. 8 - Differenze nei tassi di fecondità totali 2004* - 1999, per regione



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT, Bilancio demografico nazionale, 27 giugno 2005.

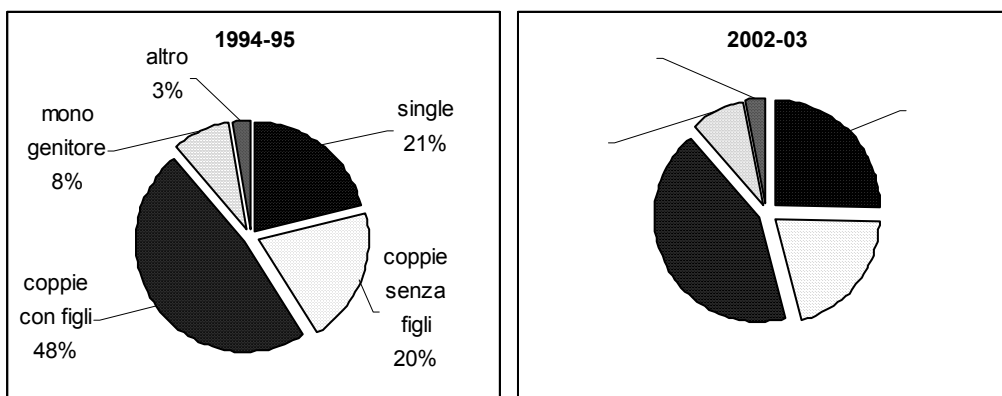
Note: * 2003, dati provvisori; 2004, dati stimati.

I cambiamenti nella struttura familiare

I profondi cambiamenti demografici in atto si accompagnano – in un rapporto di influenza reciproca – ad un processo di trasformazione delle strutture familiari. I mutamenti più rilevanti – specchio dell’aumento della speranza di vita e della riduzione della fecondità – sono relativi, da un lato, al crescente numero di famiglie con un solo componente e, dall’altro, alla minore frequenza di famiglie con figli. Infatti, come si può vedere nella figura 9, la quota di single sul totale delle famiglie è passata da un quinto a un quarto in meno di dieci anni (tra la metà degli anni 90 e il dato più recente, la media 2002-03); corrispondentemente, è caduta di cinque punti la percentuale di famiglie costituite da coppie con figli (ed eventualmente altre persone), mentre è rimasta relativamente stabile la quota di coppie senza figli, di nuclei monogenitori e di altre tipologie familiari (famiglie con più nuclei o con più “single”)⁴¹. Va segnalato che all’interno dell’aggregato delle coppie (con figli o senza) si includono anche le libere unioni o convivenze *more uxorio*, che sono più che raddoppiate in numero nel periodo considerato e che nel 2002-03 ammontano a più di mezzo milione (il 2,5% del totale delle famiglie).

⁴¹ Nella comparazione tra il 1994-95 e il 2002-03 si tenga presente che il numero di famiglie è cresciuto da 20.753 mila a 22.187 mila, cioè del 7%. È questo quindi il tasso di crescita cumulato per i valori assoluti che corrisponde a quote costanti sul totale delle famiglie.

Fig. 9 - Famiglie per tipologia, medie 1994-95 e 2002-03 (per 100 famiglie)



Fonte: elaborazione su dati ISTAT, *Le strutture familiari*, 27 ottobre 2004

Note: la voce "altro" include le famiglie con due o più nuclei e le famiglie senza nucleo, ma non costituite da persone che vivono sole; le coppie e le famiglie monogenitore possono includere altre persone, ma sono comunque famiglie con un unico nucleo. Per nucleo si intende l'insieme di persone che formano una relazione di coppia o di tipo genitore-figlio.

Questa tendenza alla riduzione del numero di componenti per famiglia – aumentano i single, si riducono le famiglie numerose – trova conferma in tutte le ripartizioni territoriali (cfr. tabella 1): la dinamica è comunque particolarmente più accentuata nel Sud del paese, dove il numero dei single è aumentato di un quarto nel periodo considerato e quello delle famiglie numerose (5 o più componenti) si è ridotto dello stesso ammontare a fronte di variazioni nel totale nazionale pari a circa un quinto del livello iniziale. Si osserva pertanto una certa convergenza nelle tipologie familiari tra le diverse ripartizioni, per quanto comunque permangano ancora notevoli differenze – nel Mezzogiorno la quota di famiglie numerose è più che doppia rispetto al resto del paese, i single sono invece tra un quinto e un quarto in meno. Da segnalare anche la convergenza nella quota di famiglie estese, quelle cioè composte da due o più nuclei o con altre persone aggregate al nucleo (il nucleo individua una relazione di coppia o genitore-figlio): tale quota, pressoché costante intorno al 5% nel totale nazionale, aumenta dov'era più bassa – nel Mezzogiorno e nel Nord-Ovest – e, viceversa, si riduce dov'era più alta – Centro e, soprattutto, Nord-Est.

Tab. 1 - Famiglie per alcune tipologie e ripartizione geografica, medie 1994-95 e 2002-03 (per 100 famiglie)

	Single		Famiglie con almeno 5 componenti		Famiglie estese*	
	1994-95	2002-03	1994-95	2002-03	1994-95	2002-03
Nord-Ovest	24,3	28,1	4,6	4	3,6	4
Nord-Est	21	25,5	6,7	5,3	7,1	5,9
Centro	22,6	27,6	6,7	5,5	7,2	6,9
Sud	16,9	21,1	15,2	11,4	4,4	5,5
Isole	18,4	22,5	10,9	9,7	2,9	4,2
Italia	21,1	25,3	8,4	6,8	5,1	5,3

Fonte: ISTAT, *Le strutture familiari*, 27 ottobre 2004

Note: * famiglie estese indica famiglie composte da 2 o più nuclei o da un nucleo con altre persone aggregate.

Considerando nello specifico le coppie con figli, la cui quota nel totale delle famiglie si è ridotta nel periodo considerato di circa un decimo del livello iniziale, si osserva che la contrazione più consistente riguarda le famiglie con tre o più figli, che sono ora meno del 5% delle famiglie (cfr. tabella 2).

Se da un lato vi sono meno figli in famiglia, dall'altro questi tendono a restare più a lungo nel nucleo originario. Aumenta infatti di circa un terzo – portandosi a quasi una famiglia su dieci – la percentuale di famiglie il cui figlio più piccolo ha più di 24 anni, segno di un prolungamento nella permanenza in famiglia. Parallelamente, aumenta il peso delle coppie “anziane” con figli (età della donna superiore ai 54 anni) e si riduce notevolmente (di circa un terzo) quelle delle coppie giovani (età della donna inferiore ai 35), a conferma delle crescenti difficoltà nel processo di autonomizzazione dei giovani e del postponimento delle scelte procreative.

Passando all'analisi delle persone che vivono sole – 11,9% del totale della popolazione adulta – l'effetto dell'allungamento della vita è visibile soprattutto con riferimento alle donne, che vivendo più a lungo degli uomini hanno una probabilità maggiore di rimanere sole avendo perso il coniuge: tra le ultra-sessantacinquenni, quasi quattro donne su dieci vivono da sole e di queste l'83% è costituito da vedove (cfr. tabella 3); per gli uomini oltre i 65 anni, invece, la vita da soli interessa meno di una persona su sette (solo il 60% è costituito da vedovi). Il fenomeno è comunque in aumento non solo nelle età avanzate, ma anche (e in misura relativamente maggiore) nelle fasi centrali della vita, vuoi per la frantumazione della coppia (soprattutto tra i 45 e i 64 anni: più di metà degli uomini soli in questa fascia d'età e due terzi delle donne sono separati/e o divorziati/e o vedovi/e) vuoi per scelta di autonomia in assenza di una coppia (soprattutto i minori di 45 anni, tre quarti dei quali sono celibi o nubili).

Tab. 2 - Coppie con figli per numero di figli, classe di età del figlio più piccolo, classe di età della donna, medie 1994-95 e 2002-03 (per 100 famiglie)

	1994-95	2002-03	variazione %
numero di figli			
1	20,8	19,3	-7,1
2	20,7	18,6	-10,4
3+	6,4	4,9	-22,7
classe d'età del figlio più piccolo			
0-13 anni	24,1	21,5	-10,8
14-24 anni	17,0	12,5	-26,5
25 o più anni	6,8	8,9	29,3
classe d'età della donna nella coppia			
15-34 anni	11,6	7,6	-34,3
35-54 anni	27,8	26,4	-4,9
55 o più anni	8,5	8,8	2,9
Totale	47,9	42,8	-10,6

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, *Le strutture familiari*, 27 ottobre 2004

Tab. 3 - Persone sole per sesso e classe di età, medie 1994-95 e 2002-03 (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

	Maschi				femmine				maschi e femmine			
	meno di 45	45-64	65 e più	totale	meno di 45	45-64	65 e più	totale	meno di 45	45-64	65 e più	totale
1994-1995	5,4	5,9	12,1	6,7	3,1	8,1	36,1	12,1	4,2	7,0	26,2	9,5
2002-2003	8,1	8,4	13,5	9,2	5,0	8,4	38,4	14,3	6,6	8,4	28,1	11,9

Fonte: ISTAT, *Le strutture familiari*, 27 ottobre 2004

Infine, si considera qui il gruppo dei nuclei familiari monogenitori, data la rilevanza che questa tipologia può assumere con riferimento alle politiche sociali. Il fenomeno è sostanzialmente stabile come quota del totale delle famiglie e pari a poco più dell'8%, ma ciò implica che nel periodo considerato (media 2002-03 su 1994-95) vi è stata una crescita cumulata in valore assoluto di circa il 7%. Quanto alle caratteristiche del genitore solo (cfr. tabella 4), è un fenomeno che contraddistingue fundamentalmente le donne (l'85% dei genitori soli), soprattutto in età avanzata (circa metà delle madri sole ha più di 55 anni) e quasi sempre per perdita del coniuge (per morte in più di metà dei casi, ma in misura crescente – dal 28 al 38% – per separazione o divorzio). Solo una piccola minoranza dei nuclei monogenitori – meno del 10% dei nuclei dello stesso tipo, quindi meno dell'1% del totale delle famiglie – sono composti da madri giovani (meno di 35 anni) senza precedenti esperienze coniugali. Corrispondentemente, anche l'età dei figli è relativamente elevata: in due terzi dei nuclei monogenitori, il figlio più piccolo è maggiorenne e solo in un caso su dieci si tratta di bambini in età prescolare. Va comunque segnalato come i nuclei monogenitori con figlio più piccolo minore di 14 anni sono cresciuti nel periodo in osservazione portandosi da meno di un quinto dei nuclei di questa tipologia a circa un quarto.

Tab. 4 - Nuclei monogenitori per sesso, classe d'età e stato civile del genitore solo e per classe d'età del figlio più piccolo (valori percentuali)

		1994-95			2002-03		
 Sesso del genitore solo							
maschi		17,0			14,8		
femmine		83,0			85,2		
totale		100			100		
 Età del genitore solo							
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	
Meno di 35 anni	3,7	7,6	7,0	3,2	8,7	7,9	
35-44	11	16,2	15,3	11,6	19,1	18	
45-54	20,6	22,3	22,0	23	22,4	22,5	
55 e più	64,7	53,9	55,7	62,2	49,8	51,6	
totale	100	100	100	100	100	100	
 Stato civile del genitore solo							
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	
Celibe/nubile	3,0	8,3	7,4	4,2	7,4	6,9	
Separato/a o divorz.	28	27,9	27,9	38,8	38,3	38,3	
Vedovo/a	69	63,8	64,7	57,1	54,4	54,8	
totale	100	100	100	100	100	100	
 Età del figlio più piccolo							
Fino a 5	7,2			10,0			
6-13	11,1			13,8			
14-17	9,3			9,5			
18-24	22,6			16,0			
25 e più	49,8			50,7			
Totale	100			100			

Fonte: ISTAT, *Le strutture familiari*, 27 ottobre 2004

Le migrazioni dall'estero

L'Italia, per decenni terra d'emigrazione, ha visto invertire il saldo tra flussi in entrata e uscita dal paese sin dalla prima metà degli anni Settanta. È però solo a partire dall'inizio degli anni Novanta che il numero di cittadini stranieri è diventato quantitativamente rilevante: alla fine del 1992 la quota di stranieri residenti⁴² ha superato per la prima volta la soglia dell'1% della popolazione complessiva (cfr. figura 10). In poco più di dieci anni tale quota si è più che triplicata, contandosi al 1° gennaio 2004 circa due milioni di stranieri residenti. Si tratta, in realtà, di una sottostima della presenza di immigrati nel paese: al di là delle presenze irregolari, si deve tener presente che il momento della regolarizzazione (cioè dell'ottenimento del permesso di soggiorno) non coincide con quello della iscrizione in anagrafe, che tipicamente avviene con un certo ritardo temporale (e può anche non avvenire del tutto). Molti dei cittadini stranieri regolarizzati con la sanatoria del 2002 e che hanno ottenuto il permesso di soggiorno nel corso del 2003 – complessivamente oltre 640 mila persone – non erano ancora iscritti in anagrafe all'inizio del 2004 (il processo in questione essendosi concluso solo nel corso del 2004). Ad ogni modo, dal numero di permessi di soggiorno – anch'essi in figura e circa i quali va ricordato che i minori sono sottorappresentati essendo iscritti

⁴² Intendendosi gli stranieri con permesso di soggiorno iscritti all'anagrafe dei residenti.

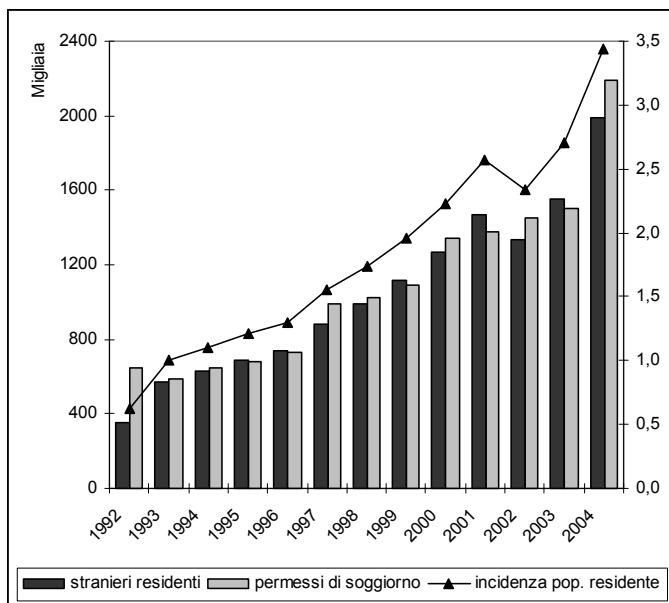
spesso a valere sul permesso di uno dei genitori – si può stimare che gli immigrati presenti sul territorio nazionale a titolo regolare siano attualmente più di due milioni e mezzo.

Non tutti gli stranieri residenti sono *entrati* nel territorio nazionale, ch  la popolazione straniera residente cresce anche per il saldo naturale, cio  per la differenza tra nati e morti, pari nel 2003 a pi  di 30.000 unit , con un tasso di crescita naturale della popolazione immigrata pari al 20 per mille (laddove il saldo naturale della popolazione complessivo   stato appena positivo – inferiore all’1 per mille – nel 2004 e negativo negli anni precedenti). Si tratta di un dato che risente della peculiare composizione per et  della popolazione immigrata, col prevalere delle classi di et  pi  giovani (cfr. oltre), e che segnala il graduale diffondersi di aspettative e progetti di integrazione di lungo termine da parte della popolazione immigrata. Un indicatore significativo dei fabbisogni di integrazione   fornito dal dato sugli iscritti di cittadinanza straniera nelle scuole italiane – dalla scuola dell’infanzia alla scuola secondaria, incluse le scuole non statali (figura 11). L’andamento in questo caso   meno a balzi, essendo la presenza nelle scuole meno vincolata alla regolarit  del titolo di soggiorno sul territorio nazionale e quindi meno influenzata dai provvedimenti di regolarizzazione. Il dato ultimo evidenzia una quota di alunni non italiani sul totale degli iscritti molto simile a quella degli stranieri sulla popolazione complessiva. Pi  forte, oltre che pi  regolare,   per  la tendenza espansiva: gli alunni immigrati sono passati in un quinquennio dall’1% al 3,5% del totale. Ci  riflette la crescente domanda di integrazione e permanenza sul territorio nazionale della popolazione di immigrati. In maniera del tutto simile, si evidenziano del resto anche una crescita dei ricongiungimenti familiari e una maggiore femminilizzazione dei flussi in ingresso: partendo da meno del 40% agli inizi degli anni 90, in circa un decennio le donne sono diventate la met  degli immigrati con permesso di soggiorno.

Segnali di “maturazione” del processo migratorio, non pi  relativo esclusivamente a soggetti con obiettivi di lavoro di breve termine e prospettive di rientro in patria, sono anche evidenti nella struttura per et  della popolazione straniera (figura 12): tra il 1992 e il 2002⁴³ sono relativamente diminuiti gli immigrati giovani (tra i 20 e i 30 anni, soprattutto maschi), registrandosi invece un aumento nelle classi centrali d’et  (tra i 35 e i 49 anni) e tra i bambini, soprattutto fino a 4 anni (panel di sinistra in figura). Complessivamente, la popolazione straniera resta comunque notevolmente “giovane”, concentrata com’  nelle classi dai 20 ai 44 e da 0 a 4 anni, con notevoli effetti di contrasto – pur se di natura una tantum - ai processi di invecchiamento prima descritti relativamente alla popolazione autoctona (panel di destra).

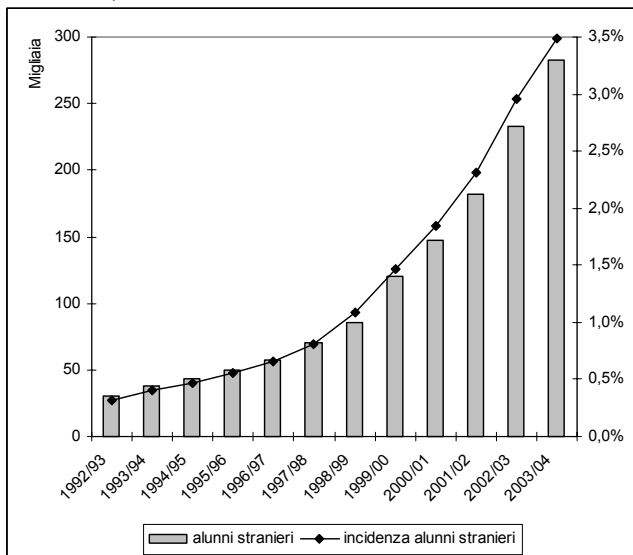
⁴³ I dati considerati in questa figura sono al primo gennaio, quindi non includono ancora le regolarizzazioni a seguito dei provvedimenti del 2002 citati nel testo.

Fig. 10 - Popolazione straniera residente in Italia e permessi di soggiorno* al 1° gennaio** (scala di sinistra); incidenza della popolazione straniera residente sul totale della popolazione residente (scala di destra); anni: 1992-2004



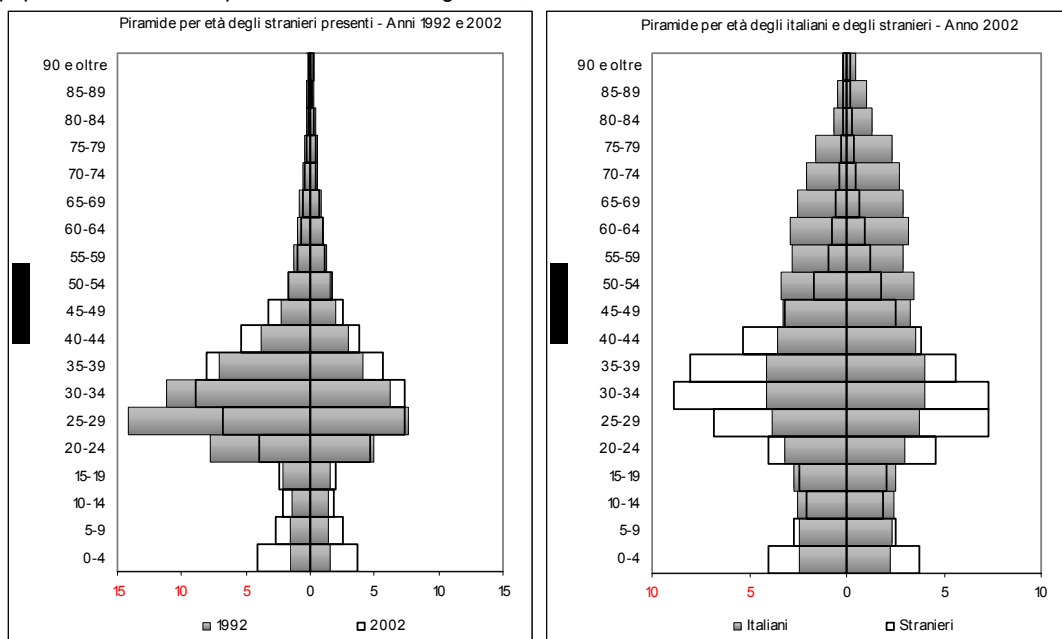
Fonte: ISTAT e, per i permessi di soggiorno nel 2004, Ministero dell'Interno
 Note: * i permessi di soggiorno, a differenza dei dati sulla popolazione residente, non includono tutti i minori. I dati sui permessi di soggiorno sono di fonte Ministero dell'Interno opportunamente rielaborati – a volte anche in misura consistente – dall'ISTAT; non essendo ancora disponibile la rielaborazione ISTAT relativa al 2004, in questo anno si è rappresentato il dato grezzo del Ministero dell'Interno
 **Il dato del 1° gennaio 2002 per la popolazione residente è in realtà quello del censimento (21 ottobre 2001).

Fig. 11 - Alunni con cittadinanza non italiana, iscritti in numero assoluto (scala di sinistra) e incidenza sul totale degli iscritti (scala di destra); anni scolastici 1991-92/2003-04



Fonte: Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, *Alunni con cittadinanza non italiana*, 2004

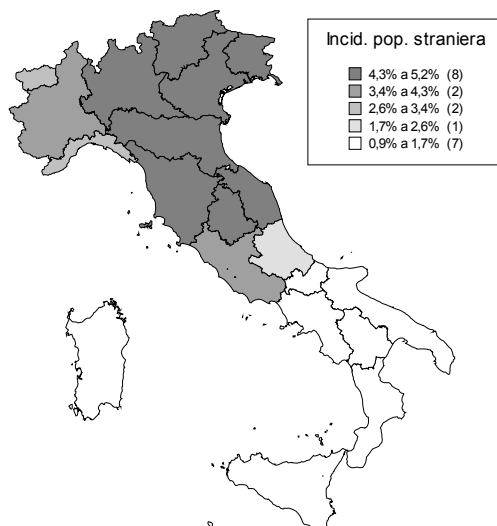
Fig. 12 - Struttura per sesso e classe di età della popolazione straniera regolarmente soggiornante e della popolazione residente per cittadinanza al 1° gennaio, anni 1992 e 2002



Fonte: ISTAT, *Rapporto annuale*, 2003

Gli immigrati non si distribuiscono in maniera uniforme nel paese (cfr. figura 13), caratterizzandosi per una presenza relativamente bassa – intorno all'1% rispetto alla popolazione complessiva – nel Mezzogiorno (unica eccezione l'Abruzzo, al 2,5%) e decisamente più elevata nel resto del paese, sempre sopra il 4% (eccezioni Liguria e Val d'Aosta, con incidenza inferiore al 3,5%) e con punte superiori al 5% in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Umbria. Su otto immigrati residenti in Italia, tre vivono nel Nord-Ovest (due nella sola Lombardia), due nel Nord-Est, due nel Centro e solo uno nel Mezzogiorno (dove vive un terzo della popolazione italiana). La distribuzione sul territorio della popolazione di immigrati è infatti fortemente connessa con le condizioni del mercato del lavoro locale, rappresentando, nella fase immediatamente successiva all'ingresso sul territorio nazionale e anche per un certo periodo successivo, una significativa componente dei processi di riequilibrio territoriale.

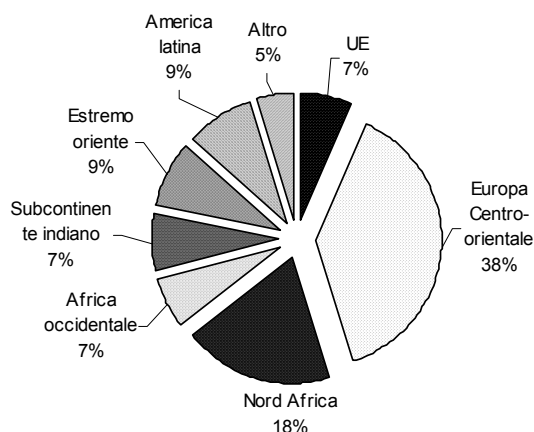
Fig. 13 - Incidenza della popolazione straniera residente sul totale della popolazione residente, per regione, 1° gennaio 2004



Fonte: elaborazione su dati ISTAT disponibili su <http://demo.ISTAT.it>

Quanto all'origine geografica degli immigrati, tutti i continenti, ad eccezione dell'Oceania, sono significativamente rappresentati. La polverizzazione dell'immigrazione italiana si è comunque ridotta più di recente. Quasi il 40% degli stranieri residenti infatti proviene dall'area che dai Balcani si estende fino all'Ucraina (i cittadini albanesi, in particolare, sono il gruppo nazionale più numeroso, uno su sette del totale degli stranieri; pochi di meno i rumeni, uno su undici, terzo gruppo nazionale). Quanto alle altre aree di provenienza, più di un immigrato su quattro viene dall'Africa (metà dei quali dal Marocco, il secondo gruppo nazionale per numerosità); uno su sei dall'Asia (poco meno di metà dal Subcontinente indiano, il resto da Cina e Filippine, rispettivamente quarto e quinto gruppo nazionale); uno su dieci dall'America (il 90% dei quali dall'America Latina). Nei dati sinora citati va detto che sono anche inclusi i cittadini degli altri paesi della UE: i residenti al 1° gennaio 2004 erano 135 mila, il 7% del totale degli stranieri, di cui 50 mila provenienti dai paesi dell'allargamento (tre quarti dei quali polacchi), ma anche 35 mila tedeschi e 21 mila cittadini del Regno Unito.

Fig. 14 - Composizione della popolazione straniera residente, per aree geografiche di provenienza, 1° gennaio 2004



Fonte: elaborazione su dati ISTAT disponibili su <http://demo.ISTAT.it>

Le migrazioni interne

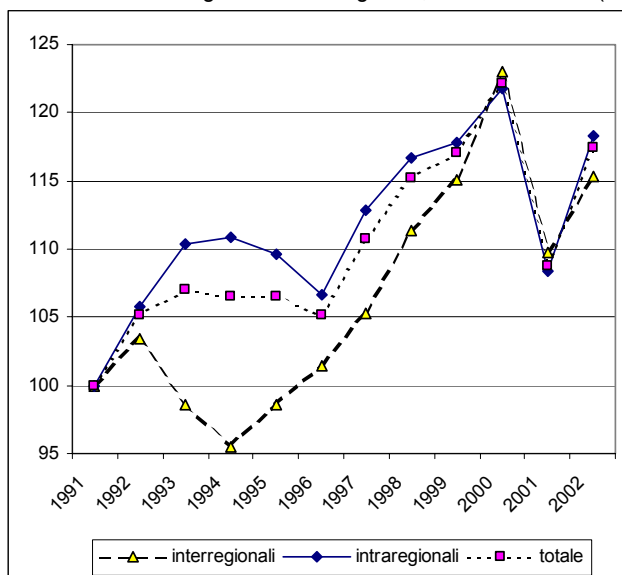
All'inizio degli anni Sessanta in Italia più di quaranta abitanti ogni mille cambiavano residenza nel corso dell'anno ed in più di un terzo dei casi lo facevano per muoversi in un'altra Regione, la direttrice di spostamento più rilevante essendo quella che portava dal Mezzogiorno alle regioni nord-occidentali. Dopo di allora la mobilità interna della popolazione ha però manifestato un progressivo declino, collocandosi all'inizio degli anni Novanta su valori inferiori al 20 per mille. Dalla metà di quel decennio i flussi migratori interni hanno registrato una tendenza lievemente espansiva: da un tasso di mobilità del 18 per mille del 1991 si è arrivati al 22 del 2000 e del 2002 (una battuta di arresto si è osservata nel 2001; cfr. figura 15).

La forte riduzione dei decenni precedenti era soprattutto ascrivibile ai trasferimenti interregionali, passati da più di un terzo all'inizio degli anni Sessanta a solo un quarto del totale dei trasferimenti di residenza nel 1994. Anche la lieve ripresa dalla metà degli anni Novanta in poi è però ascrivibile a questi spostamenti: nel periodo 1994/2000 i trasferimenti interregionali sono cresciuti in media del 4,3% l'anno a fronte dell'1,6% dei trasferimenti intra-regionali, la quota dei primi sul totale così risalendo al 28%.

Le direttrici di tale accresciuta mobilità interregionale sono quelle tradizionali per quanto riguarda le regioni di origine: nel Mezzogiorno, l'unica area del paese in cui la differenza tra flussi in entrata e in uscita è negativa, il saldo annuo è raddoppiato nell'ultimo decennio portandosi a più di 60 mila uscite nette (cfr. tabella 5). Quanto alle regioni di destinazione, se nel 1993 l'attrattiva delle altre ripartizioni – Centro, Nord-Ovest e Nord-Est – era più o meno equivalente (nel senso che i saldi rispetto a queste aree erano molto simili), dieci anni dopo sono le regioni Nord-Orientali a manifestare il più alto grado di attrattività, con una crescita del saldo di circa il 130%, quasi il

doppio rispetto alla crescita registrata nello stesso periodo dei flussi netti dal Mezzogiorno verso il Centro e il Nord-Ovest.

Fig. 15 - Trasferimenti di residenza intraregionali e interregionali, anni 1991-2002 (numeri indice, 1991=100)



Fonte: ISTAT, *I trasferimenti di residenza*, 25 febbraio 2005

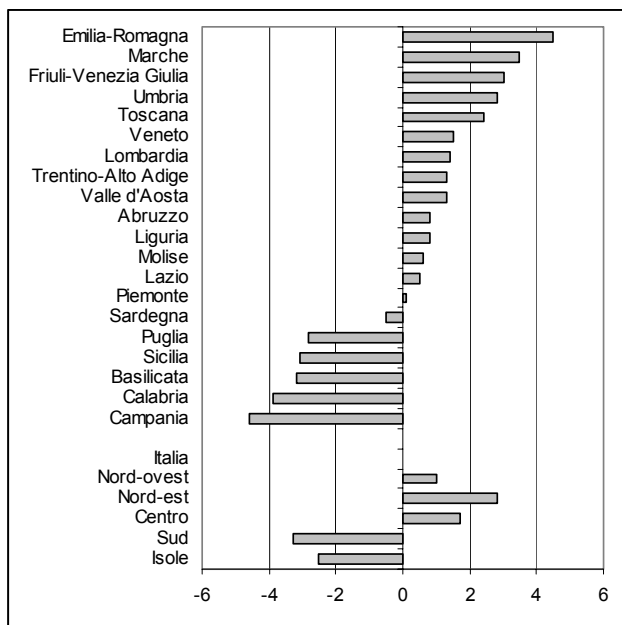
Tab. 5 - Saldi netti dei trasferimenti di residenza per ripartizione di origine e di destinazione (*), anni 1993-2002

1993						
		Destinazione				
		Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Mezzogiorno	Italia
origine	Nord-Ovest	-	-5052	-1480	10842	4310
	Nord-Est	5052	-	1113	10698	16863
	Centro	1480	-1113	-	11464	11831
	Mezzogiorno	-10842	-10698	-11464	-	-33004
	Italia	-4310	-16863	-11831	33004	-
2002						
origine	Nord-Ovest	-	-3189	-949	18836	14698
	Nord-Est	3189	-	1945	24561	29695
	Centro	949	-1945	-	19193	18197
	Mezzogiorno	-18836	-24561	-19193	-	-62590
	Italia	-14698	-29695	-18197	62590	-

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, *I trasferimenti di residenza*, 25 febbraio 2005

Nota: (*) un valore positivo indica un saldo positivo per la ripartizione di origine e negativo per la ripartizione di destinazione; viceversa per un valore negativo.

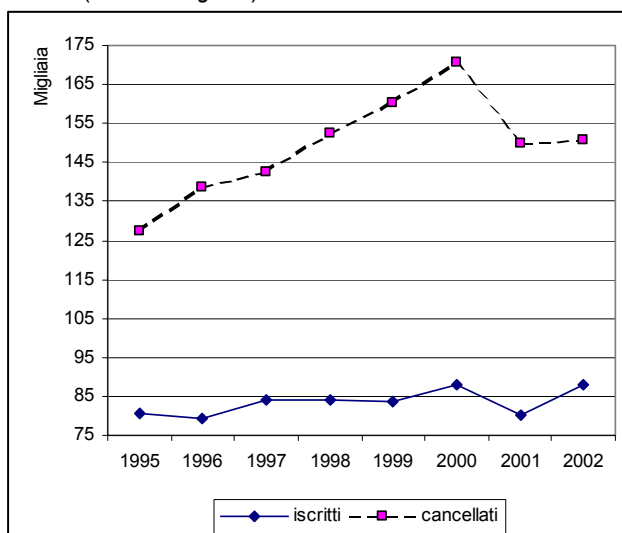
Fig. 16 - Saldi migratori interregionali (per 1.000), per regione, anno 2002



Fonte: ISTAT, *I trasferimenti di residenza*, 25 febbraio 2005

L'aumento (in valore assoluto) dei flussi netti dalle regioni del Mezzogiorno è dovuto quasi esclusivamente alla crescita dei flussi in uscita, come si può vedere nella figura 16: mentre le iscrizioni anagrafiche nel Mezzogiorno di persone provenienti dal resto d'Italia non manifestano particolari tendenze, mantenendosi intorno a valori pari a 85 mila unità, le cancellazioni per trasferimenti nelle altre regioni sono cresciute di quasi cinquantamila unità tra il 1995 e il 2000, anno di picco con più di 170 mila persone che si sono trasferite dal Mezzogiorno verso le altre regioni del paese.

Fig. 17 - Iscrizioni e cancellazioni anagrafiche nelle Regioni del Mezzogiorno per trasferimenti di residenza interregionali, anni 1995-2002 (valori in migliaia)



Fonte: elaborazione su dati ISTAT disponibili su <http://demo.ISTAT.it>

La popolazione disabile

Definire la dimensione numerica delle persone che vivono in condizione di disabilità è ancora oggi un processo problematico, almeno per due ordini di motivazioni. La prima attiene alla definizione stessa di persona con disabilità, che è una condizione fisica o mentale dai contorni non precisamente ed univocamente definiti. Negli stessi testi normativi si rileva spesso l'uso del termine "handicappato", oppure di "invalido" o "inabile", come sinonimo di persona con disabilità, con finalità estremamente varie e legate a motivazioni e interventi sovrapposti nel tempo e definenti fattispecie giuridiche differenti. Un esempio di quanto detto è riscontrabile nell'utilizzo dei termini disabilità e invalidità rispettivamente nella Legge n. 104 del 1992 e nella Legge n. 118 del 1971: la prima si riferisce alla capacità della persona di espletare autonomamente (anche se con ausili) le attività fondamentali della vita quotidiana, laddove la seconda concerne il riconoscimento in capo alla persona di un diritto a percepire un beneficio economico in conseguenza di un danno biologico, indipendentemente dalla valutazione complessiva di autosufficienza nelle attività della vita quotidiana.

Il secondo problema attiene all'implementazione concreta del concetto di disabilità – inteso come riduzione della capacità di esercitare autonomamente determinate attività di vita quotidiana – all'interno delle indagini campionarie sulla popolazione (Health Interview Survey), basate su interviste ai cittadini tramite un questionario e miranti ad identificare la condizione di disabilità indipendentemente dall'eventuale riconoscimento, definito dalla normativa e accertato a mezzo di qualche procedura amministrativa, di un particolare status giuridico. Tale strumento statistico è quello più idoneo, e più utilizzato anche a livello internazionale, a fornire un quadro

sufficientemente esaustivo della disabilità, in particolare per quanto riguarda le condizioni di salute, stili di vita e bisogni ad essa collegate. Permangono tuttavia incertezze per particolari categorie di disabilità. Esse sono legate sostanzialmente alle caratteristiche stesse dello strumento di rilevazione, basato sull'autopercezione delle persone rispetto ai problemi di salute e di disabilità. Ciò vuol dire che risulta ancora difficoltoso rilevare, ad esempio, le disabilità mentali rispetto a quelle fisiche per la presenza di resistenze e pregiudizi culturali che spingono le persone direttamente interessate o i loro familiari a non fornire in modo appropriato elementi informativi in risposta alle domande presenti nel questionario d'indagine. La stessa indipendenza della condizione di disabilità dalla presenza di un particolare status giuridico potrebbe essere ridotta dall'indubbio impatto che l'eventuale riconoscimento di un particolare status giuridico può avere sull'autopercezione della propria condizione – impatto che si cerca di ridurre considerando un ampio set di aspetti de (ed eventuali impedimenti a) la vita quotidiana e non richiedendo una sintetica definizione del proprio stato⁴⁴ – e comunque ridurre l'utilizzabilità immediata delle informazioni sulla disabilità così definita e misurata, nel governo di quelle fattispecie giuridiche.

Eliminato: misurazione

Eliminato: effettive condizioni di vita e di salute, tanto meno le

Eliminato: saranno immediatamente adoperabili

In base alle stime ottenute dall'indagine sulla salute e il ricorso ai servizi sanitari, emerge che in Italia le persone con disabilità sono 2 milioni 615 mila, pari al 5% circa della popolazione di età superiore a 6 anni che vive in famiglia (tabella 6).

La stima si basa su un criterio molto restrittivo di disabilità, quello secondo cui vengono considerate persone con disabilità unicamente quelle che, nel corso dell'intervista hanno riferito una totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana. Se si considera una definizione più ampia, riferita alle persone che abbiano manifestato una apprezzabile difficoltà nello svolgimento di una o più di queste funzioni, la stima sale a 6 milioni 980 mila persone, pari al 13% della popolazione sopra detta, un dato in linea con quello rilevato nei principali paesi industrializzati.

Tab. 6 - Numero di persone disabili di 6 anni e più che vivono in famiglia, per sesso e classi d'età. Anno 1999-2000. Dati in migliaia.

	minori di 14	15-24	25-44	45-64	65-74	75 e più	Totale
Maschi	40	27	81	153	204	389	894
Femmine	40	32	82	209	323	1.035	1.721
Totale	80	59	163	362	527	1.424	2.615

Fonte: ISTAT, *Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 1999-2000.

Nell'indagine sulla salute non sono compresi i bambini fino a 5 anni, in quanto lo strumento utilizzato non è idoneo a fornire indicazioni utili per questa fascia di popolazione (evidentemente la mancanza di autonomia nell'espletazione di quelle funzioni di vita quotidiana non è considerabile in

⁴⁴ La batteria di quesiti per la rilevazione della disabilità comprende le *difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana*, che riguardano l'assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo.

questi casi indice di disabilità). Dai dati provenienti dal Sistema informativo del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca (SIMPI) relativi alle certificazioni scolastiche, si evince che l'1,32% dei bambini che frequentano la prima classe elementare hanno una qualche disabilità, mentre alcuni studi specifici stimano un'incidenza alla nascita di bambini con disabilità pari all'1%. Ipotizzando un trend lineare del fenomeno nel passaggio da 0 a 6 anni, si può quindi stimare un numero complessivo di soggetti con disabilità fra 0 e 5 anni pari a circa 42.460 bambini.

A questi dati relativi alla popolazione che vive in famiglia, vanno aggiunti i 169.160 anziani non autosufficienti, soggetti che, proprio perché disabili, vivono nelle residenze socio-sanitarie (risultanti dalle rilevazioni condotte su queste strutture). Nel complesso della popolazione si giunge così ad una stima complessiva di circa 2 milioni 800 mila persone con disabilità.

Come detto, le stime in questione sono indipendenti dalle fattispecie giuridicamente riconosciute in quanto comportanti il diritto ad un dato trattamento o di vantaggi in sede di avviamento al lavoro. Sulle fattispecie giuridicamente riconosciute, ed i trattamenti connessi, ritorneremo nella parte II, trattando delle prestazioni di invalidità. Va detto che rispetto alla stima statistica della disabilità ora ricordata le fattispecie giuridicamente riconosciute, ed i beneficiari di determinate prestazioni, possono essere ridotti perché non tutti i soggetti che pur avrebbero diritto poi esercitano tale loro diritto, perché non a conoscenza della cosa, perché l'esercizio di quel diritto può essere condizionato ad altri parametri (ad esempio alla situazione economico-reddituale, che molti interventi sono soggetti alla prova dei mezzi) o comunque non essere particolarmente attrattivo, anche alla luce degli ostacoli amministrativi e procedurali che possono essere presenti. Viceversa, una prassi di controlli poco pregnanti e incisivi, l'appeal dei vantaggi giuridicamente riconosciuti rispetto alle condizioni economiche degli interessati e l'accettazione sociale della condizione in questione agiscono in senso opposto. Nel tempo e nello spazio, spesso sono questi fattori più che variazioni nelle condizioni di salute sottostanti che spiegano il variare delle fattispecie giuridicamente riconosciute. Ritorneremo su questi aspetti nella II parte, esaminando come varino tra classi di età e regioni i beneficiari dei diversi interventi previsti dalla normativa. In quanto segue si presenta una sintetica descrizione del variare dell'incidenza della disabilità (come qui definita) per sesso, età e ripartizione geografica.

La presenza di disabilità è ovviamente correlata all'età: tra le persone di 65 anni o più la quota di popolazione con disabilità è del 19,3%, e raggiunge il 47,7% (38,7% per gli uomini e 52% per le donne) tra le persone di 80 anni e più. Emerge una differenza di genere tutta a svantaggio delle donne che rappresentano il 66% delle persone disabili e gli uomini solo il 34%, con un tasso di disabilità del 6,2% (per gli uomini è il 3,4%). La differenza di genere è peraltro fortemente correlata al dato per età ed alla maggiore longevità delle donne (cfr. infra): più del 79% delle donne con disabilità ha 65 anni o più, mentre tra gli uomini tale percentuale scende al 66%. A livello territoriale emerge un differenziale tra l'Italia settentrionale e quella meridionale ed insulare. In particolare si osserva un tasso di disabilità del 6% nell'Italia insulare e del 5,2% nell'Italia

Meridionale, mentre tale tasso scende al 4,4% nell'Italia Nord-Orientale e al 4,3% nell'Italia Nord-Occidentale. Nell'Italia Centrale si ha un tasso di disabilità del 4,8%. La stessa struttura geografica si osserva per gli uomini e per le donne (tabella 7).

Tab. 7 - Disabili di 6 anni e più per regione. Anno 1999-2000. Tassi grezzi e standardizzati per mille persone

REGIONI	Disabili		Totale popolazione (migliaia)
	Tassi grezzi	Tassi standardizzati*	
Piemonte	48,1	44,5	4.028
Valle d'Aosta	39,4	38,6	112
Lombardia	40,2	41,8	8.487
Trento	38,2	38	422
Bolzano	31,7	35,5	437
Veneto	39,8	40,6	4.206
Friuli-Venezia Giulia	42,3	35,5	1.118
Liguria	47,3	35,5	1.543
Emilia-Romagna	50,8	42,1	3.754
Toscana	55	46	3.337
Umbria	51	40,9	788
Marche	56	47,9	1.374
Lazio	41,6	43,8	4.919
Abruzzo	54,1	49,6	1.203
Molise	55,1	48,9	309
Campania	45,8	56,3	5.345
Puglia	53,9	61,5	3.804
Basilicata	54,8	56,4	568
Calabria	62,8	68,1	1.918
Sicilia	62,8	68,9	4.723
Sardegna	52	59,5	1.555
ITALIA	48,5	48,5	53.950

Fonte: ISTAT, *Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 1999-2000.

Note: * per tassi standardizzati si intende La standardizzazione è eseguita aggregando i tassi specifici per singola classe di età usando come struttura di ponderazione la composizione per età della popolazione dell'intera Italia.

Le tipologie di disabilità

Dall'indagine sulle condizioni di salute è possibile identificare 4 tipologie di disabilità:

- a) confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa);
- b) disabilità nelle funzioni (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare);
- c) disabilità nel movimento (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi);
- d) disabilità sensoriali (difficoltà a sentire, vedere o parlare).

Quella più grave è la prima, che implica la costrizione permanente in un letto, o su una sedia con livelli di autonomia nel movimento pressoché nulli, nonché il confinamento in casa per impedimento fisico o psichico. È in tale situazione il 2,1% della popolazione di 6 anni e più, mentre

tra le persone di età superiore agli 80 anni tale quota raggiunge circa il 25% (19% maschi e 28% femmine) (tabella 8).

In merito alle altre tipologie di disabilità, si rileva che il 2,2% delle persone di 6 anni e più presenta disabilità nel movimento, con quote significative dopo i 75 anni: nella fascia d'età 75-79 anni la quota arriva al 9,9% e nelle persone di 80 anni e più il tasso raggiunge il 22,5% (con uno scarto di circa 7 punti percentuali tra maschi e femmine, a svantaggio di queste ultime: 17,6% per i maschi contro 24,8% per le femmine).

Circa il 3% della popolazione di 6 anni e più presenta invece difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, cioè ha difficoltà ad espletare le principali attività di cura della propria persona (quali il vestirsi o spogliarsi; il lavarsi mani, viso, o il corpo; tagliare e mangiare il cibo, ecc.). Tra i 75 ed i 79 anni, sono circa il 12% le persone che presentano tale tipo di limitazione e che quindi necessitano dell'aiuto di qualcuno per far fronte a queste elementari esigenze; tra gli ultraottantenni, circa 1 persona su 3 ha difficoltà a svolgere autonomamente le fondamentali attività quotidiane.

Le difficoltà nella sfera della comunicazione, quali l'incapacità di vedere, sentire o parlare, coinvolgono circa l'1% della popolazione di 6 anni e più.

Al fine di conoscere il numero dei ciechi e dei sordi, è possibile analizzare anche i dati relativi alle invalidità permanenti⁴⁵ rilevate sempre con l'indagine sulle condizioni di salute, dalla quale risultano circa 352 mila ciechi totali o parziali⁴⁶, 877 mila persone con problemi dell'udito più o meno gravi⁴⁷ 92 mila sordi prelinguali (sordomuti)⁴⁸.

Ben il 33% delle persone con disabilità è portatore di almeno due disabilità contemporaneamente fra disabilità nelle funzioni, disabilità nel movimento e disabilità sensoriali. Di questi il 33% è rappresentato dal sesso maschile e il restante 67% da quello femminile. Questa differenza è ancora spiegata in gran parte dalla differente distribuzione della popolazione maschile e femminile per età: più dell'80% delle persone con più tipologie di disabilità ha infatti un'età superiore ai 65 anni.

Una seconda situazione che va segnalata per la sua gravità riguarda le persone confinate in casa, che non sono in grado di utilizzare il telefono, di gestire i propri soldi o di assumere in modo

⁴⁵ È importante tenere distinti i concetti di disabilità e invalidità: il primo fa riferimento alla capacità della persona di espletare autonomamente (anche se con ausili) le attività fondamentali della vita quotidiana e si riconduce alla Legge n. 104/92, il secondo rimanda al diritto di percepire un beneficio economico in conseguenza di un danno biologico, e fa riferimento alla Legge n. 118/71.

⁴⁶ Parziale o totale assenza della vista sino a meno di un ventesimo con eventuale correzione. Il dato è riferito a tutte le età e quindi non esclude i bambini fino a 5 anni, così come avviene per la disabilità.

⁴⁷ Parziale o completa mancanza della capacità di udito anche se corretta con apparecchi acustici. Il dato è riferito a tutte le età e quindi non esclude i bambini fino a 5 anni, così come avviene per la disabilità.

⁴⁸ Incapacità o grave difficoltà nell'esprimersi tramite il linguaggio. Il dato è riferito a tutte le età e quindi non esclude i bambini fino a 5 anni, così come avviene per la disabilità.

autonomo le proprie medicine. Sono circa 180 mila le persone in questa condizione, il 70% delle quali composto da femmine e il 77% da persone con più di 65 anni.

Tab. 8 - Disabili di 6 anni e più secondo il tipo di disabilità, la classe di età e il sesso. Anno 1999. Quozienti per 1.000 persone

	Classi di età							Numero disabili (migliaia)*
	giu-14	15-44	45-64	65-74	75-79	80 e più	Totale	
MASCHI								
Disabili	14,9	8,7	21,7	78,9	143,8	386,6	34,1	894
Confinamento individuale	2,7	3,2	7,4	24,1	60,6	191	13,1	344
Difficoltà nelle funzioni	11,7	4,5	9,7	38,9	87,4	270,7	19,7	516
Difficoltà nel movimento	1,3	2,5	9,8	39,4	65,5	176,1	14,6	383
Difficoltà vista udito, parola	2,4	2,7	6,6	18,5	34,6	117,8	9,4	245
<i>Numero disabili (migliaia)</i>	<i>40</i>	<i>108</i>	<i>153</i>	<i>204</i>	<i>129</i>	<i>260</i>	<i>894</i>	
FEMMINE								
Disabili	16,3	9,4	28,6	101,6	229,9	520,2	61,9	1.721
Confinamento individuale	4,3	4,9	11,8	40,7	101	278	29,1	809
Difficoltà nelle funzioni	9,8	4	10,3	50	138,1	391,9	37,3	1.039
Difficoltà nel movimento	2,2	2,5	14,1	54,2	120,6	248,6	29,5	821
Difficoltà vista udito, parola	2,3	2,5	4,9	14,5	35,9	134,3	12,8	355
<i>Numero disabili (migliaia)</i>	<i>40</i>	<i>114</i>	<i>209</i>	<i>323</i>	<i>313</i>	<i>722</i>	<i>1.721</i>	
MASCHI E FEMMINE								
Disabili	15,6	9,1	25,3	91,4	195,7	476,7	48,5	2.615
Confinamento individuale	3,5	4,1	9,6	33,3	84,9	249,7	21,4	1.153
Difficoltà nelle funzioni	10,8	4,3	10	45	118	352,4	28,8	1.555
Difficoltà nel movimento	1,7	2,6	12	47,5	98,8	225	22,3	1.204
Difficoltà vista udito, parola	2,4	2,7	5,7	16,3	35,4	128,9	11,1	600
<i>Numero disabili (migliaia)</i>	<i>80</i>	<i>222</i>	<i>362</i>	<i>527</i>	<i>442</i>	<i>982</i>	<i>2.615</i>	

Fonte: ISTAT, *Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 1999-2000.

Note: * Si faccia attenzione al fatto che la somma dei disabili secondo il tipo di disabilità è superiore al numero complessivo di disabili, perché una stessa persona può essere portatrice di più disabilità contemporaneamente

Il rischio di povertà e le condizioni economiche delle famiglie

La condizione di povertà si definisce tipicamente contando le famiglie o gli individui con disponibilità economiche al di sotto di una determinata soglia, la quale può avere a riferimento un dato standard di vita “assoluto” o “relativo”. Nel caso di povertà assoluta la soglia fa riferimento alla possibilità di consumare un paniere di beni previamente definito (potendosi avere standard biologici – ad esempio, il consumo “necessario ad evitare deperimento biologico” – o basati su convenzioni in qualche modo storicamente determinate – ad esempio, uno stile di vita “socialmente accettabile” o “modesto, ma dignitoso”). Nel caso di povertà relativa la soglia viene invece identificata con riferimento allo standard di vita prevalente in un dato momento nella popolazione: in tal caso la condizione di deprivazione economica è misurata in funzione di una qualche misura di sintesi (la media o la mediana) della distribuzione delle condizioni di vita, a loro volta rappresentate dalla spesa per consumi delle famiglie oppure alternativamente dai loro redditi disponibili⁴⁹.

La definizione ufficiale di povertà relativa adottata dall'ISTAT in Italia è basata sulla spesa per consumi: una famiglia di due persone è definita povera se spende meno che il consumo medio pro-capite nazionale. Applicandosi la scala di equivalenza – la cosiddetta scala Carbonaro – si differenzia la soglia per nuclei familiari di diversa numerosità (ad esempio, 60% della soglia suddetta per i single, 133% per le famiglie di tre persone fino al 240% per le famiglie di sette o più persone). Come vedremo oltre, a livello comunitario sono state fatte scelte diverse, essendosi preferita una misura basata sui redditi con una diversa scala di equivalenza (cosiddetta “OCSE modificata”). L'ISTAT ha anche rilevato fino al 2002 una misura di povertà assoluta (definita sulla base di uno standard “socialmente accettabile” valutato in termini monetari per la prima volta nel 1997 e poi aggiornato sulla base dell'indice complessivo dei prezzi al consumo), ma ha al momento sospeso la pubblicazione di questa serie (in attesa d'una revisione del paniere). A livello comunitario, allo stato attuale non esiste invece alcuna iniziativa volta ad ottenere misure comparabili di povertà assoluta. In questa sede, quindi, ci occuperemo solo di povertà relativa, concentrandoci dapprima sulla misurazione nazionale e rivolgendo successivamente l'attenzione alle misure comunitarie sui redditi⁵⁰.

⁴⁹ Oltre alla variabile oggetto della misurazione (consumi o redditi) e alla misura di sintesi della distribuzione (media o mediana) può cambiare il “livello” della soglia (ad esempio, 50 o 60% della media o della mediana) e la scala di equivalenza, il parametro che applicandosi ai consumi (redditi) permette di confrontare famiglie di numerosità diversa tenendo presenti le economie di scala che derivano dalla convivenza e altre caratteristiche del nucleo familiare (ad esempio, età dei componenti). Problemi di scale di equivalenza possono anche porsi, implicitamente o esplicitamente, anche nel caso di misure assolute di povertà. In un caso come nell'altro, il riferimento alla spesa per consumi (inteso come volume di spesa) e/o ai redditi presuppone che i prezzi rilevanti per le diverse famiglie non mutino a seconda delle condizioni familiari (e del territorio).

⁵⁰ In quest'ultimo caso non si tratterà però di dati ufficiali, essendo stata sospesa l'indagine ECHP (*European Community Household Panel*) su cui gli indicatori di povertà comunitari venivano calcolati e non essendo ancora disponibile l'evidenza relativa all'indagine che l'ha sostituita (*EU-Silc, Survey on income and living conditions*). Si presenteranno

La definizione nazionale di povertà

Nel 2003 i poveri italiani sono stati secondo l'ISTAT 6 milioni 786 mila, l'11,8% della popolazione distribuiti in 2 milioni 360 mila famiglie – il 10,6% delle famiglie residenti⁵¹. Si tratta del valore più basso registrato dall'inizio dell'attuale serie storica (partita nel 1997 a seguito di una profonda revisione dell'indagine sui consumi delle famiglie), osservandosi una leggera riduzione del tasso di povertà in ciascun anno a partire dal 2000 (cfr. figura 18): in un triennio la quota di famiglie povere si è ridotta complessivamente di quasi due punti. L'intensità della povertà – la distanza percentuale tra la spesa media delle famiglie povere e la soglia di povertà, secondo la definizione nazionale – è poco più alta del 20%, sostanzialmente stabile nell'ultimo triennio, ma anch'essa in leggera riduzione rispetto alla fine del decennio scorso.

Parte della riduzione della povertà relativa è comunque ascrivibile alla flessione in termini reali (cioè tenuto conto del livello dei prezzi) dei consumi medi delle famiglie rilevati nell'indagine, sulla cui base è calcolata la soglia di povertà adoperata. Come si può vedere nella figura 19, la soglia di povertà effettiva è nel 2003 inferiore a quella ottenibile rivalutando per l'inflazione la soglia del 2000.

Notevolissime sono le differenze sul territorio nazionale: la quota di famiglie povere nel Mezzogiorno (21,3%) è quattro volte quella del Centro-Nord. Il divario si è peraltro ridotto negli ultimi anni: mentre nel Mezzogiorno l'incidenza di povertà è diminuita di circa tre punti tra il 2001 e il 2003, nel Nord – l'area meno povera del paese – è sostanzialmente rimasta costante. Ancora maggiore la riduzione della povertà nel Centro, in tre anni quasi dimezzatasi per portarsi agli stessi livelli del Nord (valori a cui peraltro si collocava all'inizio del periodo di osservazione – il 1997). A livello regionale⁵², l'incidenza di povertà si colloca da valori prossimi al 4% in Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna a valori intorno al 25% in Calabria, Basilicata e Sicilia (cfr. figura 20).

Passando all'analisi della povertà per caratteristiche delle famiglie, va notata l'assenza di differenze di genere (considerando il sesso del capofamiglia), così come non molto accentuate sono le differenze per età del capofamiglia, fatta eccezione per le famiglie aventi come persona di riferimento un anziano (cfr. tabella 9). Effettivamente la presenza di un anziano in famiglia aumenta il rischio di povertà secondo la definizione nazionale basata sui consumi: di due punti per gli anziani soli, di cinque per la coppia, rispetto alla media complessiva del paese (cfr. tabella 10).

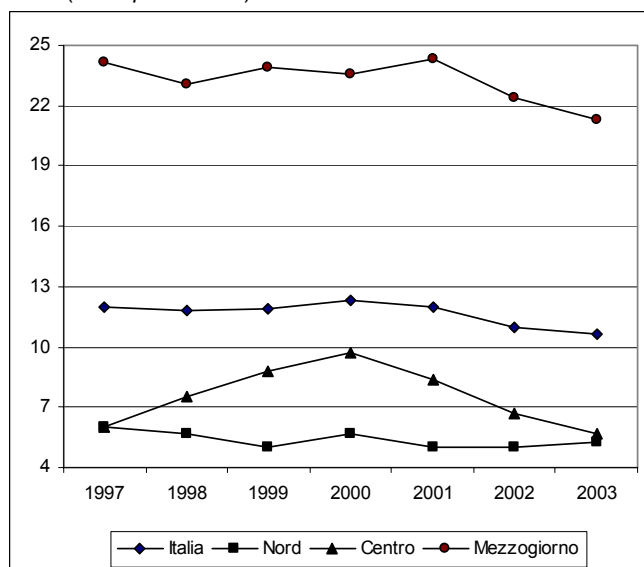
quindi nostre elaborazioni originali effettuate sui microdati dell'*Indagine sui bilanci delle famiglie*, condotta ogni due anni dalla Banca d'Italia, fatte salve le metodologie adottate in ambito comunitario.

⁵¹ La quota di famiglie povere è minore di quella di individui poveri data la maggiore incidenza della povertà tra le famiglie numerose (cfr. oltre) Si ricorda che sono esclusi dal campo dell'indagine, e quindi dalla stima della povertà, la popolazione istituzionalizzata (reclusi, soggetti che vivano in residenze collettive etc.) ed il peculiare gruppo degli homeless.

⁵² La rilevazione regionale della povertà ha avuto inizio nel 2002. In ogni caso il riferimento è ad una linea di povertà nazionale.

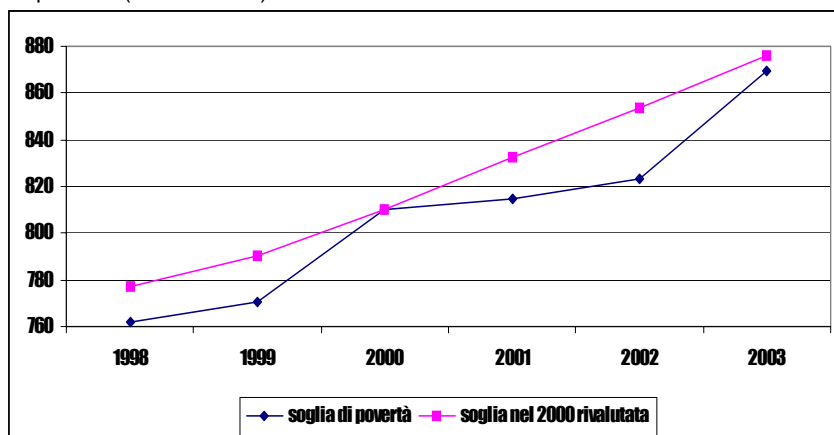
Come vedremo oltre, si tratta di una evidenza in parziale contraddizione con quanto emerge dall'analisi sui redditi, per la quale gli anziani sarebbero relativamente meno poveri.⁵³

Fig. 18 - Incidenza di povertà relativa delle famiglie (definizione nazionale sui consumi), per ripartizione territoriale, anni 1997-2003 (valori percentuali)



Fonte: ISTAT, *La povertà relativa in Italia nel 2003*, 13 ottobre 2004

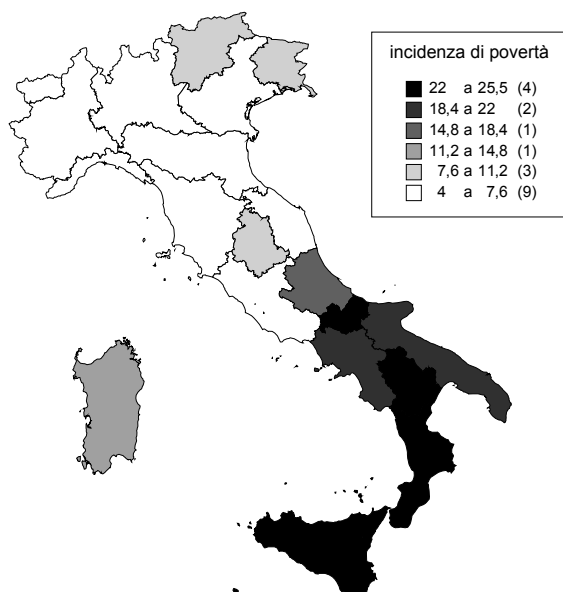
Fig. 19 - Soglia di povertà effettiva e soglia del 2000 rivalutata per l'indice dei prezzi al consumo, per una famiglia di due persone (valori in euro)



Fonte: elaborazione su dati ISTAT, *La povertà relativa in Italia*, vari anni

⁵³ Per un approfondimento si rimanda all'Appendice statistica al *Rapporto di strategia nazionale sulle pensioni 2002* in cui questa contrastante evidenza si spiega con una possibile maggiore propensione al risparmio degli anziani, vuoi per ragioni di natura precauzionale vuoi per effetti di coorte nei *pattern* di consumo.

Fig. 20 - Incidenza di povertà relativa delle famiglie (definizione nazionale sui consumi), per regione, anno 2003



Fonte: ISTAT, *La povertà relativa in Italia nel 2003*, 13 ottobre 2004

Tab. 9 – Incidenza di povertà relativa delle famiglie (definizione nazionale sui consumi) - per sesso e classe d'età della persona di riferimento della famiglia e ripartizione territoriale. Incidenza di povertà relativa degli individui. Intensità della povertà. Anni: 1998, 2000, 2002 e 2003 – (valori percentuali)

	1998	2000	2002	2003
<i>Sesso della persona di riferimento</i>				
Maschi	11,7	12,3	10,9	10,5
Femmine	12,2	12,3	11,3	10,8
Classi d'età della persona di riferimento				
Fino a 34 anni	10,9	9,8	8,0	8,4
35-44 anni	10,6	12,0	10,2	10,1
45-54 anni	8,7	10,0	9,0	8,2
55-64 anni	10,6	10,4	8,7	8,3
65 o più anni	15,8	15,9	14,9	14,1
Ripartizione geografica				
Nord	5,7	5,7	5,0	5,3
Centro	7,5	9,7	6,7	5,7
Mezzogiorno	23,1	23,6	22,4	21,3
Totale famiglie	11,8	12,3	11,0	10,6
Totale individui	13,0	13,9	12,4	11,8
Intensità della povertà	22,4	22,5	21,4	21,4

Fonte: ISTAT, *La povertà relativa in Italia*, vari anni

Note: le caselle della tabella evidenziate rappresentano valori esterni all'intervallo +5/-5 punti percentuali rispetto alla media nazionale

Tab. 10 – Incidenza di povertà relativa delle famiglie (definizione nazionale sui consumi) - per tipologia familiare. Anni: 1998, 2000, 2002 e 2003 – (valori percentuali)

	1998	2000	2002	2003
Famiglie senza figli				
Single con meno di 65 anni	3,9	4,4	3,1	3,9
Single con 65 anni o più	13,4	13,2	13,3	12,7
2 adulti (p.r. < 65 anni)	4,3	4,8	4,8	3,5
2 adulti (p.r. 65 o più anni)	14,4	18,5	15,7	15,6
Famiglie con figli				
Monogenitore	11,7	13,0	11,5	11,4
2 adulti con 1 figlio	9,5	9,5	8,1	7,2
2 adulti con 2 figli	13,3	14,5	12,2	12,2
2 adulti con 3 o più figli	22,4	25,2	24,4	20,9
Totale	11,8	12,3	11,0	10,6

Fonte e note: vedi tabella 9

Tab. 11 – Incidenza di povertà relativa delle famiglie (definizione nazionale sui consumi) - per condizione lavorativa della persona di riferimento della famiglia e per numero di persone in cerca di occupazione. Anni: 1998, 2000, 2002 e 2003 – (valori percentuali)

	1998	2000	2002	2003
Dipendente	8,5	9,8	8,5	8,2
Autonomo	8,3	7,9	6,4	6,7
In cerca di occupaz.	-	33,1	32,2	28,0
Ritirato dal lavoro	13,5	14,0	12,3	12,0
Nessuna persona in cerca di occupazione	10,1	10,6	9,4	9,5
1 persona in cerca di occupazione	20,2	21,8	21,1	18,0
2 o più persone in cerca di occupaz.	39,3	39,1	37,3	33,4
Totale	11,8	12,3	11,0	10,6

Fonte e note: vedi tabella 9

L'incidenza di povertà più alta rispetto alla tipologia familiare si rileva comunque nelle famiglie numerose, in particolare quelle con tre o più figli: tra queste una su cinque si trova in condizione di povertà⁵⁴. All'estremo opposto invece si collocano le coppie senza figli e i single non anziani: tra queste tipologie familiari, la povertà riguarda meno di una famiglia su venticinque.

Quanto alle caratteristiche occupazionali, più di un quarto delle famiglie con capofamiglia disoccupato sono in condizione di povertà (erano però un terzo nel 2000); l'occupazione del capofamiglia riduce l'incidenza di povertà al di sotto del 10%, non però troppo distante dal tasso di povertà complessivo, soprattutto nel caso dei lavoratori dipendenti (circa due punti e mezzo in meno, quattro per gli autonomi)⁵⁵. In maniera non sorprendente, l'incidenza di povertà cresce all'aumentare del numero di persone in cerca di occupazione nella famiglia; anche nelle famiglie in cui nessuno cerca un'occupazione si ha comunque un tasso di povertà prossimo al 10%.

⁵⁴ La situazione delle famiglie con tre o più figli appare in netto miglioramento rispetto al 2000 (l'incidenza si è ridotta di più di quattro punti nel triennio), secondo la definizione nazionale sui consumi. L'analisi sui redditi mostrerà però un peggioramento.

⁵⁵ Nei dati ISTAT non siamo in grado di verificare quanto conti l'occupazione complessiva dei vari componenti della famiglia, un aspetto su cui si ritornerà invece discutendo della povertà in termini di redditi.

La popolazione a basso reddito: il rischio di povertà nella definizione comunitaria

Nell'ambito del metodo di coordinamento aperto comunitario nell'area delle politiche per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale una particolare enfasi si è avuta, come già detto, sugli indicatori di povertà relativa. Al fine di assicurare la massima comparabilità, si è scelto non solo di utilizzare una metodologia comune, ma di avere la stessa fonte di dati per tutti i paesi – inizialmente l'indagine *ECHP – European Community Household Panel* (sospesa nel 2001), a regime la nuova indagine *EU Silc – Survey on income and living conditions* (che è stata lanciata, o sta per esserlo, in tutti i 25 paesi dell'Unione). Ciò inevitabilmente comporta discrasie rispetto alle diverse tradizioni nazionali nella misurazione della povertà, quale quella di cui si è appena dato conto per l'Italia. Non deve perciò sorprendere se i dati che qui di seguito si presenteranno non saranno del tutto coerenti con l'immagine della povertà appena esposta.

Al momento, per l'Italia, i dati basati sulla definizione e sulla fonte decise a livello comunitario non sono peraltro disponibili che sino al 2000. Infatti è ancora in corso la transizione da *ECHP* ad *EU Silc* e quindi non è disponibile una fonte "comunitaria" sui redditi. In quanto segue si riportano pertanto informazioni aggiornate al 2002 frutto di elaborazioni che implementano le definizioni comunitarie su una fonte alternativa, l'*Indagine sui bilanci delle famiglie italiane* condotta ogni due anni dalla Banca d'Italia. Nelle ultime indagini il campione è formato da circa 8.000 famiglie (24.000 individui), solo un terzo della dimensione campionaria dell'indagine sui consumi, ma comunque una dimensione apprezzabile e simile a quella di *ECHP* e sufficiente a garantire una buona affidabilità dei risultati (ma non al livello regionale prima invece esposto per la definizione nazionale di povertà)⁵⁶.

Come detto, l'indicatore di povertà comunitario (ufficialmente noto come incidenza della popolazione "a rischio di povertà" e che qui chiameremo, per differenziarlo dalla povertà nazionale, incidenza della popolazione "a basso reddito") è molto diverso da quello nazionale, sostanzialmente perché:

- a) è basato sui redditi invece che sui consumi (il che implica differenze concettuali e diverse problematiche di misurazione statistica);
- b) utilizza una diversa scala di equivalenza, la scala OCSE modificata, che a differenza della Carbonaro differenzia i pesi a seconda dell'età dei componenti il nucleo familiare, senza che però tale peso si riduca al crescere della numerosità del nucleo (1 al primo adulto, 0,5 agli altri, 0,3 ai minori di 14 anni);

⁵⁶ L'evidenza è peraltro coerente con quella di fonte *ECHP* (cfr. P. Sestito, R. Tangorra, C. Freguja, *Povertà ed esclusione sociale in Italia. Indicatori comunitari e nazionali*, Allegato al Piano d'azione nazionale per l'inclusione sociale 2003), ferma però al 2000 quanto all'anno di riferimento dei redditi. Va segnalata comunque che l'indagine della Banca d'Italia si differenzia da quella comunitaria nella costruzione del reddito disponibile, in primo luogo per la presenza degli affitti imputati per i proprietari dell'abitazione. *EU Silc* procederà alla raccolta di questo tipo di informazione, anche se non dalla prima indagine.

c) calcola diversamente la soglia, ponendola al 60% della mediana dei redditi familiari equivalenti – invece che al 60% dei consumi medi pro-capite (per una famiglia di una persona) come avviene secondo la metodologia nazionale.

Tutte queste differenze metodologiche fanno sì che la scala del fenomeno sia molto diversa a seconda dell'indicatore utilizzato: nell'arco di tempo qui considerato, la popolazione a basso reddito secondo la definizione comunitaria varia tra il 20 e il 21%, quella povera secondo la definizione nazionale tra il 12 e il 14%⁵⁷. Diversa è anche la dinamica recente: la tendenza alla riduzione della povertà evidenziata sui consumi a partire dal 2000 non si avverte considerando i redditi, essendo la popolazione a basso reddito rimasta sostanzialmente stabile tra il 2000 e il 2002 intorno al 20%⁵⁸.

Simile (con l'eccezione degli anziani) è comunque l'immagine "statica" della distribuzione della povertà: si conferma infatti la notevole concentrazione della povertà nel Mezzogiorno (incidenza al 40%), nelle famiglie con 3 o più figli dipendenti (50%) nonché in quelle con due (26%), tra le persone in cerca di occupazione (oltre il 50%) (cfr. tabelle 12 – 13⁵⁹). Incidenze così elevate fanno sì che quasi tre quarti dei poveri vivano nel Mezzogiorno (dove risiede un terzo della popolazione italiana) e che metà sia in famiglie con almeno due figli dipendenti (anche in questo caso poco meno di un terzo della popolazione) (cfr. figura 24).

Inoltre, laddove nell'analisi sui consumi le famiglie meridionali e quelle numerose vedevano migliorare notevolmente la loro condizione nell'ultimo triennio, nel caso dei redditi la situazione di tali famiglie appare essere stabile (Mezzogiorno), se non peggiorare (famiglie numerose). In particolare, la quota dei bambini che vivono in famiglie povere aumenta dal 25 al 30% tra il 2000 e il 2002 (cfr. tabella 12).

Come già messo in luce, contrastata è l'evidenza sugli anziani: quando si considerano i redditi, a differenza che per i consumi, gli anziani sono relativamente meno poveri (incidenza al 15%), fatta eccezione per gli anziani che vivono soli, quasi un quarto dei quali fa parte della popolazione a basso reddito. Nel tempo la loro situazione sembra comunque migliorare, così come quella degli anziani in generale, analogamente a quanto rilevato sulla base dei consumi.

L'intensità del rischio di povertà – nella definizione comunitaria, la distanza percentuale tra il reddito equivalente della persona "mediana" tra quelle a basso reddito e la soglia che definisce tale condizione – si è ridotta di circa cinque punti (dal 30 al 25%) tra il 1998 e il 2002, effetto di un

⁵⁷ In ambito comunitario le incidenze sono tutte calcolate sugli individui, a differenza che nel contesto nazionale dove si preferisce indicare i dati in quota delle famiglie residenti.

⁵⁸ Questo perché la soglia di povertà è cresciuta con i redditi più dell'inflazione, a differenza di quanto visto per i consumi (cfr. oltre l'indicatore con soglia fissata al 1998 e rivalutata solo per l'inflazione).

⁵⁹ Si presti attenzione al fatto che in queste tabelle le incidenze sono tutte calcolate sugli individui e non sulle famiglie, a differenza di quanto avveniva nella sezione precedente. Inoltre le caratteristiche evidenziate (sesso, età, caratteristiche professionali, ecc.) sono quelle degli individui, qualunque sia la loro posizione nella famiglia (nelle tabelle della sezione precedente si trattava delle caratteristiche della persona di riferimento).

avvicinamento alla soglia soprattutto per le famiglie povere del Mezzogiorno e per quelle con bambini (cfr. figura 21).

Tab. 12 – Incidenza della popolazione a basso reddito (rischio di povertà secondo la definizione comunitaria) - per sesso, classe d'età e ripartizione territoriale. Anni: 1998, 2000 e 2002 – (valori percentuali)

	1998	2000	2002
Sesso			
Maschi	19,9	19,3	19,5
Femmine	21,5	20,4	20,7
Classi d'età			
0-15 anni	26,3	25,4	30,0
16-24 anni	26,9	26,6	22,8
25-49 anni	19,3	18,7	20,5
50-64 anni	17,5	16,6	14,3
65 o più anni	17,8	16,6	15,3
0-64 anni	21,3	20,5	21,2
16-64 anni	20,1	19,4	19,2
Ripartizione geografica			
Nord-Ovest	10,1	7,6	7,4
Nord-Est	6,5	5,7	7,0
Centro	11,0	10,5	11,8
Mezzogiorno	40,6	40,8	40,6
Totale	20,7	19,8	20,1

Fonte: nostra elaborazione su microdati Banca d'Italia, *Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*

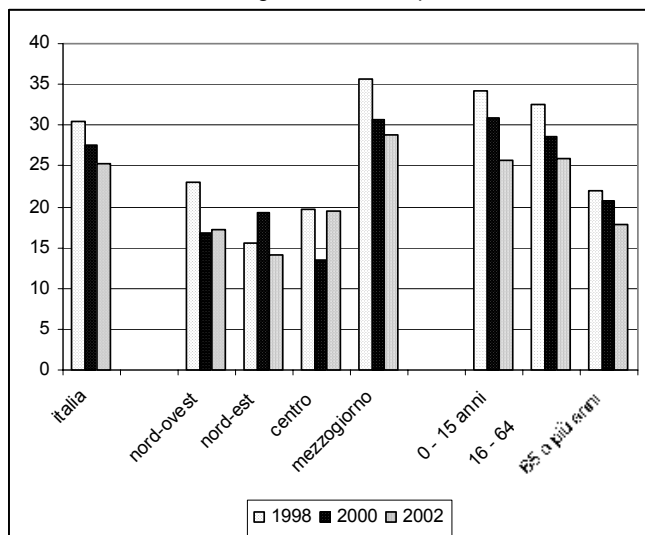
Note: le caselle della tabella evidenziate rappresentano valori esterni all'intervallo +5/-5 punti percentuali rispetto alla media nazionale

Tab. 13 – Incidenza della popolazione a basso reddito (rischio di povertà secondo la definizione comunitaria) - per tipologia familiare. Anni: 1998, 2000 e 2002 – (valori percentuali)

	1998	2000	2002
Individui in famiglie senza figli dipendenti			
Persona sola 65 anni o più	25,4	22,5	23,3
Persona sola con meno di 65 anni	13,1	12,3	13,3
2 adulti (entrambi meno di 65)	12,7	11,0	10,6
2 adulti (almeno una 65 o più anni)	14,5	13,8	12,7
Altre famiglie senza figli dipendenti	13,3	13,4	12,8
Totale persone con basso reddito in famiglie senza figli dipendenti	14,7	13,9	13,5
Individui in famiglie con figli dipendenti			
Monogenitore con figli dipendenti	39,9	37,6	33,1
2 adulti con 1 figlio dipendente	15,6	15,9	14,5
2 adulti con 2 figli dipendenti	24,3	21,1	25,6
2 adulti con 3 o più figli dipendenti	45,9	48,2	50,6
Altre famiglie con figli dipendenti	22,8	25,6	24,0
Totale persone con basso reddito in famiglie con figli dipendenti	25,3	24,9	26,0
Totale	20,7	19,8	20,1

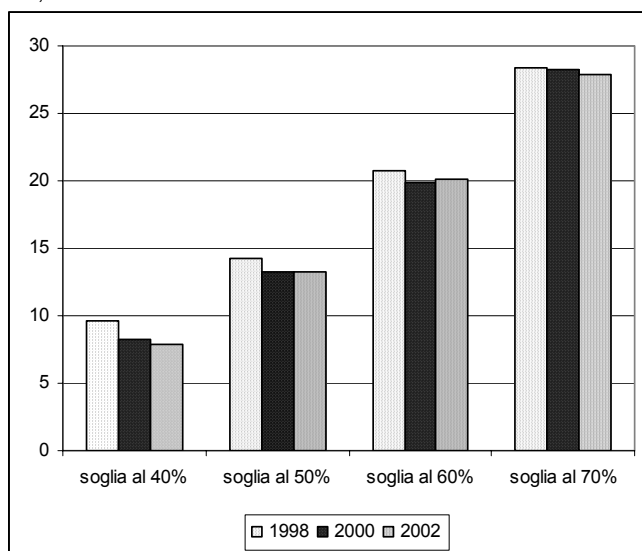
Fonte e note: vedi tabella 12

Fig. 21 - Intensità del rischio di povertà (definizione comunitaria): distanza percentuale del reddito equivalente mediano degli individui a basso reddito dalla soglia di rischio di povertà



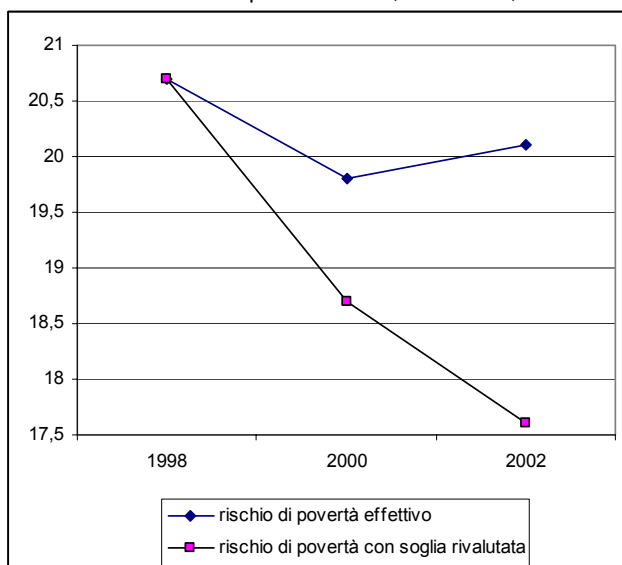
Fonte: nostra elaborazione su microdati Banca d'Italia, *Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*

Fig. 22 - Dispersione della popolazione a basso reddito (rischio di povertà secondo la definizione comunitaria) intorno alla soglia base (40%, 50% e 70% del reddito disponibile equivalente mediano; soglia base al 60%), anni: 1998, 2000 e 2002



Fonte: nostra elaborazione su microdati Banca d'Italia, *Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*

Fig. 23 - Incidenza della popolazione a basso reddito (rischio di povertà secondo la definizione comunitaria) calcolato con soglia fissata al 1998 e rivalutata per l'inflazione, anni: 1998, 2000 e 2002



Fonte: nostra elaborazione su microdati Banca d'Italia, *Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*

Tab. 14 – Incidenza della popolazione – solo di 16 anni e oltre – a basso reddito (rischio di povertà secondo la definizione comunitaria) - per caratteristiche professionali. Anni: 1998, 2000 e 2002 – (valori percentuali)

	1998	2000	2002
Occupato	10,7	10,7	11,3
In cerca di occupazione	51,9	57,3	52,3
Ritirato dal lavoro	16,2	14,6	13,5
Altro inattivo	27,1	27,1	28,6
Totale	20,7	19,8	20,1

Fonte e note: vedi tabella 12

Tab. 15 – Incidenza della popolazione a basso reddito (rischio di povertà secondo la definizione comunitaria) - per tasso di occupazione familiare (persone occupate su numero di persone in età da lavoro nella famiglia). Anni: 1998, 2000 e 2002 – (valori percentuali)

	1998	2000	2002
Tasso di occupazione familiare=0	45,5	43,2	39,3
0<Tasso di occupazione familiare≤1/2	28,2	30,6	32,8
1/2<Tasso di occupazione familiare≤1	6,6	5,5	6,1
Totale	20,7	19,8	20,1

Fonte e note: vedi tabella 12

Tab. 16 - Incidenza della popolazione a basso reddito (*in work poverty risk* secondo la definizione comunitaria) tra gli occupati, anni: 1998, 2000 e 2002

	1998	2000	2002
<i>Tipo di occupazione</i>			
Lavoratori dipendenti	10,4	9,9	11,2
Lavoratori autonomi	11,9	13,4	11,9
<i>Sesso</i>			
Maschi	12,9	13,8	12,9
Femmine	7,2	5,5	7,2
Classi d'età			
16-24 anni	11,5	11,6	9,3
25-49 anni	10,3	10,5	12,0
50-64 anni	12,2	11,2	10,0
Ripartizione geografica			
Nord-Ovest	4,6	3,8	4,1
Nord-Est	3,8	3,2	3,9
Centro	6,5	7,0	6,7
Mezzogiorno	26,2	26,8	28,3
Totale occupati	10,7	10,7	11,3

Fonte e note: vedi tabella 12

Tab. 17 – Incidenza della popolazione a basso reddito (rischio di povertà secondo la definizione comunitaria) - per titolo di godimento dell'abitazione. Anni: 1998, 2000 e 2002 – (*valori percentuali*)

	1998	2000	2002
Proprietà o usufrutto o titolo gratuito	16,4	15,6	15,1
Affitto o subaffitto	36,1	36,0	40,2
Totale	20,7	19,8	20,1

Fonte e note: vedi tabella 12

Più di un terzo della popolazione a basso reddito (il 7% sul 20 complessivo) si colloca a ridosso della soglia standard (più precisamente tra il 50 e il 60% del reddito mediano equivalente, cfr. figura 22), la soglia essendo pari nel 2002 a 8106 euro. Ma appena sopra questo valore (tra il 60 e il 70% della mediana, meno di 9500 euro) vi è un gruppo di individui di numerosità analoga. Circa l'8% della popolazione complessiva è comunque sotto il 40% della soglia standard, avendo un reddito familiare equivalente inferiore a 5.400 euro. La sostanziale stabilità della popolazione a basso reddito tra il 2000 e il 2002 è anche evidente con diversi livelli della soglia.

Come già accennato, tale stabilità è dovuta al fatto che il reddito mediano è cresciuto in termini reali in tutto il periodo osservato, a differenza dei consumi medi, il cui tasso di crescita reale è stato invece in media negativo tra il 2000 e il 2003. Se la soglia che individua la popolazione a basso reddito fosse cresciuta dal 1998 al 2002 allo stesso tasso dell'inflazione, si sarebbe osservata una riduzione nel numero di persone a rischio di povertà anche considerando i redditi, riconciliandosi in questo modo tale andamento con l'evidenza vista sui consumi (cfr. figura 23).

Passando all'analisi delle condizioni lavorative, coi dati in questione è anche possibile meglio qualificare il rapporto tra popolazione povera e status occupazionale dell'intera famiglia (cfr. tabella 15). A questo proposito è stato costruito un indicatore di intensità del lavoro nella famiglia, che

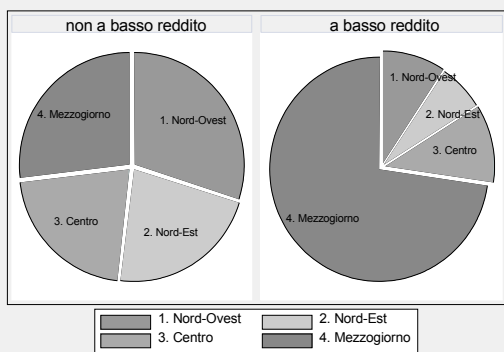
considera il numero di persone occupate in rapporto a quelle in età da lavoro, escludendo dal computo i figli dipendenti⁶⁰: si tratta quindi di una sorta di “tasso d’occupazione familiare”. Ad esempio, in una famiglia con (bambini e) due adulti, uno solo dei quali occupato, il tasso d’occupazione familiare è pari ad un mezzo. È proprio questa tipologia familiare (o meglio la tipologia in cui l’occupazione si ha per almeno una persona, ma per non più di metà di quelle in età da lavoro) a destare forse maggiore preoccupazione: un terzo degli individui che vivono in tali famiglie fa parte della popolazione a basso reddito e la loro quota è aumentata di circa cinque punti tra il 1998 e il 2002, ammontando al 54% del totale della popolazione a basso reddito (erano il 46% nel ‘98) a cui va peraltro aggiunto il 13% di individui in famiglie in cui tutte le persone in età da lavoro (o più di metà) sono occupate (cfr. figura 24, grafico f). In altri termini, la presenza di occupazione nella famiglia appare senz’altro condizione necessaria per non essere in povertà, ma allo stesso tempo condizione crescentemente non sufficiente qualora non siano occupati tutti i membri della famiglia che possono esserlo.

Concentrandoci sul rischio di povertà tra gli occupati (tabella 16), questo riguarda più i maschi che le femmine (che sono più probabilmente *second earner*, il reddito considerato essendo comunque quello familiare) e le fasce centrali d’età (quando maggiori sono le responsabilità familiari), ma in quest’ultimo caso le differenze sono di segno non costante nel tempo: mentre la condizione dei lavoratori più giovani e più maturi migliora, quella di coloro in età centrale peggiora. Il rischio di povertà tra gli occupati è comunque un fenomeno diffuso sostanzialmente nel solo Mezzogiorno (incidenza al 28% rispetto al 4% del Nord e al 7% del Centro), dove è più facile che a lavorare sia solo un membro della famiglia. Va infine segnalato che la quota di lavoratori dipendenti nella popolazione a basso reddito è cresciuta di quasi un punto e mezzo tra il 2000 e il 2002, mentre quella degli autonomi è diminuita dello stesso ammontare. L’incidenza si è così portata allo stesso livello per le due categorie, anche se è da ricordare che i redditi degli autonomi sono più facilmente esposti al rischio di *under-reporting* (con tendenziale sovrastima del rischio di povertà).

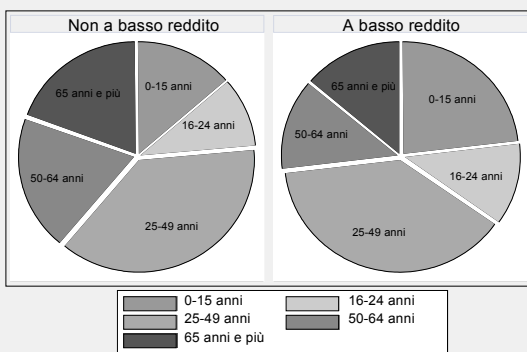
⁶⁰ Definiti, seguendo la metodologia comunitaria, come le persone di età compresa tra i 16 e i 24 anni che non siano occupate e vivano ancora con i genitori. Al momento, a differenza che nella costruzione dell’indicatore operata da Eurostat, non si è però adoperata l’informazione sul numero di mesi lavorati da parte dei singoli adulti occupati.

Fig. 24 Distribuzione degli individui a basso reddito (rischio di povertà secondo la definizione comunitaria) e del resto della popolazione – per diverse caratteristiche, 2002

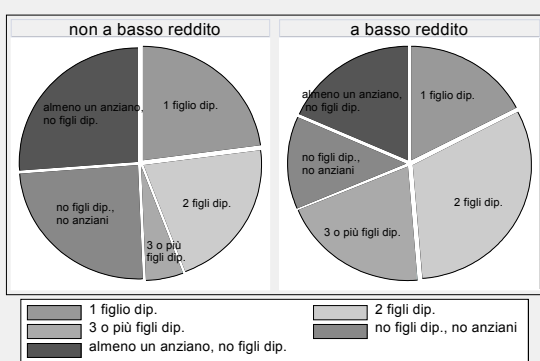
a) per ripartizione territoriale



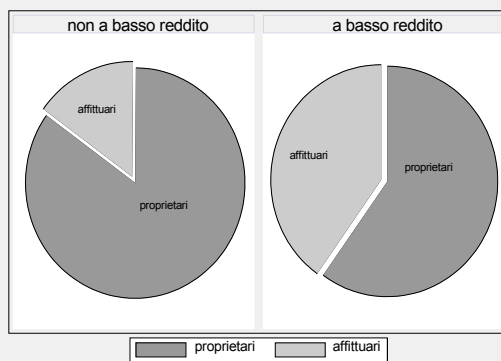
b) per classe d'età



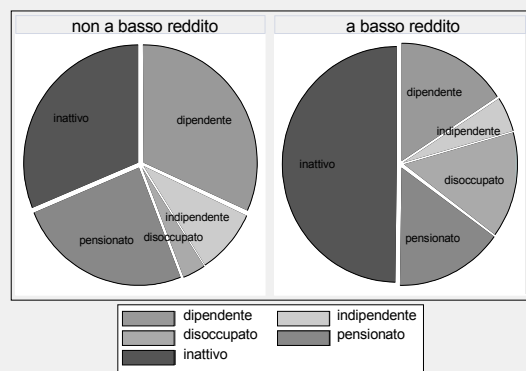
c) per caratteristiche familiari



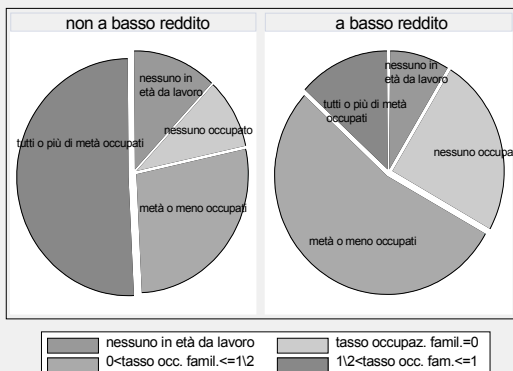
d) per titolo di godimento dell'abitazione



e) per condizione professionale



f) per occupazione nella famiglia



Fonte: nostra elaborazione su microdati Banca d'Italia, *Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*

BOX 2 - Povertà sui consumi e povertà sui redditi

Gli indicatori di povertà qui presentati differiscono non solo nella variabile utilizzata (consumi o redditi), ma anche, come detto, nella metodologia (nazionale e comunitaria) e nella fonte statistica (l'Indagine sui consumi delle famiglie dell'ISTAT e l'Indagine sui bilanci delle famiglie della Banca d'Italia)⁶¹. In questo Box si vuole meglio qualificare la diversa dimensione del fenomeno rilevata, cercando di distinguere tra le suddette cause che ne sono all'origine in maniera da limitare alla sola eterogeneità della variabile – consumi invece che redditi – l'eventuale differenza residua. Infatti l'Indagine della Banca d'Italia oltre ai redditi, rileva anche i consumi delle famiglie, seppure in maniera non così precisa e dettagliata come nell'Indagine ISTAT, senza dubbio a questo proposito più affidabile anche per la maggiore numerosità campionaria. Quello che qui vuole comunque evidenziarsi non è tanto la misurazione della povertà basata sui consumi nell'indagine della Banca d'Italia, una misurazione più affidabile di questo fenomeno essendo per l'appunto disponibile a partire dalla fonte indagine sui consumi dell'ISTAT, quanto le differenze nella misurazione della povertà che derivano dall'uso dei consumi invece che dei redditi, a parità di fonte e di metodologia, e l'estensione dell'area di sovrapposizione delle due misure

Tale evidenza è presentata nella tabella B1. La soglia per i consumi è qui calcolata in maniera del tutto identica a quella dei redditi, utilizzando la metodologia comunitaria (60% del consumo familiare equivalente mediano, scala d'equivalenza OCSE modificata). Il totale per colonna (riga) indica la popolazione con redditi (consumi) che sta sopra o sotto la soglia, quest'ultima essendo la popolazione a basso reddito (consumo) come identificata nel testo. Si può vedere come il fatto che il rischio di povertà calcolato sui consumi sia più basso di quello calcolato sui redditi non dipenda dalla fonte ma dalla metodologia, che anche a parità di fonte e metodologia esso si situa a circa tre quarti dell'incidenza della popolazione a basso reddito.

A spiegare questa differenza possono esservi ragioni di carattere sia empirico che teorico. Da un lato infatti vi sono i noti problemi di reticenza che rendono meno affidabile la stima dei redditi soprattutto agli estremi inferiori e superiori della distribuzione: è perciò plausibile ritenere che parte dei redditi classificati al di sotto della soglia della povertà, se correttamente rilevati, si collocherebbero al di sopra, gli effetti della reticenza sulla posizione della soglia medesima essendo evidentemente meno accentuati. Dall'altro, il rischio di povertà valutato sui consumi dovrebbe comunque risultare più basso e più stabile nel tempo di quello valutato sui redditi laddove parte della variabilità di questi tra famiglie sia legata a fluttuazioni temporanee e non a differenze nel reddito permanente a cui il consumo maggiormente dovrebbe essere correlato⁶².

Solo due terzi della popolazione "a basso consumo" è peraltro anche a basso reddito. Specularmente, solo metà della popolazione a basso reddito verrebbe classificata anche come "a basso consumo". In altri termini, modificando la variabile d'analisi si modificano anche i soggetti poveri. Questo in parte potrebbe anche riconciliare la diversa evidenza sugli anziani esposta nel testo: questi sono effettivamente sovrarappresentati in quel 5% della popolazione che è a rischio di povertà secondo i consumi, ma non lo è secondo i redditi. In prima approssimazione il dato sembrerebbe discendere da una maggiore propensione al risparmio, ascrivibile non tanto alla fase del ciclo di vita (che dovrebbe semmai agire in senso opposto) quanto a motivazioni di natura precauzionale a fronte del maggior rischio di shock alle proprie condizioni di salute oltre che ad effetti di coorte.

Tab. B1 – Incidenza della popolazione a basso reddito e a basso consumo (rischio di povertà secondo la definizione comunitaria applicato a redditi e consumi). Anno: 2002 – (valori percentuali)

		Redditi		Totale
		sotto la soglia*	sopra la soglia*	
Consumi	Sotto la soglia*	9,7	5,0	14,7
	sopra la soglia*	10,4	74,9	85,3
	Totale	20,1	79,9	100

Fonte: nostra elaborazione su microdati Banca d'Italia, *Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*

Note: * la soglia è quella del 60% del reddito (consumo) equivalente, utilizzando la scala d'equivalenza OCSE modificata

⁶¹ Inoltre, i dati di povertà secondo la metodologia nazionale sono espressi quasi esclusivamente in termini di famiglie, mentre quelli secondo la metodologia comunitaria sono espressi in termini di individui.

⁶² Si tenga però conto del fatto che particolarmente nel caso delle famiglie più povere potrebbero esservi difficoltà nel finanziamento di consumi in eccesso del reddito corrente (ed in linea col proprio reddito permanente), la variabilità del primo riflettendosi così "eccessivamente" sulla variabilità degli stessi consumi.

BOX 3 – Il ruolo degli affitti imputati nelle stime della popolazione a basso reddito

Il reddito rilevato dall'Indagine sui bilanci delle famiglie della Banca d'Italia include una componente relativa ai cosiddetti affitti imputati per le famiglie proprietarie dell'abitazione in cui vivono. Si tratta della somma che una famiglia proprietaria risparmia non dovendo affittare un'abitazione sul mercato, una componente che evidentemente non fa parte del reddito comunemente inteso – non essendo immediatamente disponibile per far fronte ad eventuali spese – ma che permette di meglio confrontare famiglie proprietarie e famiglie affittuarie (che necessariamente devono far fronte ad una spesa per l'abitazione). La vecchia indagine comunitaria (*ECHP*) non rilevava l'informazione sugli affitti imputati, ma a partire dal 2007 *EU-Silc* raccoglierà l'informazione su tale componente che così verrà a far parte del reddito disponibile delle famiglie.

A priori non si è in grado di cogliere nemmeno il segno della variazione che si apporta alle stime del rischio di povertà a seguito della inclusione od esclusione degli affitti imputati: se è vero che la loro inclusione innalza il reddito mediano, facendo salire la soglia del rischio di povertà, nulla può essere detto *ex ante* sul numero di persone che si contano sotto la soglia. Problematiche ulteriori sono poi sottese all'equiparazione degli affitti imputati al reddito, essendo gli affitti imputati una componente non liberamente disponibile del reddito. Oggetto di questo Box è cercare di descrivere l'effetto di tale inclusione sulle stime del rischio di povertà da un punto di vista puramente empirico e con riferimento all'Italia.

Effettivamente nel caso italiano (2002) se non si considerassero gli affitti imputati la soglia sarebbe di soli 6562 euro (reddito equivalente – o soglia effettiva per una famiglia di una persona) invece che di 8106 euro (la soglia effettivamente utilizzata nelle elaborazioni presentate nel testo). L'incidenza della popolazione a basso reddito rimane però stabile intorno al 20% come si può vedere nella tabella B2. Il punto è che la variazione nella soglia, nel caso italiano, fa sì che un numero pressoché identico di persone si muova passando da sopra a sotto di essa e nella direzione opposta (circa il 3% del totale della popolazione). L'aumento della soglia fa sì che gli affittuari che vi si collocavano appena sopra in assenza di affitti imputati finiscano ora in una condizione di rischio di povertà, mentre i proprietari che si collocavano appena sotto, sono ora fuori dall'area del rischio di povertà.

Tab. B2 – Incidenza della popolazione a basso reddito e a basso consumo (rischio di povertà secondo la definizione comunitaria applicato a redditi e consumi). Anno: 2002 – (valori percentuali)

		Redditi con affitti imputati		Totale
		sotto la soglia* (8106 euro)	sopra la soglia* (8106 euro)	
Redditi senza affitti imputati	sotto la soglia* (6562 euro)	16,8	3,2	20,0
	sopra la soglia* (6562 euro)	3,3	76,7	80,0
	Totale	20,1	79,9	100

Fonte: nostra elaborazione su microdati Banca d'Italia, *Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*

Note: * la soglia è quella del 60% del reddito equivalente con (senza) affitti imputati, utilizzando la scala d'equivalenza OCSE modificata.

In generale, quindi, l'effetto dell'inclusione degli affitti imputati sulle stime della povertà dipende dall'ampiezza del movimento "ascendente" (quello dei proprietari) e di quello "discendente" (gli affittuari) nella distribuzione dei redditi valutata intorno alla soglia di povertà. Se per l'Italia i due movimenti tendono a compensarsi, non è detto che sia sempre così: in paesi con relativamente tanti (pochi) proprietari appena sotto la soglia e relativamente pochi (tanti) affittuari appena sopra, la mancata inclusione degli affitti imputati nel reddito disponibile delle famiglie può anche comportare un rilevante eccesso (difetto) di stima del fenomeno della povertà.

La disuguaglianza

Tra gli indicatori sui redditi utilizzati nel coordinamento aperto comunitario vi sono, accanto a quelli sulla povertà, due indicatori di disuguaglianza: a) il rapporto tra le quote di reddito che vanno al quinto più ricco e al quinto più povero della popolazione; b) l'indice di concentrazione di Gini. Questi indicatori permettono di arricchire il quadro finora presentato non limitando l'analisi solo agli ultimi decili di reddito, come avviene per la povertà.

Nel totale nazionale, il 20% più ricco della popolazione detiene più di sei volte il reddito (in termini equivalenti e inclusivo degli affitti imputati) (cfr. box 2) del 20% più povero, un rapporto sostanzialmente stabile tra il 2000 e il 2002, ma in riduzione rispetto al '98, quando si sono registrati valori storicamente elevati. A livello di ripartizioni territoriali, la disuguaglianza così misurata è notevolmente maggiore nel Mezzogiorno rispetto alle altre aree del paese (quasi 7 rispetto a valori intorno a 5), pur osservandosi in questa area una riduzione accentuata del fenomeno nel periodo considerato. Un notevole calo (di più di un quarto tra il 1998 e il 2002) si osserva anche nel rapporto tra i redditi ai quintili estremi del Nord-Ovest, mentre nel Nord-Est l'indicatore appare in leggera crescita (cfr. tabella 18).

L'indice di Gini non si limita al confronto tra gli estremi della distribuzione, ma considera per costruzione tutti i redditi, assegnando valore 0 ad una distribuzione perfettamente egualitaria (ad ogni x% della popolazione corrisponde l'x% dei redditi) e 100 a quella in cui tutti i redditi si concentrano nelle mani di una sola persona. Anche questo indicatore appare stabile nell'ultimo biennio considerato (valori intorno a 33), ma in riduzione rispetto al 1998 (1,5 punti in meno), così come appare sensibilmente più alto nel Mezzogiorno che nelle altre aree (33 invece che 28-29). La variabilità dell'indice di Gini osservata a livello regionale è comunque notevolissima⁶³: l'Umbria è la regione meno diseguale d'Italia (valori intorno a 20), seguita da Marche, Emilia-Romagna e Toscana (tra 22 e 23); all'estremo opposto, la Sicilia (con valori intorno a 35), la Campania (32), la Puglia, la Basilicata e la Calabria (29) (cfr. Figura 25).

Tab. 18 - Rapporto tra i redditi equivalenti che vanno ai quintili estremi della distribuzione (reddito del quinto più ricco della popolazione in rapporto al reddito del quinto più povero) – per ripartizione territoriale, anni: 1998, 2000, 2002

Ripart. Geografica	1998	2000	2002
Nord-Ovest	6,3	5,5	4,6
Nord-Est	5,0	5,3	5,6
Centro	4,6	5,0	4,6
Mezzogiorno	9,4	7,1	6,7
Totale Italia	6,8	6,2	6,3

Fonte: nostra elaborazione su microdati Banca d'Italia, *Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*

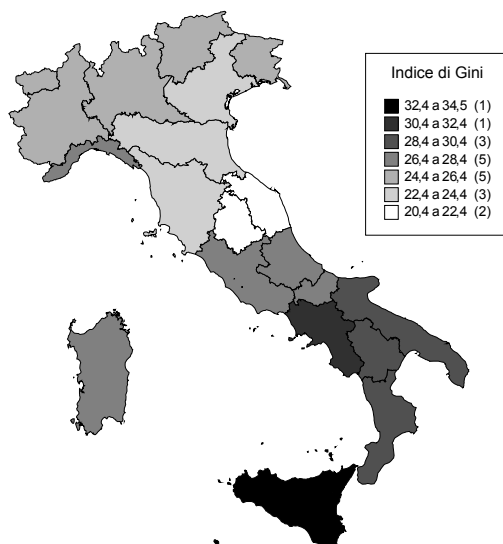
⁶³ L'evidenza è quella prodotta da L. Cannari e G. D'Alessio, *La distribuzione del reddito e della ricchezza nelle Regioni italiane*, Temi di discussione n. 482, 2003, Banca d'Italia, utilizzando congiuntamente le tre indagini del 1995, del 1998 e del 2000 al fine di ottenere una sufficiente numerosità campionaria.

Tab. 19 - Indice di Gini sui redditi equivalenti – per ripartizione territoriale, anni:1998, 2000, 2002

Ripart. Geografica	1998	2000	2002
Nord-Ovest	32,1	30,2	29,6
Nord-Est	28,1	28,1	27,6
Centro	30,3	26,9	28,7
Mezzogiorno	35,3	35,1	32,7
Totale Italia	34,4	33,1	32,7

Fonte: nostra elaborazione su microdati Banca d'Italia, *Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*

Fig. 25 -Indice di Gini sui redditi equivalenti – per regione*, periodo 1995-2000**



Fonte: L. Cannari e G. D'Alessio, *La distribuzione del reddito e della ricchezza nelle Regioni italiane*, Temi di discussione n. 482, 2003, Banca d'Italia

Note: *Alcune regioni sono state accorpate: Piemonte-Val d'Aosta; Trentino A.A. – Friuli V.G.; Abruzzo-Molise; Basilicata-Calabria.

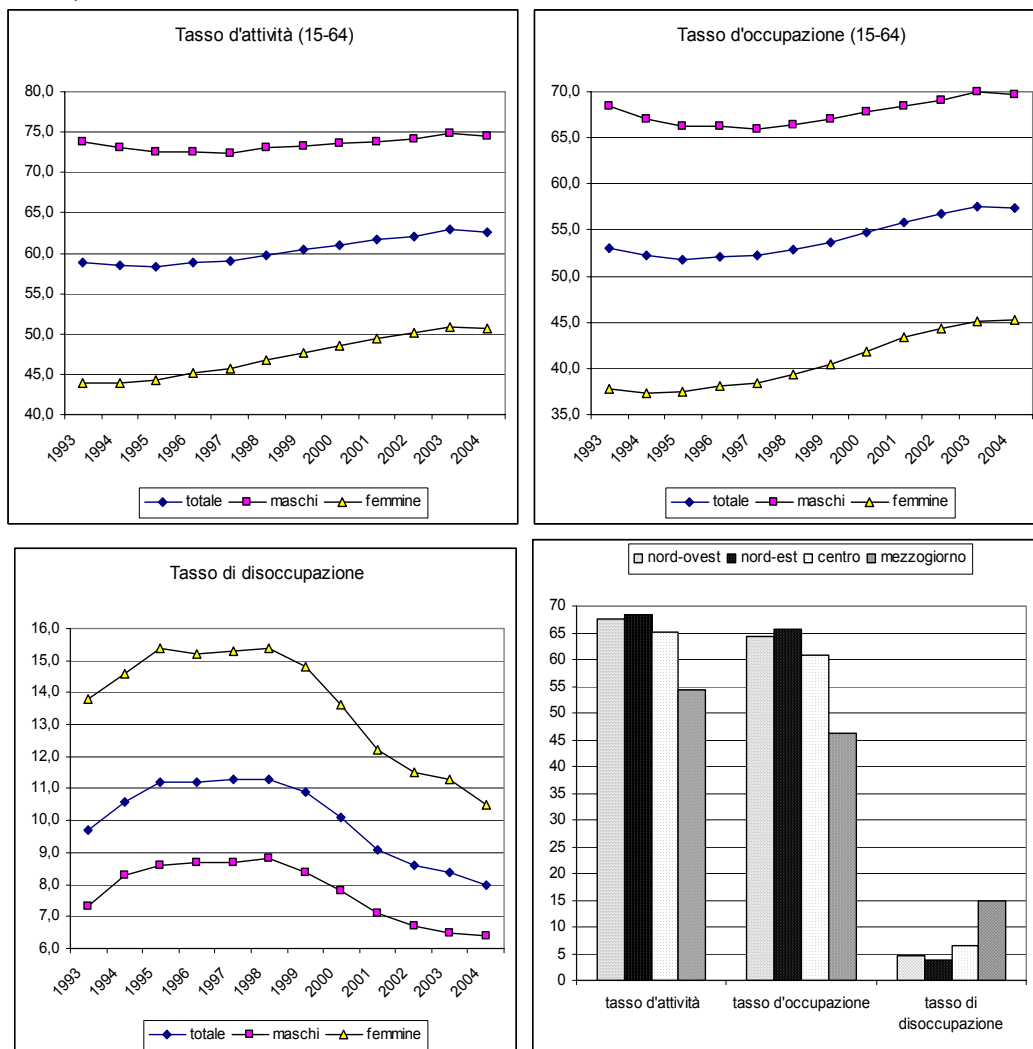
**risultati ottenuti su un *pooling* di tre *Indagini sui bilanci delle famiglie italiane* 1995, 1998, 2000 della Banca d'Italia.

Le condizioni generali del mercato del lavoro e il rischio di esclusione sociale

Un mercato del lavoro inclusivo è una pre-condizione di inclusione sociale, sia perché l'occupazione è fonte di reddito e canale di partecipazione attiva alla vita sociale ed economica e sia perché, a livello aggregato, garanzia d'una base di finanziamento delle politiche di inclusione. In generale, la performance del mercato del lavoro italiano nell'ultimo decennio è stata molto positiva, come si può vedere dalla figura 26: pur con un rallentamento nel 2004 si evidenzia una notevole crescita del tasso d'occupazione (5,7 punti) e una riduzione del tasso di disoccupazione (meno 3,3, punti tra il 1998 e il 2004). Gli andamenti sono stati molto positivi soprattutto per le donne, il cui tasso d'occupazione è aumentato di un quinto tra il 1995 e il 2003 (da meno del 38% a più del 45%) e il tasso di disoccupazione si è ridotto di un terzo tra il 1998 e il 2004 (dal 15% al 10%), così restringendosi il differenziale con i maschi. Più stabili sono invece rimaste le differenze territoriali: il

tasso di disoccupazione è nel Mezzogiorno tre volte che nel resto d'Italia, il tasso d'occupazione è 20 punti più basso che al Nord (15 rispetto al centro), essendo occupata meno della metà della popolazione in età da lavoro.

Fig. 26 – Il mercato del lavoro in Italia (tassi d'attività, d'occupazione e di disoccupazione), nuove serie storiche*, anni 1993-2004



Fonte: ISTAT, *Rilevazione continua sulle forze di lavoro*

Note: *le serie sono quelle ricostruite retrospettivamente dall'ISTAT dopo il passaggio nel 2004 alla Rilevazione continua delle forze di lavoro

Seguendo la griglia degli indicatori comunitari, più che la performance generale considereremo però quegli indicatori di performance del mercato del lavoro che più direttamente evidenziano rischi di esclusione sociale. In particolare, l'assenza di occupazione verrà analizzata laddove sia protratta nel tempo per il singolo individuo (l'indicatore di disoccupazione di lunga durata), oppure estesa a

tutta la famiglia (adulti e minori di 18 anni che vivono in famiglie senza lavoro), oppure distribuita in maniera diseguale sul territorio (coefficiente di variazione dei tassi di occupazione regionale). Laddove possibile (disoccupazione di lunga durata) si è presentata la serie storica ricostruita dall'ISTAT sulla base dell'evidenza disponibile con il passaggio dalla Rilevazione trimestrale delle forze di lavoro alla Rilevazione continua, avvenuto nel 2004. In altri casi, la serie storica è quella vecchia, evidenziandosi quindi una interruzione con il 2004, non comparabile con gli anni precedenti: le informazioni fornite dall'ISTAT sulla base di un confronto omogeneo tra gli ultimi tre trimestri del 2003 e del 2004 consentono però di apprezzare, per ciascun singolo indicatore, la portata di questa discontinuità (e l'evoluzione "effettiva", al netto dei mutamenti di metodologia, tra 2003 e 2004).

Disoccupazione di lunga durata

L'immagine tradizionalmente nota della disoccupazione italiana è quella di una condizione volta a prolungarsi eccessivamente nel tempo: le serie di dati disponibili fino al passaggio alla *Rilevazione continua* mostravano come circa il 60% dei disoccupati si trovava in una condizione di ricerca superiore all'anno (e il 40% superiore ai due anni). Si trattava dei valori più elevati – e a notevole distanza dagli altri paesi – nella Europa pre-allargamento. Con la nuova rilevazione è però nettamente migliorata la qualità delle informazioni sull'effettiva permanenza pregressa nello status di occupazione e di attiva ricerca di lavoro (oltre che sullo status attuale), il che ha fortemente ridimensionato il fenomeno: sulla base delle serie ricostruite dall'ISTAT, la quota di disoccupati di lunga durata sul totale dei disoccupati appare non aver mai superato il 50%. L'Italia rimane tra i paesi a più lunga durata, ma non più l'ultimo e comunque è un po' meno distante dalla media comunitaria (poco superiore al 40%).

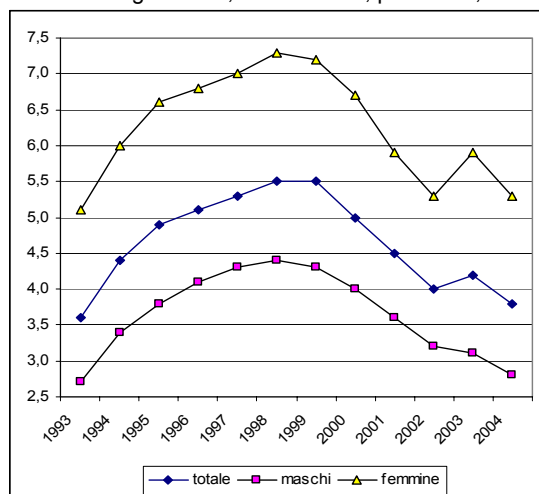
La notevole riduzione del tasso di disoccupazione generale vista precedentemente non ha comunque riguardato prioritariamente le lunghe durate: dei 3,3 punti di riduzione tra il 1998 e il 2004, circa la metà sono stati di riduzione del tasso di disoccupazione superiore all'anno, la struttura per durata mantenendosi relativamente costante. Il tasso di lunga durata è stato comunque nel 2004 inferiore al 4%, circa due terzi dei quali sono da caratterizzarsi in realtà per durate della ricerca molto più lunghe (superiori ai due anni). Nel 2004 il tasso ha ripreso a scendere dopo un piccolo rimbalzo nell'anno precedente, dovuto alle donne, che strutturalmente comunque si caratterizzano per una maggiore incidenza delle durate lunghe (cfr. figura 27 e tabella 20).

La disoccupazione di lunga durata è comunque un fenomeno tipicamente del Mezzogiorno, non solo perché qui in generale è maggiore la disoccupazione, ma proprio perché la ricerca si connota per una durata più lunga: la quota di disoccupati da più di un anno sul totale dei disoccupati è qui

addirittura doppia rispetto al Nord-Est (55% contro 28%) e comunque notevolmente più alta che nel Nord-Ovest (38%) e nel Centro (41%).

Particolarmente difficile sembra essere il reinserimento nel mercato del lavoro dei lavoratori maturi (50-64 anni) che hanno perso l'occupazione: ad un tasso di disoccupazione che complessivamente rimane basso si associa una incidenza della lunga durata prossima al 60%. All'altro estremo, nella fascia d'età d'ingresso nel mercato del lavoro (15-24 anni) si contano molti più disoccupati, ma la quota delle lunghe durate è decisamente più bassa (intorno al 40%).

Fig. 27 - Tasso di disoccupazione di lunga durata, nuova serie*, per sesso, anni 1993-04



Fonte: ISTAT, *Rilevazione continua sulle forze di lavoro*

Note: *le serie sono quelle ricostruite retrospettivamente dall'ISTAT dopo il passaggio nel 2004 alla Rilevazione continua delle forze di lavoro

Tab. 20 - Tasso e incidenza di disoccupazione di lunga durata, per durata (uno o due anni e più di ricerca dell'occupazione), sesso, classe d'età e ripartizione territoriale, anno 2004

	Tasso di disoccupazione di lunga durata (un anno o più) (a)			Incidenza di disoccupazione di lunga durata (b)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
<i>Ripartizione territoriale</i>						
Nord-Ovest	1,1	2,6	1,7	32,4	42,6	37,8
Nord-Est	0,6	1,7	1,1	24,0	29,8	28,2
Centro	2,0	3,9	2,8	40,8	44,8	43,1
Mezzogiorno	6,0	12,2	8,2	50,4	59,5	54,7
<i>Classe d'età</i>						
15-24 anni	8,2	12,0	9,9	39,7	44,2	42,0
25-49 anni	2,4	5,1	3,6	44,1	51,8	48,4
50-64 anni	2,1	2,6	2,3	57,1	61,4	58,8
65 o più anni	1,0	1,2	1,1	64,2	51,4	60,2
Totale	2,8	5,3	3,8	44,5	50,5	47,7
Tasso di disoccupazione di lunghissima durata (due anni o più) (c)						
	Maschi	Femmine	Totale			
15-24 anni	4,5	7,0	5,6			
25-49 anni	1,6	3,3	2,3			
50-64 anni	1,5	1,7	1,6			
65 o più anni	0,6	0,9	0,6			
Totale	1,8	3,4	2,4			

Fonte: ISTAT, *Rilevazione continua sulle forze di lavoro*

Note: (a) persone in cerca di occupazione da 12 mesi e oltre in percentuale del totale delle forze di lavoro; (b) persone in cerca di occupazione da 12 mesi e oltre in percentuale del totale delle persone in cerca di occupazione; (c) persone in cerca di occupazione da 24 mesi e oltre in percentuale del totale delle forze di lavoro.

Individui in famiglie senza lavoro

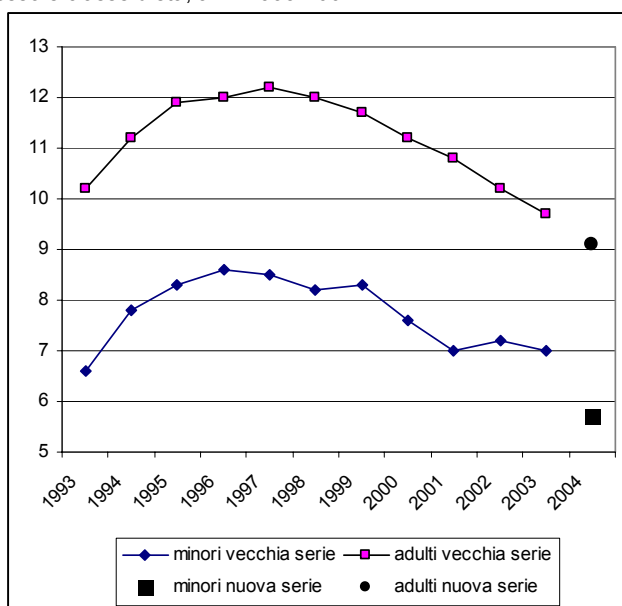
La mancanza di un'occupazione è un dato prettamente individuale, ma dal punto di vista dell'esclusione sociale, se si assume che la presenza di almeno un lavoratore occupato in famiglia sia da considerarsi un importante fattore inclusivo, diventa necessario considerare anche qual è lo status occupazionale dell'intera famiglia. Si noti come in questo indicatore non si distingue tra attivi o inattivi (cioè tra chi cerca o meno un'occupazione), così come i ritirati dal lavoro (potenzialmente portatori di reddito in famiglia) non sono esclusi dal computo: a rilevare è solo ed esclusivamente l'assenza di occupazione (non l'assenza di reddito), intesa quindi non solo come forma di contrasto alla povertà, ma anche come elemento d'inserimento attivo nella società. In particolare, l'assenza di un "modello" positivo di riferimento (nei termini suddetti) in famiglia può essere fattore di esclusione presente e prospettica soprattutto per i più giovani (0-17 anni), che vengono così distinti dagli adulti (18-59).

Pur avendo l'Italia uno dei tassi di "non occupazione" più alti d'Europa (quasi quattro 18-59enni su dieci non lavorano), non sembra esservi un problema di famiglie del tutto escluse dal mercato del lavoro: nel 2004 gli adulti in questa condizione erano meno del 10%, i minori meno del 6%, valori comunque inferiori alla media comunitaria e, nel caso dei minori, tra i più bassi dell'Unione. È una

situazione che accomuna l'Italia agli altri paesi mediterranei, tutti a bassa partecipazione complessiva al mercato del lavoro, ma con la presenza di un *bread winner* in famiglia, cioè di almeno una persona occupata.

Il generale miglioramento del mercato del lavoro ha inoltre influenzato positivamente anche questi indicatori (cfr. figura 28). L'andamento precedente il 2004 però è da leggersi solo in termini qualitativi, giacché non è disponibile una ricostruzione delle serie dopo il passaggio alla *Rilevazione continua* quale quella vista per la disoccupazione di lunga durata. Comunque, anche in questo caso e soprattutto per i minori, il fenomeno sembra esser stato sovrastimato in passato, visto che i valori registrati per il 2004 con la *Rilevazione continua* sono più bassi di quelli della vecchia serie (nel confronto con il 2003, quasi un punto e mezzo in meno per i minori), variazione pressoché integralmente ascrivibile ai cambiamenti nell'indagine.

Fig. 28 - Quota di individui (minori di 18 anni e popolazione di 18-59 anni) che vivono in famiglie in cui nessuno lavora, per sesso e classe d'età, anni 1993-2004*



Fonte: Eurostat

Note: * il dato 2004 non è confrontabile con i precedenti a causa del passaggio alla Rilevazione continua delle forze di lavoro

Tab. 21 - Quota di individui che vivono in famiglie in cui nessuno lavora, per sesso e classe d'età, anno 2004

	Individui in famiglie senza lavoro nel 2004			Variazione effettiva stimata* rispetto al 2003		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Minori di 18 anni			5,9			0,0
Adulti (18 – 59 anni)	8,2	10,7	9,5	+0,2	0,0	+0,1

Fonte: ISTAT, *Rilevazione continua sulle forze di lavoro*

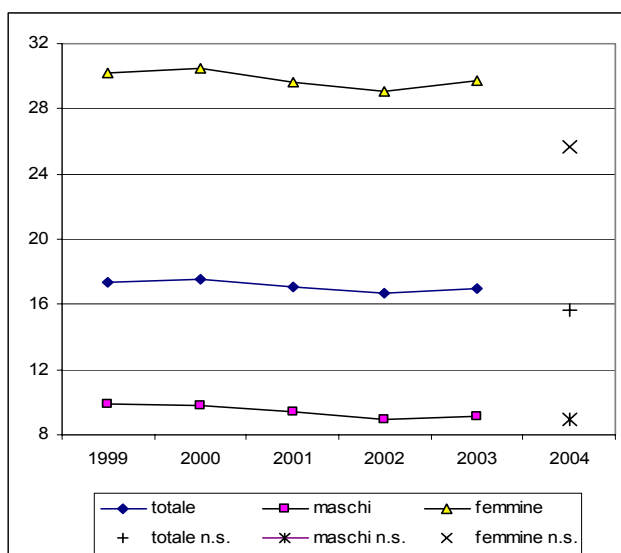
Note: *la stima della variazione sul 2003 è operata confrontando gli ultimi tre trimestri dell'anno sulla base della Rilevazione continua delle forze di lavoro

Occupazione e coesione regionale

Si è visto come la gran parte degli indicatori segnalino una situazione di particolare ritardo del Mezzogiorno. L'indicatore qui presentato sintetizza la presenza di divari regionali (un livello quindi di maggiore disaggregazione rispetto alla distinzione tra macroaree) in tema di performance del mercato del lavoro considerando il coefficiente di variazione (cioè la deviazione standard normalizzata rispetto alla media) e focalizzando l'attenzione sui tassi d'occupazione regionale. Il valore che si registra per l'Italia – circa 16 nel 2004 – è nettamente il più alto d'Europa.

Pur senza mutare il quadro comparato, il passaggio alla *Rilevazione continua* anche nel caso di questo indicatore segnala un ridimensionamento del fenomeno effettivo rispetto a quanto precedentemente misurato. In particolare per i tassi d'occupazione regionale femminili si assiste ad una riduzione di quattro punti del coefficiente di variazione (da 30 a 26; cfr. tabella 22). La dispersione per la componente femminile rimane comunque particolarmente più alta che per quella maschile.

Fig. 29 - Coesione regionale – coefficiente di variazione dei tassi di occupazione regionale, per sesso, anni 1999-2004



Fonte: Eurostat

Note: * il dato 2004 non è confrontabile con i precedenti a causa del passaggio alla Rilevazione continua delle forze di lavoro

Tab. 22 - Coesione regionale – coefficiente di variazione dei tassi di occupazione regionale, per sesso, anno 2004

	Maschi	Femmine	Totale
Coefficiente di variazione 2004	9,0	25,7	15,7
Variazione effettiva stimata* rispetto al 2003	-0,2	-0,1	-0,1

Fonte: ISTAT, *Rilevazione continua sulle forze di lavoro*

Note: *la stima della variazione sul 2003 è operata confrontando gli ultimi tre trimestri dell'anno sulla base della Rilevazione continua delle forze di lavoro

Livello e qualità dell'istruzione

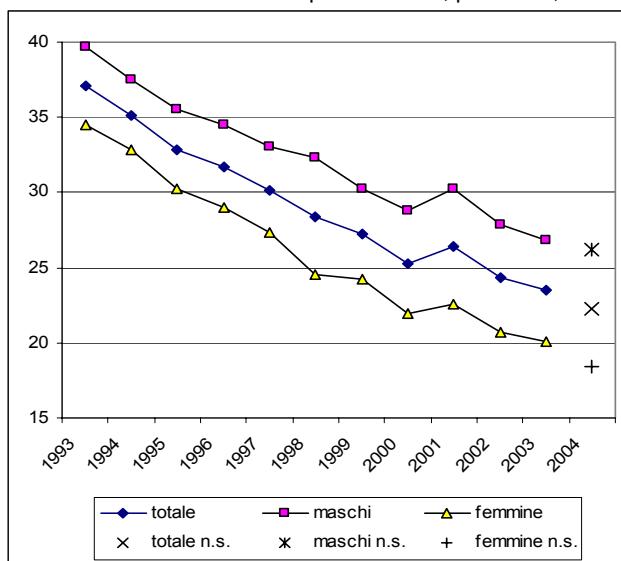
L'ultima area del monitoraggio della situazione sociale definita nel set di indicatori comunitari attiene il capitale umano. Per i più giovani (18-24 anni) l'attenzione si sposta dagli esiti attuali delle performance individuali a quelli futuri, considerandosi l'investimento in capitale umano una delle determinanti delle successive possibilità occupazionali e reddituali nel corso della vita adulta. Ma anche per i lavoratori maturi è importante evidenziare il livello del capitale umano, dato che un basso investimento pregresso può essere causa di difficile reinserimento nel mercato del lavoro. Ai fini dell'inclusione sociale, va poi detto che l'istruzione è da intendersi un valore non soltanto per i suoi effetti "materiali", ma anche perché facilita la partecipazione alla vita sociale e culturale del paese.

Concentrandosi dapprima sulle generazioni alle soglie dell'ingresso nel mercato del lavoro, il primo indicatore misura l'"abbandono precoce degli studi" (*early school leavers*), inteso come quota di giovani (18-24 anni) che non hanno conseguito nemmeno un diploma di scuola secondaria superiore. La riduzione nel numero di giovani con basso livello d'istruzione (come sopra definito) è stata notevole nell'ultimo decennio, portandosi da valori superiori al 35% a valori inferiori al 25%, e sembra proseguire ininterrottamente, stimandosi (tenuto conto del cambiamento dell'indagine) una variazione in riduzione di circa un punto percentuale anche tra il 2003 e il 2004 (cfr. figura 30 e tabella 23). Nonostante questa tendenza positiva il valore italiano rimane tra i più alti dell'Unione Europea (solo Spagna, Portogallo e Malta hanno livelli maggiori).⁶⁴ Il livello d'istruzione delle giovani donne appare più alto che per gli uomini: si registra infatti un differenziale di circa 7 punti nell'indicatore, con una leggera tendenza all'allargamento (era di cinque punti dieci anni prima).

Passando all'analisi delle fasce di età successive, il numero di persone senza titolo secondario cresce fortemente all'aumentare dell'età: tra i 25 e i 34 anni sono più di un terzo della popolazione nella corrispondente classe d'età, tra i 35 e i 54 anni circa metà, tra i 55 e i 64 anni quasi tre quarti, tra gli anziani (65 anni e oltre) si avvicina al 90% (cfr. tabella 24). Differenziali così ampi per coorti evidenziano da un lato il ritardo con cui è partita la scolarizzazione di massa nel nostro paese (processo peraltro ancora incompiuto, come ricordato sopra), dall'altro mettono in luce la difficoltà delle generazioni più mature a competere sul mercato del lavoro con quelle più giovani. Il gap generazionale è particolarmente marcato per le donne, che evidenziano ormai un vantaggio nelle coorti più giovani (si veda l'indicatore precedente) ma livelli di scolarità alquanto ridotti nelle coorti più mature.

⁶⁴ Nell'ambito della Strategia di Lisbona è stato peraltro fissato un obiettivo comunitario volto a raggiungere il 10% entro il 2010.

Fig. 30 - Popolazione di 18-24 anni con titolo di studio inferiore al diploma di scuola secondaria superiore che non frequenta un corso di studio o di formazione professionale, per sesso, anni 1993-2004



Fonte: Eurostat

Note: * il dato 2004 non è confrontabile con i precedenti a causa del passaggio alla Rilevazione continua delle forze di lavoro

Tab. 23 - Popolazione di 18-24 anni con titolo di studio inferiore al diploma di scuola secondaria superiore che non frequenta un corso di studio o di formazione professionale, per sesso, anno 2004

	Maschi	Femmine	Totale
Giovani con basso livello d'istruzione 2004*	27,7	19,5	23,7
Variatione effettiva stimata** rispetto al 2003	-1,3	-0,3	-0,8

Fonte: ISTAT, *Rilevazione continua sulle forze di lavoro*

Note: * media dei quattro trimestri di rilevazione; il dato Eurostat è calcolato sul solo trimestre primavera.

** la stima della variazione sul 2003 è operata confrontando gli ultimi tre trimestri dell'anno sulla base della Rilevazione continua delle forze di lavoro

Tab. 24 - Popolazione di 25-64 anni con titolo di studio inferiore al diploma di scuola secondaria superiore, per sesso e classe d'età, anno 2004

	Maschi	Femmine	Totale
25-34 anni	40,3	32,4	36,4
35-44 anni	49,8	45,4	47,6
45-54 anni	53,9	58,3	56,2
55-64 anni	67,1	76,6	72,0
25-64 anni	51,8	51,9	51,9
65 o più anni	82,8	89,9	86,9

Fonte: ISTAT, *Rilevazione continua sulle forze di lavoro*

Note: * media dei quattro trimestri di rilevazione

Si è detto dei titoli di studio, ma non si è fatto cenno alle competenze realmente acquisite a scuola. Ad esempio, qual è la capacità di uno studente di comprendere e utilizzare testi scritti al fine di sviluppare le proprie potenzialità e partecipare attivamente nella società? L'OCSE conduce a partire dal 2000 e con cicli triennali un'indagine - PISA, *Programme for International Student*

Assessment – volta a rispondere esattamente a domande di questo tipo mediante la somministrazione di test ai quindicenni scolarizzati. Nello specifico, la domanda precedente corrisponde alla definizione adottata nell'indagine con riferimento alle competenze di lettura di un testo⁶⁵. Data la finalità di verificare il possesso d'un set minimo di competenze atte a evitare fenomeni di esclusione sociale, in ambito comunitario si è scelto di considerare la quota di quindicenni scolarizzati che non supera il primo livello d'una scala di performance articolata in 5 livelli⁶⁶. Uno studente su sette si colloca al livello 1 e quasi uno su dieci non è in grado di raggiungere nemmeno quel livello (cfr. tabella 25). il che colloca l'Italia quasi in coda rispetto agli altri paesi UE partecipanti all'indagine⁶⁸ (il dato è migliore solo rispetto a Grecia e Slovacchia). Tra il 2000 e 2003 si registra inoltre un deterioramento. All'interno dell'Italia, notevolissime sono le differenze tra le ripartizioni territoriali: la performance degli studenti nelle scuole del Nord è tra le migliori d'Europa, quella nelle scuole del Mezzogiorno è ai livelli della Turchia e, in ambito OCSE, migliore del solo Messico. Va infine segnalata la diversa performance a seconda della tipologia di scuola, la varianza tra istituti scolastici spiegando una quota elevata della variabilità complessiva.

Eliminato: ;

Eliminato: Europa è il peggior dato dopo Grecia e Slovacchia⁶⁷ il

Eliminato: e, all'interno

Tab. 25 - Quota di studenti al livello 1 o inferiore nella scala delle competenze di lettura dell'indagine PISA dell'OCSE, anni 2000 e 2003

Ripartizione geografica	2003			2000
	Sotto il livello 1	Livello 1	Livello 1 o inferiore	Livello 1 o inferiore
Nord-Ovest	4,2	8,5	12,7	-
Nord-Est	3,1	7,8	10,9	-
Centro	7,1	13,5	20,6	-
Mezzogiorno	13,6	20,7	34,3	-
	15,0	20,8	35,8	-
Totale Italia	9,1	14,8	23,9	18,9

Fonte: OCSE, PISA 2003 e INValSI

⁶⁵ Le competenze di lettura sono state il focus della prima indagine, pur essendo comunque testate anche nelle altre. Il design dell'indagine prevede un focus a rotazione: la seconda indagine (2003) ha avuto come focus le competenze matematiche; la prossima (2006) si concentrerà sulle competenze scientifiche, mentre il focus tornerà ad essere le capacità di lettura nell'indagine del 2009.

⁶⁶ Il livello 1 identifica la capacità di svolgere solo compiti elementari legati alla lettura, quali identificare il tema principale di un testo e fare collegamenti semplici con le esperienze della vita quotidiana; non andare oltre il livello 1 implica una incapacità di associare alla lettura compiti leggermente più complessi, ma comunque di base, quali l'elaborazione del significato di una parte definita di un testo o l'uso di conoscenze esterne per comprenderlo.

⁶⁸ Si tratta di 20 paesi nel 2003, i Quindici della UE pre-allargamento e Repubblica Ceca, Ungheria, Polonia, Lettonia e Slovacchia.

Il terzo capitolo è stato curato da:

Raffaele Tangorra della Presidenza del Consiglio dei Ministri con il contributo di Isabella Menichini del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e Alessandro Solipaca dell'ISTAT per la parte riguardante l'area della disabilità.



MINISTERO DELLA SOLIDARIETA' SOCIALE

Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali

Il parte

I servizi sociali territoriali

Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali
e monitoraggio della spesa sociale

Ottobre 2006

Il Rapporto è responsabilità collegiale del gruppo di lavoro costituito con decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 14 settembre 2004, presso la Direzione Generale del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale e così composto:

<i>Paolo Sestito</i>	coordinatore scientifico del gruppo di lavoro – Centro Studi della Banca d'Italia
<i>Sonia Prevedello</i>	coordinatore tecnico del gruppo di lavoro – direttore generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale - Ministero della solidarietà sociale
<i>Andrea Tardiola</i>	dirigente della direzione generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale - Ministero della solidarietà sociale
<i>Vincenzo Di Felice</i>	dirigente della direzione generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale - Ministero della solidarietà sociale
<i>Margherita Brunetti</i>	funzionario della direzione generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale - Ministero della solidarietà sociale
<i>Isabella Menichini</i>	dirigente della direzione generale per le tematiche familiari, sociali e la tutela dei diritti dei minori – Ministero della solidarietà sociale
<i>Tatiana Esposito</i>	dirigente della direzione generale per l'impiego, l'orientamento e la formazione - Ministero della solidarietà sociale
<i>Gianna Barbieri</i>	dirigente del Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca
<i>Raffaele Tangorra</i>	dirigente della Presidenza del Consiglio dei Ministri
<i>Tiziana Alti</i>	funzionario della Presidenza del Consiglio dei Ministri
<i>Salvatore Giovannuzzi</i>	direttore centrale per l'informazione statistica dell'INPS
<i>Luigi Ziccheddu</i>	direttore centrale Prestazioni a sostegno del reddito dell'INPS
<i>Marco Ghersevich</i>	direttore dell'Ufficio di Presidenza dell'INPS
<i>Valfranco Fortuni</i>	dirigente della direzione centrale Sistemi Informativi e Telecomunicazioni dell' INPS
<i>Antonio Costanzo</i>	direttore centrale Studi e ricerche dell'INPS
<i>Vincenzo Sabatini</i>	coordinatore centrale del coordinamento generale statistico dell'INPS
<i>Oreste Nazzaro</i>	ricercatore della direzione centrale delle statistiche economiche strutturali dell'ISTAT
<i>Deborah Guerrucci</i>	ricercatrice della direzione centrale della contabilità nazionale dell'ISTAT
<i>Maria Donata Bellentani</i>	dirigente dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali
<i>Gilda Salatino</i>	dirigente dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali

La segreteria tecnica del gruppo di lavoro, curata dalla Direzione Generale del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale del Ministero della solidarietà sociale, è composta da Luigi Bernardini e Romina Sambucci.

Questa monografia è stata curata da Margherita Brunetti e Andrea Tardiola del Ministero della solidarietà sociale con la supervisione di Paolo Sestito. Margherita Brunetti ha specificamente redatto i capitoli 3, 4, 5 e i box 3, 4 e 5, Andrea Tardiola i capitoli 1, 2, 6, 7 e i box 1 e 2. L'editing è ad opera di Valeria Biotti.

INDICE

1. INTRODUZIONE	5
2. IL QUADRO ISTITUZIONALE DELLA RETE DEI SERVIZI SOCIALI	5
<i>Box 1. QUADRO SINOTTICO DEI PROVVEDIMENTI NORMATIVI E DI PROGRAMMAZIONE DELLE REGIONI .</i>	8
<i>Box 2. GLI OPERATORI DEL SERVIZIO SOCIALE: ASSISTENTI SOCIALI</i>	10
3. GLI INTERVENTI DEI COMUNI: DATI DI BILANCIO E INDAGINE SUI SERVIZI SOCIALI	11
<i>Box 3. SPESA DELLE PROVINCE E PRESID RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI</i>	15
4. LA SPESA NEL 2003: IL QUADRO GENERALE	17
<i>Box 4. STRUTTURA, RUOLI DELL'INDAGINE E MAPPATURA DEI RISPONDENTI</i>	25
5. COSTI UNITARI E COPERTURA DELLE PRINCIPALI VOCI DI SPESA	26
5.1 Gli asili nido	27
<i>Box 5. I SERVIZI INTEGRATIVI O INNOVATIVI PER LA PRIMA INFANZIA</i>	32
5.2 Le strutture residenziali	32
5.3 Le strutture a ciclo diurno o semi-residenziale	40
5.4 L'assistenza domiciliare	47
5.5 I contributi economici a sostegno della povertà	53
6. LE ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO NELLA PROSPETTIVA DEFINITORIA DEI LEP	60
7. I FABBISOGNI INFORMATIVI PER L'IMPLEMENTAZIONE E GESTIONE DEI LEP	64

1. INTRODUZIONE

Il sistema dei servizi sociali territoriali è stato presentato sinteticamente nella prima parte del Rapporto. In questa monografia esso viene preso in esame con un'analisi di maggiore dettaglio ed alla luce delle informazioni statistiche prodotte in materia di prestazioni sociali e spesa dei comuni singoli e associati. Seguendo la struttura logica che incardina l'intero Rapporto, anche la rappresentazione dei servizi sociali territoriali cerca di tenere conto della triplice misurazione della spesa, del numero di beneficiari, del costo unitario o pro-capite della prestazione. Come si specificherà meglio nel seguito, questo tentativo soffre nel caso in questione di particolari difficoltà, perché alla pluralità di interventi e di finalità perseguite – in termini anche di loro classificazione statistica nel quadro ESSPROS – si abbina una profonda eterogeneità anche organizzativa, con prestazioni disciplinate a livello regionale, talvolta comunale, e comunque gestite da questi ultimi enti.

Anche per queste ragioni, parallelamente alla rappresentazione dei principali numeri, si esporranno talune considerazioni sulle strategie delle attività di monitoraggio in corso in questo segmento di servizi e sui loro margini di progresso. La struttura del testo, quindi, si articola in due aree: nella prima si introduce il quadro istituzionale della rete dei servizi (cap. 2), sono confrontate le due principali fonti informative esistenti (cap. 3) e sono esposti i principali dati relativi alle prestazioni nel 2003 (capp. 4 e 5); nella seconda parte si ragiona sulle attività di monitoraggio nella prospettiva della definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni (cap. 6), individuando gli ulteriori fabbisogni informativi ora non adeguatamente coperti e gli assetti istituzionali a tale scopo necessari (cap. 7).

2. IL QUADRO ISTITUZIONALE DELLA RETE DEI SERVIZI SOCIALI

I servizi e gli interventi considerati in questo capitolo sono prestazioni reali e monetarie erogate da istituzioni territoriali o acquistate da queste ultime presso fornitori privati per essere poi destinate agli utenti finali. Si tratta di prestazioni poco standardizzate sia perché coprenti un ampio ventaglio di situazioni e finalità (dai servizi di cura alle erogazioni a fronte di specifiche situazioni di disagio, incluso il disagio economico), sia in ragione della storica assenza di una cornice nazionale che le disciplinasse. La prima definizione dei servizi sociali è infatti del 1998, col d.lgs. 112 che, nello stabilire funzioni e compiti amministrativi dei "servizi sociali", li definisce come (art. 128) *"tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia"*. Solo col 2000, però, la vecchia normativa nazionale risalente al 1890, la cd legge Crispi, è stata organicamente rimpiazzata dalla legge 328/2000. Nei trent'anni precedenti, il settore si era

così venuto sviluppando con discipline che le regioni, di recente istituzione, avevano definito ciascuna per proprio conto e con interventi amministrativi e organizzativi direttamente posti in essere dai singoli enti locali (alle volte anche in assenza di esplicite previsioni regionali).

La legge 328/2000 era perciò intervenuta su un contesto piuttosto articolato, cercando in primo luogo di definirne una *governance* complessiva. Questa era basata su una logica istituzionale multi-livello - con forte compenetrazione istituzionale e circolazione delle informazioni all'interno d'un sistema informativo dei servizi sociali da definire – ed un ancoraggio ai principi della programmazione integrata e del decentramento degli interventi, anche con ricorso a partnership pubblico/privato nella loro gestione. I diversi livelli di governo erano infatti chiamati ad interagire tra loro. Più in particolare, la legge assegnava:

1. allo **Stato** funzioni di programmazione nazionale, definizione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (LEP), fissazione di requisiti nazionali per l'offerta/partecipazione al sistema (in materia di accreditamento come in materia di professioni sociali), ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali per il raggiungimento degli obiettivi della riforma e, comunque, all'interno di una logica di cofinanziamento delle iniziative regionali e locali;
2. alle **regioni** compiti di definizione (con modalità concertate con il sistema degli enti locali) degli ambiti territoriali di offerta e delle principali caratteristiche organizzative e gestionali dei servizi, nonché l'adozione dei Piani sociali regionali;
3. alle **province** funzioni di raccolta di informazioni sui bisogni, sulla domanda e l'offerta di servizi;
4. ai **comuni** funzioni di presidio diretto delle funzioni gestionali e amministrative dei servizi, nonché di programmazione degli interventi a livello locale all'interno del Piano di zona.

Nello spirito integrazionista della legge, a questa congerie di attori pubblici si aggiungeva il cosiddetto **privato sociale**, che doveva assolvere una fondamentale funzione di partecipazione della società civile alla gestione dei servizi, alla progettazione degli interventi ed alla stessa pianificazione complessiva del sistema. Sebbene meno importante che ad esempio nel settore sanitario ed in una funzione comunque più ancillare (empiricamente rilevante perciò solo in taluni segmenti operativi, ad esempio nel settore degli asili nido, dove l'offerta pubblica era alquanto carente, o nell'area socio-sanitaria, per ragioni di contiguità col comparto della salute), era favorita anche la presenza di **operatori for profit**. Luogo principe di questa complessa interazione era la cosiddetta *zona*, individuata dalla legge come ambito ottimale di offerta (integrata) dei servizi¹. La identificazione delle *zone* (e la definizione dei Piani di zona) avrebbe dovuto indurre un processo di integrazione dei comuni di ridotte dimensioni; attraverso la definizione di *zone* di norma coincidenti

¹ Come sinonimo del termine zona adoperato dalla Legge n. 328/2000, numerose regioni, in continuità con la propria tradizione amministrativa, hanno fatto ricorso ad altre denominazioni (consorzi, distretti, ecc.).

con i distretti sanitari (secondo la previsione dell'art. 8 della legge) si sarebbe dovuta favorire la gestione congiunta degli interventi ad integrazione socio-sanitaria.

Su tale disegno è intervenuta l'approvazione, nel 2001, della legge di riforma del Titolo V della Costituzione, che ha confermato l'impianto ispiratore della legge 328/2000, specie per quanto concerne l'opzione sull'ente locale come soggetto istituzionale preposto all'erogazione dei servizi (sussidiarietà verticale) e per la promozione di partnership pubblico/privato (sussidiarietà orizzontale). Sempre in continuità con la legge n. 328 del 2000, si è confermato l'ancoraggio dell'offerta dei servizi al riconoscimento di veri e propri diritti sociali, la cui identificazione è stata affidata allo Stato tramite i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), a temperamento della attribuzione in via esclusiva alle regioni delle competenze legislative in materia di politiche sociali.

Nonostante questa forte continuità, il nuovo quadro costituzionale ha reso più tortuoso il processo di attuazione della legge quadro del 2000:

1. sul piano delle interazioni tra livelli di governo, si è posto un problema di passaggio dalla strumentazione prevista nella Legge 328/2000 – con la previsione di una funzione nazionale di programmazione e di indirizzo, anche tramite normative quadro - a quella prevista dal nuovo assetto costituzionale – in cui al livello nazionale compete in primo luogo la definizione dei LEP, stante la potestà legislativa esclusiva delle regioni in materia di politiche sociali;
2. sul piano del finanziamento del (processo di riforma del) sistema, ove l'articolo 119 della Costituzione – comunque non attuato - non ha previsto fondi di settore con caratteristiche simili a quelle del preesistente Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS).

Nei fatti, il Piano nazionale dei servizi e degli interventi sociali, allo scadere della prima triennalità, nel dicembre 2003, non è stato rinnovato, né sono state adottate le normative quadro previste dalla legge del 2000 (adozione parziale per l'art. 11, mancata adozione per gli artt. 12 e 13), tanto meno sono stati identificati i LEP. È così rimasto in essere il tradizionale meccanismo allocativo annuale con risorse che di anno in anno – pur se ora con minori vincoli di destinazione² – passano dallo Stato centrale alle regioni, e quindi in ultima istanza ai comuni, senza un quadro certo e stabile di prestazioni da garantire e risorse finanziarie su cui poter contare.

Pur ispirandosi, anche nelle scelte lessicali, ai principi della legge 328 e basandosi sui riconoscimenti operati dal nuovo Titolo V, gli sviluppi più recenti - in taluni casi con l'approvazione di leggi regionali, molto più spesso con l'avvio della programmazione sociale articolata per ambiti o zone³ - hanno così confermato la presenza di differenti velocità ed approcci.

² La trasformazione del FNPS in un fondo indistinto è stata stabilita con la legge finanziaria per il 2003, art. 46.

³ Cfr. Rapporto di monitoraggio, Prima parte, pag. 45 e ss. e la ricerca "Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto", promossa dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali (a cura di Formez e Università di Roma Tor Vergata), 2006. Una sintesi degli atti normativi e programmatori è qui riportata nel Box 1.

BOX 1. QUADRO SINOTTICO DEI PROVVEDIMENTI NORMATIVI E DI PROGRAMMAZIONE DELLE REGIONI

regioni	Leggi quadro sul sistema dei servizi sociali	Piano Sociale Regionale (e Piani Sanitari)
Abruzzo		Del. 28-8-2006 n. 977 Linee generali del terzo Piano sociale regionale 2007-2009
Basilicata	L.R. n. 25/1997 Riordino del sistema socio-assistenziale	Prorogato nel 2003 e nel 2004 il Piano Socio-assistenziale 2000-2002
Calabria	L.R. n. 23/2003	L.R. n. 11/2004 Piano Regionale per la Salute 2004/2006
Campania	Ddl n. 13/2004 (legge per la dignità sociale e i diritti di cittadinanza)	Linee Guida annuali per l'integrazione socio-sanitaria
Emilia Romagna	L.R. n. 2/2003	
Friuli Venezia Giulia	L.R. n. 6/2006 Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.	Del .G.R. 6-8-2002 n. 2834 Legge regionale n. 18/1996, articolo 6. Approvazione della relazione programmatica per l'anno 2002 nel settore delle politiche sociali. Del. G.R. 29 maggio 2002, n. 1891 "Programma per la prima attuazione della legge n.328/2000-assegnazione dei fondi statali 2001 e anni precedenti".
Lazio		Del. G. R. del 29/10/2002 (Piano Socio-assistenziale 2002-2004)
Liguria		Del. C. R. n. 65/2001 (Piano triennale dei servizi sociali 2002-2004)
Lombardia		Del. C.R. n. VII/0462 del 13/03/2002 Piano Socio-Sanitario regionale 2002-2004. "Libertà e innovazione al servizio della salute".
Marche		Del. C. R. n. 306/2000 (Piano Regionale Sociale 2000-2002) Del. G. R. n. 1968/2002 (Linee Guida per i Piani sociali di Zona 2003) Del. C. R. n. 97/2003 (Piano Sanitario Regionale 2003-2006)
Molise	L.R. n.1/2000 Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione sociale e dei diritti sociali di cittadinanza L.R. n. 9/2005 Riordino del Servizio Sanitario Regionale	Del. G.R. n. 251 del 12/11/2004 Piano socio-assistenziale regionale. Triennio 2004-2006. Legge 8 novembre 2000, n. 328 e legge regionale 7 gennaio 2000, n. 1 Del. G.R. n. 906 del 04/07/2005 Del. C.R. 12/11/2004, n. 251 "Piano Sociale regionale triennale 2004/2006". Piani sociali di zona. Provvedimenti. Linee Guida per la stesura dei Piani Sociali di Zona
PA Bolzano	L.P. n. 13/1991 "Riordino dei servizi sociali nella Provincia di Bolzano": costituisce ad oggi la base normativa di riferimento per il settore delle politiche sociali	Piano Sanitario Provinciale 2000-2002 Del. G.P. 13-12-1999 n. 5513 Approvazione del Piano sociale provinciale 2000-2002.

PA Trento	L.P. n. 14/1991 Ordinamento dei servizi socio-assistenziali in provincia di Trento	D.G.P.581/2002 Piano Sociale e Assistenziale per la Provincia di Trento 2002-2003
Piemonte	L.R. n. 1/2004 Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento	Piano Socio-Sanitario 2002-2004 Del.G.R. n. 51-13234 del 3/8/2004 Approvazione delle linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona, ai sensi dell'art. 17 della legge regionale 8 gennaio 2004 n. 1
Puglia	L.R. n. 19/2006 Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia	Del. G. R. n. 1104/2004 (Piano Regionale delle Politiche Sociali 2004-2006) Del. G. R. n. 2100/2004 (Piano Regionale delle Politiche per la Famiglia e Linee Guida per l'Immigrazione)
Sardegna	L.R. n. 23/2005 Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1988 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali).	Del. G.R. n. 4/21 del 10/02/2005 Piano Regionale dei servizi sociali e sanitari
Sicilia	L.R. n. 22/1986	D.G.R. luglio 2002 Linee guida di indirizzo ai comuni per la redazione dei Piani di Zona - Triennio 2001-2003, in attuazione della legge 328/2000. Verso il piano socio-sanitario della Regione Siciliana D P. n. 243 del 4/11/2002 Linee Guida per l'attuazione del Piano Socio-sanitario della Regione Siciliana D.P. del 11/05/2000 Piano Sanitario Regionale 2000-2002
Toscana	L.R. n. 41/2005 (Legge sul sistema integrato dei servizi sociali e la tutela dei diritti di cittadinanza)	Del. C. R. n. 60/2002 (Linee guida per il PISR 2002 -2004) L.R. n. 40/2005 (Approvazione del Piano Sanitario Regionale) Prorogato al 2005 il PISR 2002-2004
Umbria		Del. C.R. n. 759 del 20/12/1999 Piano Sociale Regionale 2000 – 2002 Del. G.R. n. 649 del 21/06/2000 Linee guida regionali per la costruzione dei Piani di Zona Del. G.R. n. 248 del 6/3/2002 Atto di indirizzo ai comuni per la programmazione sociale di territorio In corso di redazione il Piano 2005-2007
Valle d'Aosta	L.R. n. 5/2000 Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione	L.R. n. 18 del 4/09/2001 Approvazione del piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004

<p>Veneto</p>	<p>Ddl. n. 3/2002 (Testo organico per le politiche sociali)</p>	<p>Del.G.R. del 10/06/2003 Piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità 2003-2005 Politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali della Regione del Veneto negli anni 2003 – 2005 Del.G.R. n. 1764 del 18/06/2004 Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona</p>
----------------------	---	--

BOX 2. GLI OPERATORI DEL SERVIZIO SOCIALE: ASSISTENTI SOCIALI

I servizi sociali, come anche esplicitato dal citato art. 128 del d.lgs. 112 del 1998, coprono una congerie di servizi concreti. Loro collante è l'orientamento "sociale", un orientamento che spesso passa tramite gli operatori, in particolare di quelli che non sono portatori di specifiche e differenziate professionalità tecniche (di tipo medico o magari tecnologico o generiche ma di stampo amministrativo). E' per questo che l'evoluzione dei servizi sociali è strettamente legata alle vicende del gruppo professionale degli assistenti sociali. La professione in Italia nasce al termine degli anni '20 del secolo scorso, con la nascita di una scuola di specializzazione per assistenti destinati ad operare in fabbrica (a supporto dell'introduzione e diffusione dei modelli tayloristici). E' quindi nel secondo dopoguerra che si sviluppa un sistema di scuole per assistenti sociali al di fuori dei luoghi di lavoro, assistenti sociali che, soprattutto dopo la costituzione delle regioni negli anni '70, divengono sempre più un profilo professionale pubblico, venendo a giocare un ruolo di attore principale e riconosciuto nel settore dei servizi sociali – rappresentando l'anello di congiunzione, creativo, progettuale e di intermediazione, tra il bisogno dell'individuo, la comunità nella quale vive e le istituzioni pubbliche deputate a proteggerlo - ma anche pagando lo scotto d'un certo appiattimento burocratico.

Le riforme recenti descritte nel testo hanno cercato di valorizzare questa funzione di cerniera tra individuo e amministrazioni, da parte dell'assistente sociale, immaginandone anche l'assunzione di ruoli e funzioni che sconfinano nella gestione manageriale del sistema di offerta di servizi su un territorio ampio. La legge 328 (e gli interventi collegati di livello regionale) immaginano infatti figure nuove, come quella del coordinatore di ambito o del responsabile di zona, ai quali viene richiesto di sviluppare, in primo luogo, attività di programmazione, gestione e monitoraggio di servizi in rete, ed in secondo luogo, anche di concepire questo impegno all'interno di una visione macro del sistema di protezione sociale, dove si opera tenendo conto delle dinamiche di ciascun livello istituzionale dentro una cornice di governance multilivello. Nell'attuazione pratica, non sempre le specificità dei nuovi ruoli sono emerse con precisione, anche perché è spesso assente la formazione finalizzata al loro espletamento.

Sul piano numerico l'ordine degli assistenti sociali, istituito con legge 84/1993, denunciava al 31 dicembre 2005 32.698 iscritti. Un'elaborazione Censis (relativa al 1999 e riferita ad un numero totale di operatori di poco inferiore a quello attuale) ne indicava prevalente la presenza nelle istituzioni pubbliche, in particolare comuni e SSN (circa un terzo in ciascuno dei due ambiti)

Enti locali <i>(di cui comuni)</i>	39.5 35.3
SSN	34.7
Enti privati	7.5
Cooperative	7.2
Ministeri <i>Giustizia</i>	6.0 5.0
<i>Interno</i>	0.8
<i>Lavoro e politiche sociali</i>	0.2
Altri enti	5.2
<i>Università</i>	2.4
<i>Ex Ipab</i>	1.4
<i>Inail</i>	0.2
<i>Inps</i>	0.1
<i>Altro</i>	1.1

3. GLI INTERVENTI DEI COMUNI: DATI DI BILANCIO E INDAGINE SUI SERVIZI SOCIALI

Per le regioni appena espresse, gli interventi pubblici relativi alla rete dei servizi sociali territoriali sono prevalentemente posti in essere a livello comunale. Anche le risorse appositamente stanziare dallo Stato e/o dalle regioni (e in taluni casi dalle province) sono poi di fatto utilizzate direttamente dai comuni o dalle Associazioni di comuni all'uopo costituite. È quindi questo il livello da cui è necessario partire per ricostruire il quadro della spesa complessiva.

In proposito, le fonti disponibili sono sostanzialmente due⁴:

1. il primo dato, conosciuto da tempo, deriva dai certificati di bilancio che gli enti locali sono tenuti a redigere a consuntivo delle proprie gestioni ed a presentare al Ministro dell'interno⁵. I quadri esistenti, definiti anche d'intesa con Anci, Upi e Uncem, sono esaustivi (anche perché la mancata presentazione degli stessi comporta la sospensione della seconda rata dei trasferimenti ordinari all'ente locale nell'anno in cui avviene l'inadempienza) ma poco mirati sulla spesa sociale;
2. il secondo dato, disponibile solo dal 2003 (ed al momento unicamente per quella annualità), deriva da un'indagine ad hoc promossa dall'ISTAT (che ne è il coordinatore scientifico) d'intesa col Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Ministero dell'economia e delle finanze e da alcune regioni (sotto l'egida del Cisis, ovvero il Centro Interregionale per il Sistema Informatico ed il Sistema Statistico).

⁴ Il Box 3 dà conto di altre due fonti informative, sempre a cura dell'ISTAT: l'una relativa agli interventi posti in essere direttamente dalle province (con un volume di spesa che nel 2003 era pari a circa 500 milioni di euro); l'altra che riguarda i "Presidi residenziali socio-assistenziali".

⁵ La norma che disciplina la certificazione del bilancio dell'ente locale è l'art. 161 del Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, D.Lgs 267/2000.

La prima fonte di informazione sui bilanci dei comuni copre, ovviamente, l'intero spettro di attività di tali enti, offrendo tuttavia una disaggregazione funzionale limitata e non sempre esauriente. Alle spese destinate alle funzioni generali di amministrazione, gestione e controllo (pari quasi a un terzo dell'intero ammontare di impegni) si associano quelle relative ai diversi settori di competenza dell'amministrazione comunale, tra le quali la "sociale" e quella di "istruzione pubblica"⁶. La prima, in particolare, ricomprende le seguenti voci:

- Asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori;
- Strutture residenziali e di ricovero per anziani;
- Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona;
- Servizio necroscopico e cimiteriale.

Una prima possibile stima della spesa sociale è perciò data dall'assieme di queste quattro voci. Una seconda è ottenibile scorporando da tale aggregato la quarta voce – i servizi necroscopici e cimiteriali – che hanno ben poco di sociale (cfr. anche la prima parte di questo Rapporto) e incorporandovi invece le spese per "assistenza scolastica, trasporto, refezione e altri servizi", voce che nei bilanci comunali viene inclusa nella funzione "istruzione pubblica". Con riferimento al 2003 le due stime in questione evidenziano importi rispettivamente pari a 6.4 e a quasi 8 miliardi di euro, a fronte di un dato complessivo della spesa risultante dall'indagine ad hoc prima introdotta di 5.3 miliardi di euro (cfr. Tav. 1).

Fatta eccezione per le province autonome di Trento e Bolzano⁷, il medesimo segno della differenza tra fonti si riscontra in tutte le regioni. Praticamente dappertutto la voce relativa ai servizi cimiteriali è inferiore a quanto impegnato per i servizi di assistenza, trasporto e refezione scolastica. Sia in un'accezione che nell'altra i dati di bilancio sono però superiori a quelli rilevati dall'indagine.

Nel valutare tale differenza bisogna tenere conto del fatto che, laddove i primi derivano dalla rendicontazione riferita all'intera gestione finanziaria, che si discosta, quindi, da un esercizio di "contabilità industriale"; nel secondo caso, invece, il dato è reperito tramite un questionario specificamente focalizzato sugli interventi di tipo sociale, compilato ad opera di "addetti ai lavori" ed includente tutta la spesa dedicata a tali finalità (secondo la logica della registrazione del "costo pieno" del servizio prodotto). In linea di principio, derivando da una osservazione mirata (su cui cfr. oltre) e con finalità implicite di "contabilità industriale" il dato dell'indagine ad hoc dovrebbe quindi

⁶ Le altre funzioni sono le seguenti: giustizia, cultura e beni culturali, settore sportivo e ricreativo, turismo, viabilità e trasporti, gestione del territorio e dell'ambiente, sviluppo economico, servizi produttivi.

⁷ In entrambi i casi la differenza è da ricondurre al fatto che parte rilevante della spesa rilevata nell'indagine ad hoc viene effettuata non dai comuni ma a livello di associazioni di comuni – i quattro quinti per Trento e quasi tutta nel caso di Bolzano – che spesso ricevono i relativi finanziamenti direttamente dalla Provincia autonoma, senza quindi che i fondi in questione transitino, in entrata ed in uscita, nei bilanci dei comuni. In effetti, i trasferimenti effettuati dalla Provincia, rilevati da un'altra indagine condotta dall'ISTAT (cfr. Box 3), erano rispettivamente pari, sempre con riferimento al 2003, a 71 e 174 milioni di euro per Bolzano e Trento; più complessivamente la spesa sostenuta per interventi e servizi sociali da queste due province era pari al 71% di quella affrontata da tutte le province italiane nel loro complesso. Nel caso di Bolzano, come verrà specificato più avanti, il dato dell'indagine ad hoc inoltre include anche quanto la provincia direttamente eroga per le pensioni di invalidità (circa 62 milioni di euro), un importo che di nuovo nei bilanci comunali non transita affatto.

essere più preciso e circoscritto: in effetti è plausibile che nei dati di bilancio siano ricomprese voci non propriamente sociali (non è necessariamente tale ad esempio la finalità dei servizi di trasporto e refezione scolastica, che come detto rappresenta poco più di 2 miliardi dei quasi 8 della stima più ampia ottenibile tramite dati di bilancio).

D'altro canto, la differente tecnica di rilevazione potrebbe operare anche in senso opposto. Il dato che deriva dall'indagine ad hoc, non innestata (almeno al momento) nella rendicontazione amministrativa dei comuni, potrebbe sottostimare la spesa effettiva perché, ad esempio, non sufficientemente comprensivo di quella quota di spese generali e fisse, in primis quelle per il personale, che alle finalità sociali andrebbero anche imputate.

Al di là del confronto con i dati di bilancio, indizi sulla incompletezza dell'indagine ad hoc nello stimare il quadro complessivo della spesa per servizi sociali emergono da altre due specifiche aree che, sebbene al momento spesso escluse dalla programmazione/gestione sociale territoriale integrata condotta a livello di zona, sono parte dell'effettivo sforzo attuato in quell'area. Si tratta, in particolare:

1. degli interventi posti in essere dalle ex IPAB, trasformate in base all'attuazione di una delega contenuta nella stessa legge 328/2000 in Aziende pubbliche di servizi per la persona, che operano sul territorio dei comuni con livelli ancora una volta molto differenziati di integrazione con la rete dei servizi. Si è in effetti evidenziato come aree con livelli piuttosto bassi di spesa in specifici settori di intervento e spesa complessiva elevata vedano operare strutture facenti capo alle ex IPAB con missioni ben definite (ad esempio nel settore degli anziani). Sarebbe proprio questa presenza a consentire al comune di destinare minori risorse a tali specifici interventi;
2. dell'area dell'integrazione socio-sanitaria. Su questo fronte, il punto nevralgico – come è stato evidenziato anche nella prima parte del Rapporto (Cap. 2) – è rappresentato dall'ottimizzazione delle informazioni riguardanti le prestazioni ad alta integrazione. Si tratta infatti di prestazioni cofinanziate da due distinte filiere amministrative: da un lato quella comunale, dall'altro quella del SSN. Va inoltre tenuto in considerazione come, nei cinque anni appena trascorsi, le logiche che presidono tali dinamiche di cofinanziamento si siano differenziate sul territorio. Diviene pertanto necessaria una migliore integrazione tra le azioni di monitoraggio riferite alle prestazioni ed alle spese sociali comunali e delle aziende sanitarie. Soccorre in tal senso il processo di monitoraggio sulla spesa per i LEA sanitari, avviato dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali. Rimane tuttavia la necessità di una lettura ben coordinata di queste due iniziative: in altri termini, diventa centrale riuscire ad isolare il nucleo di prestazioni a forte integrazione socio-sanitaria (e quindi: assistenza domiciliare e servizi residenziali) per valutare livelli di offerta e di spesa, per considerare la variabilità di questi alla luce dei differenti assetti con cui vengono erogate tali prestazioni e, infine, questa informazione dovrebbe concorrere a fornire indicazioni complementari a

quelle (in buona parte già ricostruite nel capitolo del Rapporto dedicato ai trasferimenti monetari per invalidità) necessarie per impostare future strategie per le politiche rivolte al tema della non autosufficienza.

Fatto salvo il particolare discorso riguardo alle province di Trento e Bolzano (cfr. nota precedente), è perciò plausibile ritenere che il volume di spesa effettiva possa essere superiore a quello rilevato dall'indagine ad hoc. Una valutazione più precisa potrà, quindi, venire dalle prossime edizioni di tale rilevazione, ma anche da un tavolo di confronto con regioni e comuni . Nel seguito del Rapporto, anche al fine di sfruttare il dettaglio analitico e funzionale della spesa rilevata nell'indagine ad hoc, è comunque a quest'ultima che si farà riferimento.

Tav. 1 Spese correnti delle amministrazioni comunali per regione, Anno 2003 - Confronto tra diverse fonti

	Dati certificati di bilancio A	Dati certificati di bilancio B	Dati indagine sulla spesa sociale C	C-A/A	C-B/B
Piemonte	647.241.197	507.042.432	545.835.118	-15,7	7,7
Valle d'Aosta			33.982.461		
Lombardia	1.605.187.241	1.330.282.340	840.493.889	-47,6	-36,8
Trentino-Alto Adige	136.101.662	140.305.638	303.324.167	122,9	116,2
<i>Bolzano</i>	59.334.373	58.408.658	195.947.000	230,2	235,5
<i>Trento</i>	76.767.289	81.896.980	107.377.167	39,9	31,1
Veneto	573.145.710	485.722.185	476.284.622	-16,9	-1,9
Friuli-Venezia Giulia	285.456.080	267.949.739	183.757.365	-35,6	-31,4
Liguria	239.736.622	183.483.555	154.154.033	-35,7	-16,0
Emilia-Romagna	861.066.348	695.492.830	576.594.480	-33,0	-17,1
Toscana	561.857.918	402.656.123	414.933.150	-26,1	3,0
Umbria	110.304.418	86.702.545	64.553.753	-41,5	-25,5
Marche	207.690.073	163.337.649	128.699.072	-38,0	-21,2
Lazio	810.387.987	678.988.606	519.134.884	-35,9	-23,5
Abruzzo	106.988.810	69.103.010	67.370.936	-37,0	-2,5
Molise	24.178.903	16.722.007	13.588.039	-43,8	-18,7
Campania	449.101.465	348.801.035	222.569.772	-50,4	-36,2
Puglia	287.168.768	220.094.376	158.024.100	-45,0	-28,2
Basilicata	57.211.438	39.237.579	25.708.109	-55,1	-34,5
Calabria	116.688.679	82.698.847	54.068.800	-53,7	-34,6
Sicilia	618.926.005	477.139.896	271.667.631	-56,1	-43,1
Sardegna	276.660.950	242.675.582	205.873.385	-25,6	-15,2
ITALIA	7.975.100.274	6.438.435.974	5.260.617.766	-34,0	-18,3

A	Spese correnti delle amministrazioni comunali per le voci: 1. Asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori; 2. Strutture residenziali e di ricovero per anziani; 3. Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona; 4. Assistenza scolastica, trasporto, refezione e altri servizi
B	Spese correnti delle amministrazioni comunali per le voci: 1. Asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori; 2. Strutture residenziali e di ricovero per anziani; 3. Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona; 4. Servizio necroscopico e cimiteriale
C	Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Box 3. SPESA DELLE PROVINCE E PRESID RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI

Come anticipato, il grosso della spesa pubblica per servizi sociali è in ultima istanza posto in essere dai comuni o da loro associazioni all'uopo costituite (pur se a valere su finanziamenti direttamente o indirettamente provenienti dallo Stato e/o dalle regioni; cfr. la prima parte di questo Rapporto). Una conferma indiretta di questo dato proviene dall'indagine ISTAT su "Gli interventi e i servizi sociali delle amministrazioni provinciali", anche per la quale sono disponibili i dati relativi al 2003. Questi sono raccolti con riferimento a cinque aree di intervento: infanzia e maternità, disabili, anziani, immigrati e nomadi, contrasto alla povertà e all'esclusione sociale. Per ciascuna area e per ciascun tipo di intervento sono raccolte informazioni sul numero di assistiti, sulla spesa sostenuta dalle province e sulla forma di gestione dei servizi. Complessivamente, le province italiane nel 2003 hanno speso poco meno di 503 milioni di euro nelle 5 aree

cite. L'89% di tale importo si concretizza però in trasferimenti che le province erogano a favore di enti pubblici e privati. Nelle regioni del Nord i trasferimenti sono quasi totalitariamente a favore di associazioni di comuni, comuni singoli o ASL. Come già evidenziato nel testo, i trasferimenti direttamente effettuati ad Associazioni operanti su scala sovracomunale – quindi non transitanti per i bilanci dei comuni – sono particolarmente rilevanti nelle province di Trento e Bolzano, che assieme rappresentano il 71% della spesa complessiva delle province italiane. Nelle regioni del centro e del sud i trasferimenti avvengono invece a favore soprattutto di cooperative, associazioni e altri organismi privati oppure di famiglie. Il quadro della spesa relativo all'intero territorio nazionale muterebbe quindi ben poco ove alla spesa dei comuni singoli e associati – rilevata nell'indagine ad hoc e/o a partire dai bilanci dei comuni – si sommasse la spesa delle province che, al netto dei possibili sfasamenti contabili, non si sostanzia in trasferimenti a favore dei comuni singoli o associati. Tenuto conto del fatto che, come detto, Trento e Bolzano sono parte prevalente della spesa rilevata nell'indagine sulle province, ben poco mutato sarebbe anche il quadro delle differenze geografiche che emergerebbe cercando di ricomprendere la spesa delle province diversa dai trasferimenti a favore dei comuni singoli o associati.

Un doppio conteggio si avrebbe anche ove alla spesa sostenuta dai comuni singoli ed associati venisse sommata quella rilevata da un'altra indagine ISTAT, relativa ai presidi residenziali socio-assistenziali (l'ultimo aggiornamento è del 2003). Rispetto all'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati, questa infatti rappresenta una sorta di approfondimento tematico. In questo caso, si tratta di strutture sia pubbliche che private, mentre nell'indagine sugli interventi e i servizi dei comuni il settore privato non viene censito se non indirettamente, laddove vi siano trasferimenti dal pubblico o offerta di voucher spendibili nel privato. Più specificamente, l'indagine sui presidi raccoglie dati riguardanti le diverse tipologie di presidi residenziali per minori privi di tutela, per adulti in difficoltà e per anziani, i modelli organizzativi e gli enti gestori. Si approfondiscono le caratteristiche degli utenti delle strutture, evidenziando le principali caratteristiche demografiche delle persone ospitate e le problematiche che sono causa del ricovero. Al 31 dicembre 2003 i presidi residenziali socio-assistenziali presenti sul territorio italiano erano 8.453. Di questi il 61% erano presenti nelle regioni del nord, il 22% nelle regioni del sud e nelle isole, il 18% nelle regioni del centro. Complessivamente tali strutture avevano una capacità di accoglienza pari a 340.523 posti letto, ospitando meno di 300 mila persone che per i tre quarti erano anziani, il 17% adulti e il 7% minori.

4. LA SPESA NEL 2003: IL QUADRO GENERALE

I dati qui adoperati derivano dalla già introdotta indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati, indagine che è frutto di una stretta collaborazione interistituzionale (cfr. box 4). L'indagine è passata per una mappatura dei soggetti istituzionali erogatori di interventi ed ha utilizzato una griglia di acquisizione dei dati che ha fatto riferimento tanto agli schemi classificatori internazionali (in particolare lo schema ESSPROS, circa il quale si rinvia alla I parte di questo Rapporto) quanto alle indicazioni fornite dalla legge quadro sull'assistenza (L. 328/2000), tenendo conto delle esigenze informative dei diversi soggetti istituzionali coinvolti (in particolare Stato e regioni).

Più specificamente, si sono distinte sette aree di utenza dei servizi: Famiglia e minori, Disabili, Dipendenze, Anziani, Immigrati, Disagio adulti, Multiutenza⁸. Ciascuna area al suo interno ha adottato una nomenclatura degli interventi concordata a livello nazionale, nomenclatura comunque poi ricondotta a tre macro-tipologie: interventi e servizi di supporto, trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi, spese in strutture⁹. In particolare, si deve considerare che nella prima tipologia sono elencati i servizi alla persona come ad esempio il Servizio sociale professionale, gli interventi di integrazione sociale, quelli educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo, l'assistenza domiciliare e i servizi di supporto (segnatamente mensa e trasporto sociale); per trasferimenti in denaro si intendono tutti quei contributi erogati a famiglie, a singoli (ma anche ad associazioni, diverse dalle associazioni di comuni che in quanto tali sono invece considerate tra i possibili soggetti erogatori) e che rispondono a bisogni di natura diversa (dal pagamento delle rette degli asili nido o dei centri diurni o di prestazioni residenziali, ai contributi economici per l'alloggio, per integrare il reddito familiare, per affido familiare, per i servizi scolastici, per i servizi di trasporto, ecc.); infine le spese in strutture riguardano le strutture a ciclo diurno o semiresidenziale (asili nido, servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia, centri diurni, centri diurni estivi, ludoteche/laboratori, centri di aggregazione/sociali), le strutture comunitarie e residenziali (strutture residenziali in senso stretto, centri estivi o invernali con pernottamento, aree attrezzate per nomadi) e il pronto intervento sociale (unità di strada, ecc.)

Come detto, la spesa complessivamente stimata dall'indagine è di quasi 5,3 miliardi di euro. Rapportata alla popolazione residente si tratta di poco più di 91 euro per abitante, con valori che vanno dai 142 euro del Nord-est ai 104 del Nord-ovest, ai 102 del Centro, ai 72 euro delle Isole e ai 39 euro del Mezzogiorno continentale. Tutte le regioni del Nord hanno una spesa media pro-

⁸ In quest'area rientrano sia i servizi sociali che si rivolgono a più tipologie di utenza, sia le attività generali svolte dai comuni, che i costi sostenuti per esenzioni e agevolazioni offerti agli utenti delle diverse aree.

⁹ La nomenclatura dettagliata, pur ripetendosi in ciascuna delle 7 aree, individua anche servizi specifici a seconda dell'utenza a cui ci si riferisce (es. nella sez. G Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale le voci 1 e 2 che sono "Asilo nido" e "Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia" sono presenti solo nell'area di utenza Famiglia e minori. Il dettaglio delle voci del questionario è comunque posto in allegato a questa monografia. Maggiori dettagli sull'indagine sono inoltre anche disponibili in ISTAT, La prima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni. Anno 2003, *Statistiche in breve*, 2 dicembre 2005; ISTAT, *Rapporto annuale. La situazione del paese nel 2005*, maggio 2006, cap. 6).

capite superiore alla media nazionale, anche se spiccano soprattutto i dati delle due province autonome di Bolzano¹⁰ (417 euro) e di Trento (220 euro), e quello della Valle d'Aosta (con quasi 280 euro pro-capite). Al contrario, tra le regioni del Centro, solo la Toscana (117 euro) ed il Lazio (100 euro) e tra quelle del Mezzogiorno solo la Sardegna (125,5 euro) superano la media nazionale.

I valori più bassi sono in Calabria (meno di 27 euro), mentre Puglia e Campania spendono intorno ai 39 euro, Sicilia ed Abruzzo tra 53 e 54 euro, infine l'Umbria poco meno di 77 euro e le Marche circa 86 euro.

La maggior parte della spesa è impegnata per le aree Famiglia e minori (38%), Anziani (25%) e Disabili (21%). L'area Adulti in difficoltà rappresenta circa il 7% della spesa totale, quella Immigrati poco più del 2% e quella Dipendenze poco più dell'1%. Il residuo 6,9% è rappresentato dalla miscelanea multiutenza. Grosso modo la stessa composizione per aree di utenza, pur se con un totale di spesa che, come visto, è profondamente differenziato, si ripete nelle diverse aree del paese.

Tre quarti della spesa complessiva è sostenuta dai comuni singoli, la restante quota è appannaggio soprattutto delle associazioni di comuni (quasi 18%) e in minor misura (poco più del 7%) dei distretti socio-sanitari operanti su delega dei comuni. Qui vi sono invece differenze geografiche importanti, perché il ruolo delle associazioni di comuni è più importante nel Nord, dove questi coprono il 26% circa della spesa. Si tratta però d'un dato che è trainato da alcuni singoli casi estremi: nella Provincia di Bolzano tutta la spesa è coperta dai comuni associati, ed anche in Liguria e nella provincia di Trento rispettivamente l'85 ed il 77% della spesa è appannaggio delle associazioni. Nel resto delle regioni sono quasi esclusivamente i comuni a sostenerla. Le eccezioni sono da un lato la Campania e l'Abruzzo, in cui una quota rilevante di spesa è sostenuta dalle associazioni (rispettivamente il 23 e il 32% del totale), dall'altro il Veneto e la Toscana, che sono le regioni per le quali i distretti socio-sanitari delle ASL gestiscono su delega dei comuni una quota rilevante di spesa (rispettivamente circa il 34% e circa il 21%).

Complessivamente, gli "interventi e servizi" da un lato e le "strutture" dall'altro, coprono ciascuno il 37% della spesa, il residuo 26% è rappresentato dai "trasferimenti in denaro". La distribuzione della spesa tra queste tre macrotipologie è influenzata dall'area di utenza. Gli interventi e i servizi assorbono una quota di spesa ancor più ampia nelle aree di utenza relative a dipendenze (55%), anziani (50%), immigrati (45%) e disabili (44%). Al contrario, nell'area famiglia e minori il 55% della spesa è assorbito dalle strutture e la stessa quota nell'area disagio adulti è impegnata per i trasferimenti in denaro. Significative sono anche le differenze tra regioni: in estrema sintesi si può

¹⁰ La spesa della Provincia autonoma di Bolzano per circa un terzo del totale è rappresentata da pensioni di invalidità che la provincia paga con proprie risorse autonome. I circa 62 milioni di euro relativi a questa voce rappresentano i due terzi della spesa totale della specie censita in tutta Italia dall'indagine relativamente ai trasferimenti monetari nell'area disabili. Anche al netto di questa componente la provincia di Bolzano comunque si situa sui massimi valori della spesa pro capite censita dall'indagine.

affermare che vi è una maggiore propensione a spendere per le strutture al Nord¹¹ e al Centro¹², laddove nel Mezzogiorno si privilegiano gli interventi e i servizi (nel Mezzogiorno continentale e nelle Isole rispettivamente pari al 46,4% ed al 40,5% della spesa complessiva) e i trasferimenti in denaro (rispettivamente 31,8% e 34%)¹³.

Laddove per la spesa complessiva si è proceduto a normalizzare il dato sulla base della popolazione residente complessiva, per le singole aree di utenza si può cercare di operare sulla base della popolazione target degli specifici interventi, approssimabile considerando opportuni sottogruppi della popolazione complessiva¹⁴. Così facendo, si possono meglio comprendere tanto le differenze tra aree di utenza – perché il peso di una singola area nella spesa totale potrebbe dipendere semplicemente dalla dimensione della popolazione che è potenziale target di quella specifica area d'intervento – quanto le differenze tra regioni – perché di nuovo il peso di una singola area di utenza in una singola regione potrebbe dipendere dal particolare peso che vi assume quella popolazione target. Confrontando tra loro le aree di utenza così normalizzate, si evidenzia che il maggior sforzo viene effettuato nel caso dei disabili (1.568,6 euro); seguono poi l'area anziani (119 euro), famiglia e minori (86,3 euro), immigrati (67 euro). Più difficilmente valutabili, anche perché la popolazione target è di non facile definizione e tende a ricomprendere un totale piuttosto ampio, sono i valori ottenuti per le aree del Disagio adulti (9,8 euro), Multiutenza (5,4 euro) e Dipendenze (1,2 euro).

I divari tra aree geografiche e regioni, peraltro, non mutano granché ragionando sui dati di spesa così più dettagliatamente normalizzati. Per la spesa pro-capite per disabile (riferita a quelli che vivono in famiglia e presso le residenze) – anche escludendo la Provincia Autonoma di Bolzano, il cui dato, come già detto, risente delle pensioni di invalidità pagate direttamente dalla provincia autonoma – si va da valori al di sopra di 5.500 euro per Valle d'Aosta, Trento e Friuli-Venezia Giulia ai 245 euro della Calabria e ai 770 dell'Abruzzo. Per la spesa nell'area di utenza relativa agli anziani, i 194 euro pro-capite del Nord-est, riferiti alla popolazione di età pari o superiore ai 65 anni, sono quasi quattro volte i 52 euro del Mezzogiorno continentale (le Isole sono a 101 euro, il Centro a quasi 95 euro ed il Nord-Ovest a 140 euro). Nel dettaglio regionale, si va dai quasi 806 euro della Valle d'Aosta (650 euro per Bolzano) ai 19 euro della Calabria (le regioni del centro e alcune del sud come Sicilia, Abruzzo, Molise e Campania spendono tra 81 e 61 euro; la Puglia e la Basilicata spendono rispettivamente 47 e 41 euro, mentre, con l'eccezione della Liguria che spende un po' meno della media nazionale, le altre regioni del nord si situano, insieme alla

¹¹ Vi sono anche singole regioni con caratterizzazioni marcate: la Provincia Autonoma di Bolzano spende più della metà per trasferimenti in denaro (53%), soprattutto per via delle già citate pensioni di invalidità direttamente pagate dalla Provincia; la Valle d'Aosta (61,4%) e la provincia di Trento (56,7%) spendono soprattutto in strutture.

¹² Nelle regioni del centro si spende molto poco per trasferimenti in denaro (18,8%) a vantaggio delle strutture (46%) e questo è particolarmente evidente in regioni come il Lazio e le Marche.

¹³ In particolare le regioni dove si spende di più per interventi e servizi sono Molise (61,4%), Abruzzo (55,9%), Basilicata (55,5%) e Calabria (50,3%). Di contro, si spende di meno per le strutture in particolare in Calabria (16,1%), in Molise (11,9%) e in Basilicata (10,7%).

¹⁴ Per le popolazioni di riferimento considerate nel calcolo si rimanda alla nota presente in calce alla tabella relativa ai valori pro-capite per le quali la fonte utilizzata è sempre ISTAT.

Sardegna e alla Toscana, tra i 125 euro del Piemonte e i 312 euro di Trento). Nell'area Famiglia e minori la spesa pro-capite, normalizzata per la popolazione di individui che vivano in famiglie con almeno un minore, varia tra poco più di 127 euro nel Nord-est a quasi 37 euro al sud. Le regioni che fanno registrare i livelli più alti di spesa sono nell'ordine Valle d'Aosta (quasi 212 euro), Emilia-Romagna (198 euro), la Provincia autonoma di Trento (188 euro) e il Piemonte (154 euro), laddove il Veneto è l'unica regione del Nord a spendere meno di 86 euro pro-capite (media nazionale). La spesa pro-capite per gli immigrati, calcolata sulla base degli immigrati residenti, è più elevata al Centro (circa 102 euro) e vede all'ultimo posto il Nord-ovest (quasi 45 euro). In questo caso le regioni che spendono di più sono il Lazio (154 euro) e la Basilicata (quasi 152 euro), insieme alla Provincia Autonoma di Bolzano (115 euro). Sono anche sopra la media nazionale Sardegna (94,6 euro), Emilia-Romagna (90,1 euro), Valle d'Aosta (83,5 euro), Puglia (80 euro) e Sicilia (68,4 euro). All'estremo opposto vi sono Calabria (17,7 euro) e Abruzzo (35,4 euro), ma anche la Provincia Autonoma di Trento (34,6 euro) e la Liguria (35,1 euro). Per l'area disagio adulti – nel cui caso però, come detto, i valori pro-capite sono riferiti ad una definizione di popolazione target piuttosto ampia e poco specifica, l'intera popolazione tra 18 e 65 anni - si va dai circa 15 euro delle Isole e del Centro ai quasi 4 euro del Sud. La regione che spende di più è la Sardegna con quasi 44 euro. Presentano poi livelli di spesa superiore alla media (poco meno di 10 euro) anche le seguenti regioni: Bolzano (34 euro), Lazio (18,8 euro), Trento (18,4 euro), Friuli-Venezia Giulia (18,2 euro), Valle d'Aosta (16,6 euro), Toscana (14,3 euro), Piemonte (12,9 euro). Al contrario, le regioni che spendono di meno sono: Abruzzo (2 euro), Molise (3 euro), Campania (3,2 euro), Puglia (3,9 euro).

Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza, regione e ripartizione geografica – Anno 2003 (valori assoluti)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA							Totale
	Famiglie e minori	Anziani	Disabili ⁽¹⁾	Disagio adulti	Immigrati	Dipendenze	Multiutenze	
	Valori assoluti							
Piemonte	229.571.639	115.842.985	121.061.099	34.807.652	8.374.294	1.137.209	35.040.240	545.835.118
Valle d'Aosta	9.268.654	19.082.762	3.965.514	1.313.718	274.775	9.147	67.891	33.982.461
Lombardia	322.452.932	249.560.304	158.584.384	37.611.657	17.772.528	7.414.122	47.097.962	840.493.889
Trentino - Alto Adige	58.402.983	76.579.010	123.210.196	15.748.418	2.788.480	2.216.261	24.378.819	303.324.167
<i>Bolzano - Bozen</i>	<i>22.000.000</i>	<i>48.760.000</i>	<i>93.910.000</i>	<i>10.047.000</i>	<i>2.050.000</i>	<i>2.180.000</i>	<i>17.000.000</i>	<i>195.947.000</i>
<i>Trento</i>	<i>36.402.983</i>	<i>27.819.010</i>	<i>29.300.196</i>	<i>5.701.418</i>	<i>738.480</i>	<i>36.261</i>	<i>7.378.819</i>	<i>107.377.167</i>
Veneto	119.109.122	148.154.584	132.067.368	24.779.586	10.226.232	14.232.888	27.714.842	476.284.622
Friuli - Venezia Giulia	48.706.865	61.819.073	46.924.405	13.997.293	3.119.826	876.708	8.313.195	183.757.365
Liguria	71.924.071	47.409.157	15.797.803	7.597.728	1.669.331	1.701.129	8.054.814	154.154.033
Emilia - Romagna	271.005.672	140.559.735	83.715.430	17.898.612	16.860.553	6.987.512	39.566.966	576.594.480
Toscana	161.826.188	103.170.945	66.544.915	31.767.639	9.254.397	2.159.783	40.209.283	414.933.150
Umbria	28.258.346	12.130.074	11.784.289	2.906.927	2.494.388	1.159.714	5.820.015	64.553.753
Marche	43.146.080	24.328.971	34.608.136	5.141.118	3.695.075	1.253.488	16.526.204	128.699.072
Lazio	221.684.387	77.323.077	110.938.341	62.971.191	28.740.217	5.195.218	12.282.453	519.134.884
Abruzzo	28.149.096	20.501.079	11.361.711	1.634.464	1.006.721	583.498	4.134.367	67.370.936
Molise	4.817.942	5.373.520	2.305.435	583.458	136.786	143.488	227.410	13.588.039
Campania	101.970.562	51.584.971	37.203.084	11.552.198	2.784.801	2.694.809	14.779.347	222.569.772
Puglia	77.992.992	31.468.974	22.424.425	10.119.149	3.121.666	1.529.134	11.367.760	158.024.100
Basilicata	12.152.736	4.702.099	3.822.406	2.679.508	661.642	357.058	1.332.660	25.708.109
Calabria	24.597.947	6.727.363	8.229.022	11.952.248	404.903	862.751	1.294.566	54.068.800
Sicilia	116.268.307	68.754.393	55.771.738	16.795.274	3.894.439	4.082.358	6.101.122	271.667.631
Sardegna	63.565.214	46.046.197	34.606.701	47.927.014	1.233.105	4.037.048	8.458.106	205.873.385
Nord-ovest	633.217.296	431.895.208	299.408.800	81.330.755	28.090.928	10.261.607	90.260.907	1.574.465.501
Nord-est	497.224.642	427.112.402	385.917.399	72.423.909	32.995.091	24.313.369	99.973.822	1.539.960.634
Centro	454.915.001	216.953.067	223.875.681	102.786.875	44.184.077	9.768.203	74.837.955	1.127.320.859
Sud	249.681.275	120.358.006	85.346.083	38.521.025	8.116.519	6.170.738	33.136.110	541.329.756
Isole	179.833.521	114.800.590	90.378.439	64.722.288	5.127.544	8.119.406	14.559.228	477.541.016
ITALIA	2.014.871.735	1.311.119.273	1.084.926.402	359.784.852	118.514.159	58.633.323	312.768.022	5.260.617.766

(1) Il dato dell'area disabili relativo a Bolzano è molto elevato perché le pensioni di invalidità per la provincia autonoma di Bolzano non sono finanziate dall'INPS, ma direttamente dalla provincia con proprie risorse

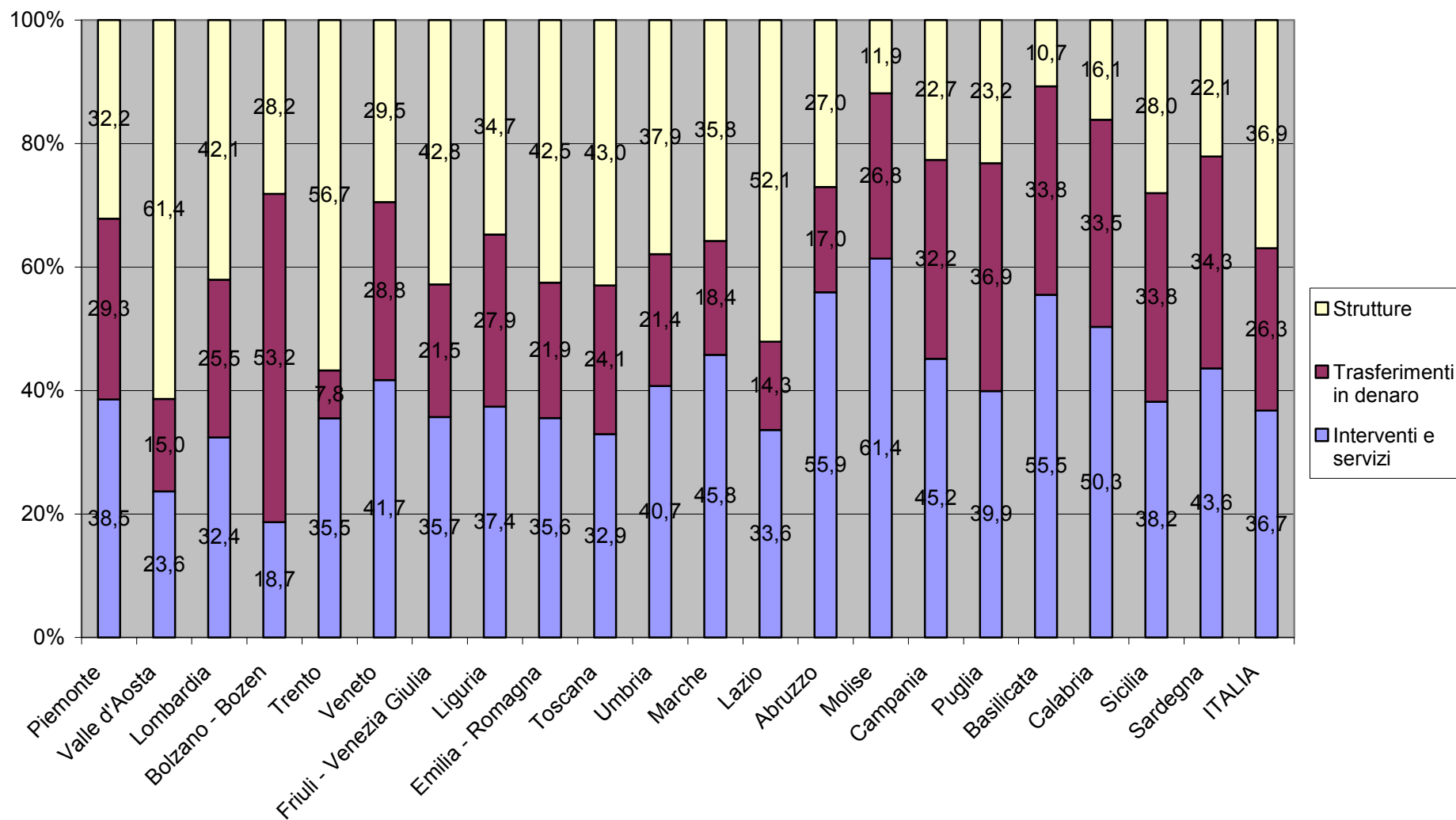
Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza, regione e ripartizione geografica – Anno 2003 (valori percentuali)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA							Totale
	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Disagio adulti	Immigrati	Dipendenze	Multiutenze	
	Valori percentuali di riga							
Piemonte	42,1	21,2	22,2	6,4	1,5	0,2	6,4	100,0
Valle d'Aosta	27,3	56,2	11,7	3,9	0,8	0,0	0,2	100,0
Lombardia	38,4	29,7	18,9	4,5	2,1	0,9	5,6	100,0
Trentino - Alto Adige	19,3	25,2	40,6	5,2	0,9	0,7	8,0	100,0
<i>Bolzano - Bozen</i>	11,2	24,9	47,9	5,1	1,0	1,1	8,7	100,0
<i>Trento</i>	33,9	25,9	27,3	5,3	0,7	0,0	6,9	100,0
Veneto	25,0	31,1	27,7	5,2	2,1	3,0	5,8	100,0
Friuli - Venezia Giulia	26,5	33,6	25,5	7,6	1,7	0,5	4,5	100,0
Liguria	46,7	30,8	10,2	4,9	1,1	1,1	5,2	100,0
Emilia - Romagna	47,0	24,4	14,5	3,1	2,9	1,2	6,9	100,0
Toscana	39,0	24,9	16,0	7,7	2,2	0,5	9,7	100,0
Umbria	43,8	18,8	18,3	4,5	3,9	1,8	9,0	100,0
Marche	33,5	18,9	26,9	4,0	2,9	1,0	12,8	100,0
Lazio	42,7	14,9	21,4	12,1	5,5	1,0	2,4	100,0
Abruzzo	41,8	30,4	16,9	2,4	1,5	0,9	6,1	100,0
Molise	35,5	39,5	17,0	4,3	1,0	1,1	1,7	100,0
Campania	45,8	23,2	16,7	5,2	1,3	1,2	6,6	100,0
Puglia	49,4	19,9	14,2	6,4	2,0	1,0	7,2	100,0
Basilicata	47,3	18,3	14,9	10,4	2,6	1,4	5,2	100,0
Calabria	45,5	12,4	15,2	22,1	0,7	1,6	2,4	100,0
Sicilia	42,8	25,3	20,5	6,2	1,4	1,5	2,2	100,0
Sardegna	30,9	22,4	16,8	23,3	0,6	2,0	4,1	100,0
Nord-ovest	40,2	27,4	19,0	5,2	1,8	0,7	5,7	100,0
Nord-est	32,3	27,7	25,1	4,7	2,1	1,6	6,5	100,0
Centro	40,4	19,2	19,9	9,1	3,9	0,9	6,6	100,0
Sud	46,1	22,2	15,8	7,1	1,5	1,1	6,1	100,0
Isole	37,7	24,0	18,9	13,6	1,1	1,7	3,0	100,0
ITALIA	38,3	24,9	20,6	6,8	2,3	1,1	5,9	100,0

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per macro-area di interventi e servizi sociali e regione – Anno 2003 (valori percentuali)



Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza, regione e ripartizione geografica – Anno 2003 (valori pro-capite)

AREA DI UTENZA

Famiglie e minori	Anziani	Disabili ⁽¹⁾	Disagio adulti	Immigrati	Dipendenze	Multiutenze	Totale	
Valori medi pro-capite ⁽²⁾								
Valle d'Aosta	211,9	Valle d'Aosta 805,8	Bolzano - Bozen 25.248,0	Sardegna 43,8	Lazio 154,4	Bolzano - Bozen 5,6	Bolzano - Bozen 36,2	Bolzano - Bozen 417,4
Emilia - Romagna	198,2	Bolzano - Bozen 650,0	Trentino - Alto Adige 14.583,3	Bolzano - Bozen 33,6	Basilicata 151,9	Veneto 3,6	Trentino - Alto Adige 25,5	Trentino - Alto Adige 317,1
Trento	188,4	Trentino - Alto Adige 466,4	Valle d'Aosta 6.574,1	Trentino - Alto Adige 25,8	Bolzano - Bozen 114,6	Sardegna 2,8	Trento 15,2	Valle d'Aosta 279,7
Piemonte	154,4	Trento 311,9	Trento 6.195,6	Lazio 18,8	Sardegna 94,6	Trentino - Alto Adige 2,8	Toscana 11,4	Trento 220,5
Trentino - Alto Adige	149,5	Friuli - Venezia Giulia 237,4	Friuli - Venezia Giulia 5.745,1	Trento 18,4	Emilia - Romagna 90,1	Emilia - Romagna 2,0	Marche 11,1	Friuli - Venezia Giulia 153,8
Liguria	143,3	Veneto 172,8	Veneto 2.907,7	Friuli - Venezia Giulia 18,2	Valle d'Aosta 83,5	Umbria 1,6	Emilia - Romagna 9,8	Emilia - Romagna 142,2
Toscana	131,6	Sardegna 169,5	Piemonte 2.659,9	Valle d'Aosta 16,6	Puglia 80,0	Liguria 1,2	Piemonte 8,2	Piemonte 128,4
Friuli - Venezia Giulia	121,7	Emilia - Romagna 153,3	Emilia - Romagna 2.063,5	Toscana 14,3	Trentino - Alto Adige 71,1	Lazio 1,2	Friuli - Venezia Giulia 7,0	Sardegna 125,5
Bolzano - Bozen	111,4	Lombardia 145,4	Marche 2.006,9	Piemonte 12,9	Sicilia 68,4	Sicilia 1,0	Umbria 6,9	Toscana 117,2
Lazio	110,2	Toscana 127,4	Umbria 1.983,4	Calabria 9,5	Umbria 66,1	Marche 1,0	Veneto 6,0	Veneto 103,3
Umbria	95,0	Piemonte 125,2	Toscana 1.770,2	Veneto 8,2	Friuli - Venezia Giulia 65,4	Lombardia 0,9	Sardegna 5,2	Lazio 100,3
Lombardia	94,6	Liguria 115,0	Lazio 1.654,6	Liguria 7,9	Toscana 63,4	Friuli - Venezia Giulia 0,8	Lombardia 5,1	Liguria 97,9
Sardegna	90,1	Lazio 80,7	Lombardia 1.592,5	Basilicata 7,2	Marche 59,0	Basilicata 0,7	Liguria 5,1	Lombardia 91,6
Marche	78,6	Sicilia 79,5	Sardegna 1.416,5	Emilia - Romagna 7,0	Piemonte 55,5	Toscana 0,7	Abruzzo 3,2	Marche 86,1
Veneto	68,2	Molise 78,1	Liguria 1.257,4	Lombardia 6,3	Campania 51,3	Campania 0,6	Puglia 2,8	Umbria 76,7
Abruzzo	52,5	Abruzzo 76,9	Abruzzo 770,1	Umbria 5,6	Veneto 48,2	Abruzzo 0,5	Campania 2,6	Sicilia 54,5
Sicilia	48,1	Marche 73,6	Sicilia 745,2	Marche 5,5	Molise 48,1	Molise 0,5	Lazio 2,4	Abruzzo 52,7
Basilicata	44,9	Umbria 62,4	Molise 651,9	Sicilia 5,4	Lombardia 41,6	Calabria 0,5	Basilicata 2,2	Basilicata 43,1
Puglia	39,9	Campania 61,2	Basilicata 605,0	Puglia 3,9	Abruzzo 35,4	Puglia 0,5	Sicilia 1,2	Molise 42,3
Molise	35,4	Puglia 47,4	Campania 443,1	Campania 3,2	Liguria 35,1	Piemonte 0,3	Molise 0,7	Puglia 39,2
Campania	34,8	Basilicata 41,1	Puglia 364,4	Molise 3,0	Trento 34,6	Trento 0,1	Calabria 0,6	Campania 38,8
Calabria	25,8	Calabria 19,1	Calabria 245,1	Abruzzo 2,0	Calabria 17,7	Valle d'Aosta 0,1	Valle d'Aosta 0,6	Calabria 26,9
Nord-ovest	116,4	Nord-ovest 140,3	Nord-ovest 1.891,8	Nord-ovest 8,4	Nord-ovest 44,6	Nord-ovest 0,8	Nord-ovest 6,0	Nord-ovest 104,1
Nord-est	127,4	Nord-est 194,2	Nord-est 3.761,2	Nord-est 10,4	Nord-est 67,9	Nord-est 2,6	Nord-est 9,2	Nord-est 142,4
Centro	111,3	Centro 94,6	Centro 1.751,4	Centro 14,6	Centro 102,2	Centro 1,0	Centro 6,8	Centro 102,0
Sud	36,8	Sud 52,1	Sud 419,0	Sud 4,4	Sud 53,5	Sud 0,5	Sud 2,4	Sud 38,7
Isole	57,6	Isole 101,0	Isole 910,4	Isole 15,4	Isole 73,3	Isole 1,5	Isole 2,2	Isole 72,0
ITALIA	86,3	ITALIA 119,0	ITALIA 1.568,6	ITALIA 9,8	ITALIA 67,0	ITALIA 1,2	ITALIA 5,4	ITALIA 91,3

⁽¹⁾ Il dato dell'area disabili relativo al comune di Bolzano è molto elevato perché le pensioni di invalidità per la provincia autonoma di Bolzano non sono finanziate dall'INPS, ma direttamente dalla provincia con proprie risorse.

⁽²⁾ I valori medi pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza.

La popolazione di riferimento per l'area "famiglia e minori" è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati dai dati del Censimento della popolazione 2001.

La popolazione di riferimento per l'area "disabili" è costituita dal numero di disabili che vivono in famiglia quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" e dal numero di

La popolazione di riferimento per l'area "dipendenze" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 15 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "anziani" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 65 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "immigrati e nomadi" è costituita dagli immigrati residenti - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "disagio adulti" è costituita dalla popolazione con età compresa tra i 18 e i 65 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "multiutenza" è costituita dalla popolazione residente - anno 2003.

BOX 4. STRUTTURA, RUOLI DELL'INDAGINE E MAPPATURA DEI RISPONDENTI

Il richiamo alla notevole eterogeneità dell'articolazione territoriale dei servizi sociali, come fattore che rende complessa sia la costruzione di forme più adeguate di governance delle politiche di settore sia l'esercizio dei meccanismi di monitoraggio e valutazione, induce a mettere in luce le caratteristiche organizzative dell'indagine. Tali caratteristiche vanno ricostruite perché esprimono lo sforzo di impostare esercizi di monitoraggio di politiche pubbliche coerenti con l'impianto decentrato delle stesse e per questa ragione qualificate da un alto tasso di partecipazione e condivisione del processo di lavoro da parte di diversi attori istituzionali. Infatti, com'è già stato ricordato, oltre l'ISTAT in funzione di coordinamento nonché di responsabilità scientifica, hanno svolto un ruolo attivo, in seguito alla stipulazione di convenzioni ad hoc, il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali – oggi Ministero della solidarietà sociale –, il Ministero dell'economia e delle finanze e alcune regioni attraverso il CISIS (Centro interregionale per il sistema informatico e il sistema statistico)¹⁵.

In particolare, tutti gli attori oltre a partecipare alla progettazione dell'intera indagine e alla stesura del questionario, hanno avuto un ruolo specifico nelle fasi successive di impostazione e di raccolta dei dati. Se infatti alcune regioni¹⁶ che hanno aderito al protocollo di intesa tra ISTAT e CISIS si sono fatte carico di restituire all'ISTAT i questionari di tutte le unità di rilevazione assicurandone la completezza e la validità, i due Ministeri hanno avuto compiti organizzativi diversi e comunque relativi alla raccolta dei dati per i comuni delle restanti regioni che non hanno partecipato direttamente alla rilevazione. Il Ministero dell'economia e delle finanze attraverso la CONSIP ha realizzato e gestito l'applicazione per l'acquisizione on line dei dati per i comuni e associazioni di comuni delle regioni che non hanno aderito al protocollo CISIS¹⁷. Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, attraverso il coinvolgimento del proprio personale periferico, ha gestito la fase di sollecito dei comuni e delle associazioni che alla scadenza prevista non avevano ancora provveduto alla compilazione, ed ha ricontattato quelli i cui questionari presentavano mancate risposte o informazioni anomale in base al piano dei controlli predisposto dall'ISTAT.

Va inoltre sottolineato come, per la realizzazione dell'indagine, sia stata attuata una operazione di raccolta di dati che, pur essendo preliminare ad essa, costituisce una vera e propria indagine nell'indagine: si tratta del processo finalizzato a ricostruire la mappatura dei soggetti istituzionali (comuni, Associazioni di comuni, Consorzi, Zone, Distretti, Ambito, comunità Montana ecc.) che erogano prestazioni sociali e per tale ragione vedono allocate nei propri bilanci risorse destinate per tale funzione. Questa mappatura preliminare all'indagine si realizza attraverso la richiesta che viene fatta ad ogni comune di indicare per l'anno finanziario di riferimento:

1. uno o più referenti per l'indagine vera e propria (nome, cognome e riferimenti telefono, fax, e-mail, indirizzo, ...). A questo "referente" è stata successivamente indirizzata la lettera che annunciava la disponibilità on line del questionario e che invitava alla compilazione entro un termine prestabilito.

¹⁵ In particolare gli uffici delle amministrazioni coinvolte nell'indagine sono: Servizio sanità e assistenza – ISTAT; Direzione Generale per la gestione del fondo nazionale delle politiche sociali e affari generali – Ministero del lavoro e delle politiche sociali; Ragioneria Generale dello Stato – Ministero dell'economia e delle finanze.

¹⁶ Si tratta di 6 regioni e una Provincia Autonoma (Piemonte, Liguria, P.A. di Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Marche, Toscana).

¹⁷ Si tratta delle restanti 13 regioni (Lombardia, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna, Sicilia) e della Provincia Autonoma di Bolzano.

2. Nel caso in cui i servizi socio-assistenziali fossero gestiti, in tutto o in parte, in forma associata, contestualmente alla registrazione del referente, andava indicato anche l'ente di riferimento (distretto, unione o consorzio di comuni, comunità montana, ecc.) e, al suo interno, la persona referente per l'indagine.

La definizione esatta della mappa di enti che erogano servizi sociali è la chiave di volta dell'indagine, tuttavia si deve sottolineare la problematicità di questa operazione. Nonostante l'elevato investimento di risorse per tale obiettivo (le stesse articolazioni periferiche del Ministero del lavoro e delle politiche sociali sono state coinvolte nella fase di mappatura) ancora non si dispone di un risultato perfettamente coerente. Da un lato perché non tutti i comuni hanno registrato il referente e quindi segnalato l'eventuale appartenenza ad un ente associativo, dall'altro per l'oggettiva complessità della materia osservata, che presenta meno costanti che eccezioni: solo in parte, infatti, la disciplina regionale¹⁸ offre chiavi interpretative univoche sulle formule organizzative, stante la varietà dei percorsi istituzionali, del contesto geografico, delle culture locali. Così che non è impossibile trovare confinanti un comune di medie dimensioni erogante servizi in piena autonomia ed un reticolato di piccoli comuni guidati da un capofila (in genere di dimensioni maggiori), oppure un reticolato di comuni con una distribuzione multilaterale di funzioni (più capofila, perché ciascuno guida l'erogazione di uno specifico settore di servizi sociali).

Resta da evidenziare come lo studio delle mappe territoriali dei servizi non costituisce solamente una preconditione per lo svolgimento dell'indagine, ma anche uno strumento centrale per promuovere misure volte ad incentivare il completamento della rete territoriale dei servizi, anch'essa fortemente dipendente dalle formule organizzative che incentivano i comuni ad associarsi¹⁹.

5. COSTI UNITARI E COPERTURA DELLE PRINCIPALI VOCI DI SPESA

L'analisi delle singole aree di utenza non è ad un livello di dettaglio ancora sufficiente per comprendere l'andamento dell'offerta di servizi e dei suoi costi. È necessario scomporre ulteriormente l'informazione per comprendere se la *spesa pro capite* – intesa come spesa normalizzata per una data popolazione potenziale target degli interventi – vari in relazione:

1. ad una elevata *copertura* dell'utenza potenziale (il servizio raggiunge molti utenti target),
2. ad un elevato *costo unitario* degli interventi (la spesa è elevata in rapporto agli utenti effettivamente raggiunti).

Scomporre tra tali due elementi è importante perché se la misurazione del primo punto è più agevole, il secondo è certamente più ambiguo; basti pensare che un maggiore costo unitario del servizio può essere causato tanto da elementi di inefficienza quanto da una maggiore qualità del servizio erogata.

¹⁸ Laddove l'organizzazione dei servizi sia stata disciplinata da normativa regionale. Per questo si rinvia alla prima parte del Rapporto.

¹⁹ Vista l'importanza che riveste per il Ministero del lavoro e delle politiche sociali una ricognizione puntuale dell'organizzazione dei servizi sociali a livello locale (esigenza condivisa anche dalle regioni) il Ministero ha incaricato il Forzez e l'università degli studi di Roma "Tor Vergata" – Dipartimento di Studi sull'impresa di svolgere nel corso del 2005 l'indagine "Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto", pubblicata a cura della Direzione Generale per la gestione del Fondo Nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale del Ministero.

Inoltre, la rilevazione del costo unitario di un servizio ci consente la definizione di un costo standard, che in prospettiva può diventare il driver essenziale per calcolare il costo di futuri aumenti nell'offerta del servizio stesso.

La scomposizione tra copertura del servizio e costo unitario non ha significato a livello di area di utenza, un livello che aggrega misure ed interventi anche molto diversi (da un punto di vista "tecnologico"). Significato che invece acquista qualora si scenda al livello della singola tipologia di servizio. Beninteso, anche considerando singoli servizi rimangono problemi metodologici la cui soluzione è essenziale ove si voglia operare nella prospettiva della definizione dei LEP: la qualità di ciò che qui verrà considerato come un servizio univocamente identificato, ad esempio gli asili nido, può differire grandemente, e ancora una volta tale diversa qualità potrebbe generare costi unitari differenziati. Come si argomenterà meglio nel seguito di questa monografia, i costi unitari rilevanti nella prospettiva della definizione dei LEP sono quelli standard, definiti in relazione a determinate caratteristiche qualitative del servizio e per un dato livello di efficienza nell'erogazione dello stesso, non quelli effettivamente realizzati nelle singole realtà geografiche ed amministrative, che possono discostarsi dai primi sia per via di una peculiare caratterizzazione qualitativa del servizio (ad esempio una maggiore qualità che si sia deciso di garantire), sia per via di una diversa – migliore o peggiore - efficienza nell'erogazione del servizio.

Quanto qui di seguito esposto va perciò considerato come un primo esercizio descrittivo che, trascurando le questioni legate alla identificazione puntuale delle caratteristiche quali-quantitative del singolo servizio e ad una scomposizione dei costi effettivi tra costo standard, effetto del mix qualitativo dei servizi erogati ed eventuale gap di efficienza, cerca di scomporre la spesa pro capite dei principali servizi erogati tra grado di copertura del servizio e suoi costi unitari. L'esercizio verrà in particolare effettuato con riferimento a cinque voci che nel loro complesso rappresentano il 62% della spesa totale censita. Si tratta degli asili nido – che sono parte dell'area di utenza famiglia e minori – nonché delle strutture residenziali, di quelle semi-residenziali, dell'assistenza domiciliare e dei contributi economici a sostegno della povertà – che sono invece interventi che interessano trasversalmente più aree di utenza. Prima di introdurre l'analisi specifica di tali servizi va ricordato che nel caso degli asili nido, delle strutture residenziali e di quelle semi-residenziali si sono sommate le spese sostenute direttamente (in-house) e quelle per rette pagate a fronte di analoghi servizi forniti da provider privati.

5.1 Gli asili nido

Gli asili nido rappresentano la singola voce di spesa più rilevante (quasi il 16% del totale censito nell'indagine e poco più del 41% della spesa relativa all'area famiglia e minori). In particolare è tra le regioni del Centro che questo servizio ha un peso particolarmente elevato (quasi il 23% della spesa complessiva ed il 56% di quella relativa all'area Famiglia e minori) mentre l'incidenza

minima si registra nel Mezzogiorno (intorno al 10% del totale generale e tra il 21% per le regioni del Sud continentale, e poco più del 27%, per le Isole, della spesa per famiglia e minori).

Operare su un singolo servizio - per quanto senza tener conto del dettaglio quali-quantitativo dello stesso, ad esempio in termini di orari di apertura del servizio, flessibilità oraria garantita all'utenza etc. - consente di identificare con maggior precisione una popolazione potenziale target, che in questo caso è stata misurata considerando i minori tra 0 e 2 anni di età. I 145.310 bambini che nel totale nazionale (nel 2003) usufruivano del servizio secondo l'indagine sono il 9,1% di quella popolazione, con valori dell'indicatore che però variano ampiamente sul territorio. Si va dal 12-13% nel Centro-Nord a valori nel Mezzogiorno continentale e nelle isole rispettivamente del 2,4% e del 4,8%. La regione con migliore copertura del servizio è l'Emilia-Romagna (dove quasi un bambino su 4 ha frequentato un asilo nido). Fanno registrare un'incidenza superiore alla media nazionale anche Valle d'Aosta (19,8%), Umbria (16,9%), Toscana (16,3%), Lombardia (13,3%), Trento (12,4%), Marche (11,7%) e Liguria (10,7%). All'estremo opposto sono Calabria e Campania (solo l'1,2% dei bambini tra 0 e 2 anni hanno frequentato un asilo nido), ma anche Puglia (3,4%), Molise (4,4%), Basilicata (4,5%) e Sicilia (4,8%).

La variabilità tra regioni nella spesa pro capite - la spesa rapportata alla popolazione potenziale target - è dominata dalle ampie differenze nella copertura del servizio appena analizzate. I costi unitari del servizio sono invece meno differenziati, anche se è da segnalare il dato fuori linea del Centro (7.549 euro per utente), attribuibile essenzialmente al Lazio (11.256 euro per utente). Valori alquanto elevati si registrano anche a Bolzano (9.053 euro), in Liguria (8.778 euro), a Trento (7.340 euro), in Valle d'Aosta (7.024 euro) e Piemonte (7.018 euro).

Nel caso dell'asilo nido risulta più rara la possibilità che la gestione del servizio venga completamente delegata alle associazioni di comuni. Evidentemente, proprio per le peculiarità di questo servizio, che per rispondere meglio alle esigenze delle famiglie deve avere una diffusione territoriale capillare, i comuni tendono a gestirlo senza delegarlo alle associazioni. Infatti, più di quanto non accada per l'insieme degli interventi e dei servizi sociali, per l'asilo nido, spendono maggiormente i comuni associati: se infatti complessivamente la spesa per il 45,5% è assorbita dai comuni che delegano alle associazioni la gestione di una parte degli interventi e dei servizi, nel caso degli asili nido tale quota arriva al 60,6% a scapito delle associazioni di comuni (7,2% contro 25,2% a livello di spesa complessiva) più che dei comuni non associati (32,2% contro 29,3%).

Il 5% della spesa complessiva per questo servizio è rappresentato dal pagamento di rette per l'acquisto di servizi privati di asilo nido. L'incidenza di tale voce assume però valori molto elevati in alcune regioni: in Basilicata la spesa per le rette uguaglia quasi quella per le strutture di asilo nido (48%), in Calabria, Abruzzo e Puglia ammonta a circa un terzo (rispettivamente 35,2%, 31,4% e 31,1%).

Spesa per ripartizione geografica – Anno 2003

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Spesa complessiva	Spesa Area Famiglia e minori	Spesa per Asili nido	Incidenza spesa asili nido su spesa complessiva	Incidenza spesa asili nido su spesa Area Famiglia e minori
Nord-Ovest	1.574.465.501	633.217.296	259.152.870	16,5	40,9
Nord-Est	1.539.960.634	497.224.642	218.269.680	14,2	43,9
Centro	1.127.320.859	454.915.001	255.885.600	22,7	56,2
Sud	541.329.756	249.681.275	51.636.557	9,5	20,7
Isole	477.541.016	179.833.521	48.968.485	10,3	27,2
ITALIA	5.260.617.766	2.014.871.735	833.913.192	15,9	41,4

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa e utenti Asili nido per ripartizione geografica – Anno 2003

	Spesa	Utenti	Spesa media per utente	Spesa pro-capite (pop. 0-2 anni)	Incidenza utenti su pop. 0-2 anni
Nord-Ovest	259.152.870	51.788	5.004	644	12,9
Nord-Est	218.269.680	40.185	5.432	738	13,6
Centro	255.885.600	33.896	7.549	890	11,8
Sud	51.636.557	10.187	5.069	121	2,4
Isole	48.968.485	9.254	5.292	256	4,8
ITALIA	833.913.192	145.310	5.739	520	9,1

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Utenti asili nido per regione e ripartizione geografica – Anno 2003 (valori assoluti e percentuali)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	<i>Utenti</i>	<i>Pop. 0-2 anni</i>	<i>Incidenza utenti su pop. 0-2 anni</i>
Piemonte	13.034	106.451	12,2
Valle d'Aosta	668	3.375	19,8
Lombardia	34.428	258.343	13,3
Trentino-Alto Adige	2.353	31.037	7,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	475	15.876	3,0
<i>Trento</i>	1.878	15.162	12,4
Veneto	11.940	130.125	9,2
Friuli-Venezia Giulia	2.129	29.114	7,3
Liguria	3.658	34.206	10,7
Emilia-Romagna	23.763	105.516	22,5
Toscana	14.083	86.651	16,3
Umbria	3.519	20.864	16,9
Marche	4.438	38.052	11,7
Lazio	11.856	142.088	8,3
Abruzzo	2.088	32.403	6,4
Molise	337	7.722	4,4
Campania	2.297	194.083	1,2
Puglia	4.064	120.613	3,4
Basilicata	726	16.232	4,5
Calabria	675	56.052	1,2
Sicilia	7.193	151.257	4,8
Sardegna	2.061	39.839	5,2
Nord-Ovest	51.788	402.374	12,9
Nord-Est	40.185	295.791	13,6
Centro	33.896	287.655	11,8
Sud	10.187	427.103	2,4
Isole	9.254	191.096	4,8
ITALIA	145.310	1.604.018	9,1

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa per asili nido per regione e ripartizione geografica – Anno 2003

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	<i>Spesa totale</i>	<i>Spesa media per utente</i>	<i>Spesa pro-capite (pop. 0-2 anni)</i>
Piemonte	91.466.540	7.018	859
Valle d'Aosta	4.692.189	7.024	1.390
Lombardia	130.884.626	3.802	507
Trentino-Alto Adige	18.084.917	7.686	583
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>4.300.000</i>	<i>9.053</i>	<i>271</i>
<i>Trento</i>	<i>13.784.917</i>	<i>7.340</i>	<i>909</i>
Veneto	52.249.347	4.376	402
Friuli-Venezia Giulia	12.923.408	6.070	444
Liguria	32.109.515	8.778	939
Emilia-Romagna	135.012.008	5.682	1.280
Toscana	86.762.416	6.161	1.001
Umbria	15.318.562	4.353	734
Marche	20.358.829	4.587	535
Lazio	133.445.793	11.256	939
Abruzzo	10.768.314	5.157	332
Molise	1.006.704	2.987	130
Campania	14.035.495	6.110	72
Puglia	20.907.506	5.145	173
Basilicata	2.699.179	3.718	166
Calabria	2.219.359	3.288	40
Sicilia	38.214.192	5.313	253
Sardegna	10.754.293	5.218	270
Nord-Ovest	259.152.870	5.004	644
Nord-Est	218.269.680	5.432	738
Centro	255.885.600	7.549	890
Sud	51.636.557	5.069	121
Isole	48.968.485	5.292	256
ITALIA	833.913.192	5.739	520

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

BOX 5. I SERVIZI INTEGRATIVI O INNOVATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

Soprattutto a partire dalla entrata in vigore della legge 285/97 in materia di "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza", si sono diffusi sul territorio servizi di supporto per le famiglie rimaste escluse dal circuito degli asili nido comunali e che, per scelta o per necessità, non si sono orientate verso il mercato privato. Per queste famiglie, in alcuni comuni sono previsti micronidi o nidifamiglia che assolvono un compito simile a quello degli asili nido, in contesti più piccoli e meno strutturati, ma che comunque devono rispettare standard e criteri fissati dall'amministrazione comunale in termini sia di superficie minima per gruppo di bambini che igienico-sanitari. Si tratta infatti, di solito, di attività gestite da privati in convenzione con l'ente comunale e che accolgono un ristretto numero di bambini della fascia 0-3 anni presso abitazioni private o strutture a questo scopo dedicate. Rispetto a questo tipo di attività hanno avuto un ruolo "apri-pista" le esperienze nelle province di Trento e Bolzano dove già negli anni '90 era stato introdotto un servizio di assistenza domiciliare²⁰ noto anche come Tagesmutter (mamma di giorno)²¹. Come riportato sul sito web della regione, "la Tagesmutter è una persona adeguatamente formata che, in collegamento con organismi della cooperazione sociale o di utilità sociale non lucrativi, fornisce educazione e cura a uno o più bambini di altri presso il proprio domicilio o altro ambiente adeguato a offrire cure familiari".

Sempre facendo riferimento a quanto emerso dall'indagine ad hoc, se agli iscritti all'asilo nido si aggiunge anche chi ha avuto accesso a queste altre strutture "meno strutturate", nel complesso i bambini che usufruiscono di servizi per la prima infanzia diverrebbero poco meno di 200 mila, pari al 12,4% della popolazione target complessiva (i bambini che frequentano asili nido comunali sono invece il 9% della popolazione target). Gli incrementi più consistenti si registrerebbero nel Nord-est e nel Centro (nelle prime la copertura salirebbe al 20%, contro il 13,6% per i soli asili nido, mentre le seconde passerebbero da 11,8% a 17,8%); per le regioni del Nord-ovest la differenza è molto più contenuta (+2,6 punti percentuali) e per quelle del Sud e le Isole non ci sarebbero differenze apprezzabili (+0,8 punti percentuali nel primo caso, +1,7 punti percentuali nel secondo). I divari geografici nella copertura del servizio già prima citati verrebbero così ampliati e non ridotti.

5.2 Le strutture residenziali

Le strutture residenziali, afferenti a più aree di utenza, assorbono quasi il 20% della spesa censita complessivamente dall'indagine. Le regioni del Nord sono quelle dove le strutture residenziali incidono maggiormente sul totale della spesa (si tratta del 23% nel Nord-ovest e del 21% nel Nord-est). Al polo opposto è il Mezzogiorno, dove tali strutture incidono solo per poco meno del 12% sulla spesa totale.

²⁰ Per quanto riguarda la Provincia di Bolzano il riferimento è alla Legge provinciale 9 aprile 1996, n. 8 che prevede l'istituzione del "Servizio di assistenza domiciliare all'infanzia". Per la provincia di Trento invece si tratta di una legge emanata più di recente: Legge provinciale n. 4 del 12 marzo 2002 "Nuovo ordinamento dei servizi socio-educativi per la prima infanzia".

²¹ L'esperienza delle *Tagesmutter* parte da lontano, più precisamente dai paesi del nord Europa (Austria, Germania, Belgio, Danimarca, Finlandia) dove già da tempo sono realtà radicate con riconoscimento istituzionale. In Francia ci sono le *Mama de Jour*, figure riconosciute per legge da più di vent'anni e iscritte ad un albo.

Circa il 42% della spesa per strutture residenziali è costituito da trasferimenti per rette pagate a *provider* privati (for profit o non profit che siano). In generale si fa ricorso alle rette di più nelle regioni del Sud e nelle Isole, in maniera minore nelle regioni del Nord-ovest, ancora di meno al Nord-est e al Centro. In particolare, l'incidenza di tale voce di spesa rispetto a quella per strutture diventa predominante in alcune regioni dove supera non di molto il 50% (Marche 52,9%, Umbria 53,6%, Abruzzo 55,7%, Veneto 56%), raggiunge circa quota due terzi del totale in altre (Sicilia 61,6%, Liguria 63,5%, Puglia 65,1% e Piemonte 66,4%) e supera l'80% in altre ancora (Basilicata 82,9% e Molise 84,7%).

Nella media nazionale di spesa per strutture residenziali, l'area anziani è quella che assorbe la quota più consistente (quasi 48%), segue l'area famiglia e minori (poco più del 26%) e quella disabili (18%); raccolgono quote di spesa residuali le altre aree. Complessivamente, nelle strutture residenziali sono stati accolti 160.351 utenti, con una spesa media per utente di 6.515 euro. Il costo unitario è più elevato nel Nord-ovest (quasi 8.000 euro). Un valore superiore alla media nazionale si registra però anche nel Mezzogiorno continentale (quasi 7.500 euro), mentre il valore minimo si ha nelle isole (5.000 euro circa). Le strutture unitariamente più costose sono quelle dedicate ai disabili (11.647 euro) e alle famiglie/minori (10.695 euro). Il costo per utente si dimezza per gli anziani (5.751 euro), risulta ancora più contenuto per gli immigrati (3.606 euro) e per l'area disagio adulti (3.581 euro), fino a scendere a poco meno di 700 euro per l'area dipendenze.

Mentre al Sud le strutture residenziali per disabili sono quasi inesistenti (soltanto l'1,9% della spesa di questa ripartizione viene dedicata a tale area) e assorbe più della metà (56,5%) della spesa per queste strutture l'area famiglia e minori e più di un terzo quella anziani (37,2%); al Nord si registra la percentuale più alta di spesa per le strutture per anziani (52% circa), ma al Nord-ovest è consistente anche quella per l'area famiglia e minori (28,6%), al Nord-est invece per l'area disabili (23,3%). Di contro, le regioni del Centro si caratterizzano per la relativa consistenza dell'area disagio adulti che inoltre raccoglie quote di spesa analoghe a quella dei disabili (intorno al 13%).

Rapportando la spesa alla popolazione di riferimento, in ciascuna area di utenza emergono altre peculiarità che è il caso di riepilogare:

- nell'area disabili, che fa registrare generalmente la spesa pro-capite più alta, oltre alle due province autonome (Bolzano 3.000 euro e Trento 2.762 euro) e al Friuli-Venezia Giulia (1.269 euro) soltanto il Piemonte (837 euro) ha una spesa pro-capite al di sopra della media (272 euro);
- anche nell'area anziani sono alcune regioni del nord a spendere di più in relazione alla popolazione target, segnatamente la Valle d'Aosta (413 euro), la Provincia autonoma di Bolzano (240 euro) e il Friuli-Venezia Giulia (111 euro);

- diversamente, nel caso dell'area immigrati, tra le regioni che hanno una spesa pro-capite molto più consistente rispetto alla media nazionale (17,2 euro) ci sono sia regioni del nord (PA Trento 72,6 euro; PA Bolzano 25,1 euro), che del Centro (Lazio 52,6 euro), che del sud e isole (Basilicata 76 euro; Sicilia 36 euro);
- infine l'area famiglia e minori, dove le regioni per le quali si registra una spesa pro-capite superiore alla media (11,8 euro) sono concentrate al nord e in particolare risultano: la PA di Trento (42,2 euro), la Liguria (24,6 euro) il Friuli-Venezia Giulia (20,5 euro), la Valle d'Aosta (20,3 euro), la Lombardia (18,2 euro) e l'Emilia-Romagna (18 euro).

Utenti e spesa per ripartizione geografica – Anno 2003

	<i>Spesa complessiva</i>	<i>Utenti di strutture residenziali</i>	<i>Spesa per strutture residenziali</i>	<i>Spesa media per utente per strutture residenziali</i>	<i>Incidenza spesa strutture residenziali su spesa complessiva</i>
Nord-Ovest	1.574.465.501	45.847	364.432.337	7.949	23,1
Nord-Est	1.539.960.634	49.816	320.471.790	6.433	20,8
Centro	1.127.320.859	38.567	208.121.089	5.396	18,5
Sud	541.329.756	8.547	64.027.600	7.491	11,8
Isole	477.541.016	17.574	87.580.497	4.984	18,3
ITALIA	5.260.617.766	160.351	1.044.633.313	6.515	19,9

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa media per utente per strutture residenziali per area di utenza, regione e ripartizione geografica – Anno 2003

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA						
	<i>Totale</i>	<i>Famiglia e minori</i>	<i>Disabili</i>	<i>Dipendenze</i>	<i>Anziani</i>	<i>Immigrati</i>	<i>Disagio adulti</i>
Piemonte	8.542	14.537	13.200	7.382	6.221	1.155	3.149
Valle d'Aosta	14.758	4.165	-	-	18.982	-	16.646
Lombardia	7.697	13.067	7.138	2.336	6.982	3.023	2.741
Trentino-Alto Adige	7.374	16.907	28.765	14.271	4.175	3.315	1.429
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>6.108</i>	<i>4.945</i>	<i>28.607</i>	<i>16.667</i>	<i>5.335</i>	<i>884</i>	<i>1.284</i>
<i>Trento</i>	<i>9.964</i>	<i>23.075</i>	<i>28.907</i>	<i>3.491</i>	<i>1.765</i>	<i>16.481</i>	<i>3.480</i>
Veneto	6.603	10.676	8.113	7.054	5.902	2.640	3.541
Friuli-Venezia Giulia	9.157	16.227	21.062	4.154	7.323	2.803	10.213
Liguria	6.682	9.314	8.508	1.320	6.336	2.406	2.463
Emilia-Romagna	5.119	10.666	6.648	155	5.244	3.069	3.972
Toscana	5.025	6.091	8.731	3.269	5.025	2.464	2.372
Umbria	3.963	13.769	4.502	1.065	3.829	474	2.480
Marche	5.077	9.987	9.619	6.630	3.893	2.242	3.813
Lazio	6.032	8.744	42.497	2.397	3.642	9.652	3.882
Abruzzo	6.686	9.897	7.475	1.200	4.035	3.648	2.779
Molise	2.017	6.563	5.360	-	944	-	912
Campania	8.906	10.477	5.021	7.255	8.157	4.940	4.271
Puglia	7.111	10.676	6.831	-	4.585	5.495	1.680
Basilicata	4.936	9.361	8.869	-	3.368	5.253	1.140
Calabria	8.290	10.962	10.910	936	9.835	-	943
Sicilia	7.134	8.833	13.469	10.294	4.468	3.699	12.730
Sardegna	3.018	15.258	12.158	7	8.299	6.054	5.424
Nord-Ovest	7.949	12.590	10.132	2.325	6.940	2.392	3.211
Nord-Est	6.433	11.927	11.376	1.272	5.570	3.013	3.372
Centro	5.396	7.826	17.221	2.621	4.439	5.471	3.528
Sud	7.491	10.382	6.146	4.178	5.773	5.226	1.391
Isole	4.984	10.050	13.116	49	5.540	3.749	10.001
ITALIA	6.515	10.695	11.647	692	5.751	3.606	3.581

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa per strutture residenziali per area di utenza, regione e ripartizione geografica - Anno 2003 (valori percentuali)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA						
	Totale	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati	Disagio adulti
Piemonte	100,0	25,4	33,6	0,1	38,7	0,9	1,3
Valle d'Aosta	100,0	7,8	-	-	85,9	-	6,3
Lombardia	100,0	30,2	10,1	0,4	56,2	2,5	0,6
Trentino-Alto Adige	100,0	15,6	42,2	0,5	36,1	3,5	2,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>100,0</i>	<i>2,8</i>	<i>35,8</i>	<i>0,9</i>	<i>56,0</i>	<i>1,4</i>	<i>3,1</i>
<i>Trento</i>	<i>100,0</i>	<i>31,7</i>	<i>50,3</i>	<i>0,1</i>	<i>11,2</i>	<i>6,0</i>	<i>0,7</i>
Veneto	100,0	14,3	25,2	2,8	53,9	1,1	2,7
Friuli-Venezia Giulia	100,0	16,4	20,8	0,1	57,7	2,0	3,0
Liguria	100,0	36,6	2,8	0,3	56,4	0,7	3,2
Emilia-Romagna	100,0	25,2	11,3	0,4	56,1	3,7	3,2
Toscana	100,0	20,5	9,5	0,1	62,9	1,9	5,0
Umbria	100,0	31,3	2,2	0,0	63,7	2,8	0,0
Marche	100,0	26,6	12,1	1,2	57,0	0,7	2,3
Lazio	100,0	28,2	17,9	1,8	18,5	10,2	23,4
Abruzzo	100,0	66,9	0,7	0,1	32,1	0,1	0,1
Molise	100,0	58,1	4,2	-	37,1	-	0,5
Campania	100,0	53,5	1,7	0,2	41,1	3,2	0,3
Puglia	100,0	60,4	2,4	-	32,2	4,8	0,3
Basilicata	100,0	60,8	0,7	-	19,6	12,7	6,2
Calabria	100,0	27,7	3,4	0,1	66,6	-	2,2
Sicilia	100,0	28,9	31,0	0,4	31,8	3,4	4,3
Sardegna	100,0	25,2	22,3	0,2	49,7	0,3	2,4
Nord-Ovest	100,0	28,6	16,4	0,3	51,7	1,8	1,2
Nord-Est	100,0	18,2	23,3	1,3	52,0	2,5	2,8
Centro	100,0	25,0	13,4	1,0	41,9	5,6	13,1
Sud	100,0	56,5	1,9	0,1	37,2	3,7	0,6
Isole	100,0	27,7	28,3	0,4	37,5	2,4	3,7
ITALIA	100,0	26,3	18,0	0,7	47,8	2,9	4,2

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa pro-capite per strutture residenziali per area di utenza, regione e ripartizione geografica - Anno 2003 (valori medi pro-capite)(1)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA						
	Totale	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati	Disagio adulti
Piemonte	26,7	19,4	837,6	0,0	47,5	6,7	0,5
Valle d'Aosta	93,7	20,3	-	-	412,8	-	9,1
Lombardia	22,4	18,2	207,9	0,1	67,4	12,1	0,2
Trentino-Alto Adige	60,4	23,2	2.887,2	0,4	127,1	51,0	2,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>68,5</i>	<i>4,6</i>	<i>3.091,8</i>	<i>0,8</i>	<i>239,9</i>	<i>25,1</i>	<i>3,3</i>
<i>Trento</i>	<i>52,7</i>	<i>42,2</i>	<i>2.726,2</i>	<i>0,0</i>	<i>32,1</i>	<i>72,6</i>	<i>0,6</i>
Veneto	24,9	9,4	636,8	0,8	72,2	5,8	1,0
Friuli-Venezia Giulia	41,8	20,5	1.268,7	0,1	110,6	21,2	1,9
Liguria	21,4	24,6	75,2	0,1	46,1	4,9	1,1
Emilia-Romagna	24,2	18,0	273,2	0,1	60,0	19,6	1,2
Toscana	24,0	14,1	215,5	0,0	66,0	10,9	1,9
Umbria	8,6	7,6	27,3	0,0	23,7	5,3	0,0
Marche	13,3	9,6	139,4	0,2	34,2	2,4	0,5
Lazio	18,6	13,5	256,7	0,4	18,6	52,6	6,7
Abruzzo	5,2	8,3	3,0	0,0	8,0	0,3	0,0
Molise	1,6	2,2	6,1	-	2,7	-	0,0
Campania	4,9	5,2	5,7	0,0	13,8	16,7	0,0
Puglia	5,7	7,1	8,9	-	11,2	28,2	0,0
Basilicata	4,4	5,8	2,8	-	4,4	76,0	0,4
Calabria	1,4	0,8	2,9	0,0	5,4	-	0,1
Sicilia	12,0	7,2	248,4	0,1	22,0	36,2	0,8
Sardegna	16,9	9,9	252,8	0,0	50,7	5,6	0,6
Nord-Ovest	24,1	19,2	377,6	0,1	61,2	10,2	0,5
Nord-Est	29,6	14,9	728,6	0,4	75,7	16,3	1,3
Centro	18,8	12,7	218,1	0,2	38,0	27,1	3,9
Sud	4,6	5,3	5,9	0,0	10,3	15,5	0,0
Isole	13,2	7,8	249,5	0,1	28,9	30,5	0,8
ITALIA	18,1	11,8	272,4	0,2	45,3	17,2	1,2

(1) I valori medi pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ciascuna area di utenza.

La popolazione di riferimento per l'area "famiglia e minori" è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati dai dati del Censimento della popolazione 2001.

La popolazione di riferimento per l'area "disabili" è costituita dal numero di disabili che vivono in famiglia quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" e dal numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali quali risultano dalla "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali anno 2002".

La popolazione di riferimento per l'area "dipendenze" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 15 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "anziani" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 65 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "immigrati" è costituita dagli immigrati residenti - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "disagio adulti" è costituita dalla popolazione con età compresa tra i 18 e i 65 anni - anno 2003.

Incidenza utenti ospiti di strutture residenziali su popolazione di riferimento per area di utenza, regione e ripartizione geografica -

Anno 2003 (valori percentuali) (1)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA						
	<i>Totale</i>	<i>Famiglia e minori</i>	<i>Disabili</i>	<i>Dipendenze</i>	<i>Anziani</i>	<i>Immigrati</i>	<i>Disagio adulti</i>
Piemonte	0,3	0,1	6,3	0,0	0,8	0,6	0,0
Valle d'Aosta	0,6	0,5	-	-	2,2	-	0,1
Lombardia	0,3	0,1	2,9	0,0	1,0	0,4	0,0
Trentino-Alto Adige	0,8	0,1	10,0	0,0	3,0	1,5	0,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	1,1	0,1	10,8	0,0	4,5	2,8	0,3
<i>Trento</i>	0,5	0,2	9,4	0,0	1,8	0,4	0,0
Veneto	0,4	0,1	7,8	0,0	1,2	0,2	0,0
Friuli-Venezia Giulia	0,5	0,1	6,0	0,0	1,5	0,8	0,0
Liguria	0,3	0,3	0,9	0,0	0,7	0,2	0,0
Emilia-Romagna	0,5	0,2	4,1	0,1	1,1	0,6	0,0
Toscana	0,5	0,2	2,5	0,0	1,3	0,4	0,1
Umbria	0,2	0,1	0,6	0,0	0,6	1,1	0,0
Marche	0,3	0,1	1,4	0,0	0,9	0,1	0,0
Lazio	0,3	0,2	0,6	0,0	0,5	0,5	0,2
Abruzzo	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
Molise	0,1	0,0	0,1	-	0,3	-	0,0
Campania	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,3	0,0
Puglia	0,1	0,1	0,1	-	0,2	0,5	0,0
Basilicata	0,1	0,1	0,0	-	0,1	1,4	0,0
Calabria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	-	0,0
Sicilia	0,2	0,1	1,8	0,0	0,5	1,0	0,0
Sardegna	0,6	0,1	2,1	0,5	0,6	0,1	0,0
Nord-Ovest	0,3	0,2	3,7	0,0	0,9	0,4	0,0
Nord-Est	0,5	0,1	6,4	0,0	1,4	0,5	0,0
Centro	0,3	0,2	1,3	0,0	0,9	0,5	0,1
Sud	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,3	0,0
Isole	0,3	0,1	1,9	0,1	0,5	0,8	0,0
ITALIA	0,3	0,1	2,3	0,0	0,8	0,5	0,0

(1) I valori sono il rapporto tra gli utenti e la popolazione di riferimento per ciascuna area di utenza.

La popolazione di riferimento per l'area "famiglia e minori" è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati dai dati del Censimento della popolazione 2001.

La popolazione di riferimento per l'area "disabili" è costituita dal numero di disabili che vivono in famiglia quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" e dal numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali quali risultano dalla "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali anno 2002".

La popolazione di riferimento per l'area "dipendenze" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 15 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "anziani" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 65 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "immigrati" è costituita dagli immigrati residenti - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "disagio adulti" è costituita dalla popolazione con età compresa tra i 18 e i 65 anni - anno 2003.

5.3 Le strutture a ciclo diurno o semi-residenziale

Le strutture in questione, pur tra loro quanto mai differenziate, sono accomunate dall'essere luoghi di aggregazione che, a differenza di quelle residenziali, non prevedono il pernottamento. Vi rientrano i centri diurni, compresi quelli estivi, le ludoteche e i laboratori, i centri di aggregazione e i centri sociali. Complessivamente queste strutture hanno accolto poco meno di 1 milione e 847 mila utenti con una spesa di quasi 500 milioni di euro pari al 9,5% della spesa totale censita dall'indagine. Le regioni del Nord-est sono quelle col maggior numero di utenti – rispetto alla popolazione – a ciò essendo addebitabile la loro maggior spesa complessiva (sempre rapportata alla popolazione di riferimento); è tra quelle del Nord-ovest, invece, che si registra la spesa media per utente più elevata (404 euro contro 270 euro a livello nazionale). Le regioni del Centro fanno registrare la spesa media per utente più contenuta (221 euro), al Nord-est si spende in media 226 euro per ciascun utente, nelle Isole 262 euro e nelle regioni del Sud 329 euro.

In termini di tipologia di utenza, si registra una concentrazione della spesa soprattutto nell'area disabili (43,4%) e famiglia e minori (40,3%), mentre segue a distanza quella anziani (12,5%). Le regioni del Nord-ovest e del Nord-est spendono di più delle altre nell'area disabili (un po' di più della media la prima ripartizione, 46,2%; molto di più la seconda 55,3%), nel Nord-ovest questo accade a discapito dell'area anziani (9%), nel Nord-est invece a svantaggio di famiglia e minori (28,6%). Diversamente, per le regioni del Centro si registra una spesa più contenuta di quanto verificato a livello nazionale per l'area famiglia e minori (33,3%) e, al contrario, una spesa più consistente per quella anziani (17,4%). Per il Sud e le Isole, invece, si rileva una spesa molto più elevata di quanto verificato a livello nazionale per l'area famiglia e minori (rispettivamente 72,3% e 60,3%).

Così come per quelle residenziali (vedi sopra) le strutture unitariamente più costose sono quelle per disabili (5.594 euro è la spesa media per utente), ma in questo caso la differenza con le altre tipologie di utenza risulta ancora più marcata. Infatti, tale valore medio scende a 362 euro per l'area disagio adulti, a 357 per le dipendenze, a 207 euro per gli immigrati, a 165 euro per famiglia e minori e a 118 euro per gli anziani. A livello territoriale è interessante sottolineare alcune peculiarità: la spesa per utente nell'area disabili nelle regioni del Sud è molto più contenuta rispetto a quella nazionale (1.919 euro), però risulta molto rilevante quella per gli immigrati (1.024 euro) a causa dell'apporto della Puglia (1.927 euro) e dell'Abruzzo (1.337 euro). Anche la Sardegna fa registrare un'elevata spesa media per utente nell'area immigrati (1.668 euro). Altre situazioni particolari si riscontrano nel caso dell'area dipendenze dove si registra una spesa unitaria molto superiore alla media nazionale nel caso della Provincia di Bolzano (14.776 euro) e, in misura minore, della Toscana (3.067 euro), del Friuli-Venezia Giulia (12.731 euro) e della Sicilia (1.568 euro). Regolarità analoghe emergono dal rapporto tra spesa e popolazione di riferimento, anche se con altre particolarità che vale la pena evidenziare. Nell'area disabili, così come accade per le strutture residenziali, i territori che spendono di più sono le due province autonome (4.000 euro Bolzano e quasi 3.000 euro Trento) a cui bisogna aggiungere anche la Valle d'Aosta (circa 2.400 euro) e il

Friuli-Venezia Giulia (2.000 euro). Tranne tre eccezioni, le regioni del nord spendono molto di più della media nazionale nell'area famiglia e minori. Quelle del centro sono invece tutte in linea con la media e quelle del sud tranne la Sardegna hanno una spesa pro-capite molto più bassa della media. Nell'area anziani ci sono da segnalare le seguenti regioni in quanto sono le uniche a far registrare una spesa pro-capite di un certo rilievo: in primo luogo la Valle d'Aosta (quasi 52 euro), secondariamente la Provincia Autonoma di Trento (quasi 31 euro) e con un impegno minore ma comunque al di sopra della media (5,7 euro), Emilia-Romagna (13,7 euro) e Lazio (quasi 11 euro). Un'ultima notazione in merito all'area immigrati: la spesa sostenuta per i servizi sociali dedicati alla popolazione immigrata risulta molto contenuta in tutte le regioni tranne che in Sardegna (26 euro pro-capite), in Valle d'Aosta (quasi 21 euro) e, in misura minore, in Puglia (quasi 9 euro).

Utenti e spesa per strutture semi-residenziali (esclusa prima infanzia) per ripartizione geografica – Anno 2003

	<i>Spesa complessiva</i>	<i>Utenti di strutture semi-residenziali</i>	<i>Spesa per strutture semi-residenziali</i>	<i>Spesa media per utente per strutture semi-residenziali</i>	<i>Incidenza spesa strutture semi-residenziali su spesa complessiva</i>
Nord-Ovest	1.574.465.501	380.280	153.648.957	404	9,8
Nord-Est	1.539.960.634	682.345	153.946.018	226	10,0
Centro	1.127.320.859	492.132	103.693.295	211	9,2
Sud	541.329.756	174.466	57.346.391	329	10,6
Isole	477.541.016	117.600	30.860.221	262	6,5
ITALIA	5.260.617.766	1.846.823	499.494.882	270	9,5

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa media per utente per strutture semi-residenziali (esclusa prima infanzia) per area di utenza, regione e ripartizione geografica - Anno 2003

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA						
	<i>Totale</i>	<i>Famiglia e minori</i>	<i>Disabili</i>	<i>Dipendenze</i>	<i>Anziani</i>	<i>Immigrati</i>	<i>Disagio adulti</i>
Piemonte	339	243	6.758	4.936	48	398	456
Valle d'Aosta	294	98	19.749	-	624	379	394
Lombardia	461	243	8.117	640	157	581	885
Trentino-Alto Adige	3.008	1.105	12.550	14.776	717	-	638
<i>Bolzano-Bozen</i>	11.762	2.611	18.191	14.776	3.261	-	-
<i>Trento</i>	1.899	999	9.450	-	590	-	638
Veneto	192	68	3.821	256	49	47	5.810
Friuli-Venezia Giulia	296	106	14.291	2.731	353	8	4.927
Liguria	362	368	1.002	439	230	259	329
Emilia-Romagna	128	67	4.211	69	227	340	60
Toscana	360	164	5.950	3.067	213	62	191
Umbria	121	133	2.110	85	24	224	-
Marche	115	47	4.243	213	23	184	2.957
Lazio	209	240	6.438	662	72	719	1.151
Abruzzo	158	144	2.911	238	91	1.337	2.322
Molise	131	254	740	-	61	-	25
Campania	440	522	1.403	494	120	555	1.182
Puglia	453	510	2.504	627	191	1.927	292
Basilicata	334	166	4.390	407	121	-	524
Calabria	167	161	1.627	396	99	67	107
Sicilia	278	350	1.828	1.568	87	56	41
Sardegna	244	205	3.435	83	165	1.668	125
Nord-Ovest	404	241	7.180	637	138	498	658
Nord-Est	226	85	6.307	336	166	92	140
Centro	211	134	5.281	383	83	284	998
Sud	329	375	1.919	352	123	1.024	273
Isole	262	265	2.371	279	98	227	85
ITALIA	270	165	5.594	357	118	207	362

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa per strutture semi-residenziali (esclusa prima infanzia) per area di utenza, regione e ripartizione geografica - Anno 2003 (valori percentuali)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA						
	<i>Totale</i>	<i>Famiglia e minori</i>	<i>Disabili</i>	<i>Dipendenze</i>	<i>Anziani</i>	<i>Immigrati</i>	<i>Disagio adulti</i>
Piemonte	100,0	54,5	39,6	0,0	2,8	0,4	2,6
Valle d'Aosta	100,0	27,4	38,2	-	32,1	1,8	0,4
Lombardia	100,0	33,0	51,6	1,5	10,8	0,6	2,5
Trentino-Alto Adige	100,0	16,0	72,3	2,5	8,7	0,1	0,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>100,0</i>	<i>5,7</i>	<i>84,4</i>	<i>5,6</i>	<i>4,3</i>	-	-
<i>Trento</i>	<i>100,0</i>	<i>24,0</i>	<i>62,7</i>	-	<i>12,1</i>	<i>0,3</i>	<i>0,9</i>
Veneto	100,0	22,5	66,4	1,3	7,3	0,9	1,8
Friuli-Venezia Giulia	100,0	32,5	61,2	0,2	5,9	0,1	0,0
Liguria	100,0	60,9	17,1	0,5	20,8	0,2	0,4
Emilia-Romagna	100,0	42,1	28,5	0,5	26,3	1,4	1,3
Toscana	100,0	29,9	52,2	0,4	16,9	0,3	0,2
Umbria	100,0	45,5	40,8	2,4	10,4	0,9	-
Marche	100,0	34,0	60,5	1,0	3,2	0,1	1,2
Lazio	100,0	34,7	34,6	1,9	23,1	1,8	3,9
Abruzzo	100,0	50,8	19,4	3,2	23,4	2,0	1,2
Molise	100,0	21,7	40,3	-	37,9	-	0,1
Campania	100,0	84,2	7,2	0,5	7,0	0,7	0,3
Puglia	100,0	61,1	18,1	0,7	16,8	2,3	1,0
Basilicata	100,0	32,1	52,7	4,3	9,8	-	1,1
Calabria	100,0	72,5	12,9	0,7	11,7	0,0	2,2
Sicilia	100,0	57,9	18,1	8,9	14,4	0,6	0,2
Sardegna	100,0	63,4	23,3	4,2	5,8	2,6	0,7
Nord-Ovest	100,0	40,8	46,2	0,9	9,0	0,6	2,4
Nord-Est	100,0	28,6	55,3	1,1	13,3	0,7	1,0
Centro	100,0	33,3	45,2	1,2	17,4	1,0	1,9
Sud	100,0	72,3	12,8	0,9	12,1	1,2	0,7
Isole	100,0	60,3	20,3	6,9	10,7	1,4	0,4
ITALIA	100,0	40,3	43,4	1,4	12,5	0,8	1,6

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa pro-capite per strutture semi-residenziali (esclusa prima infanzia) per area di utenza, regione e ripartizione geografica - Anno 2003 (valori medi pro-capite) (1)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA						
	Totale	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati	Disagio adulti
Piemonte	11,8	18,5	438,5	0,0	1,5	1,4	0,5
Valle d'Aosta	31,5	24,0	2.422,8	-	51,9	20,6	0,2
Lombardia	10,3	9,1	489,8	0,2	5,9	1,3	0,4
Trentino-Alto Adige	41,9	16,4	3.425,5	1,2	21,2	1,5	0,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	37,5	5,1	4.000,5	2,6	10,0	0,0	-
<i>Trento</i>	46,1	27,9	2.973,2	-	30,6	2,8	0,6
Veneto	8,5	5,0	572,1	0,1	3,3	1,6	0,2
Friuli-Venezia Giulia	22,7	22,0	2.029,6	0,1	6,2	0,4	0,0
Liguria	3,2	6,1	68,7	0,0	2,5	0,2	0,0
Emilia-Romagna	11,8	14,7	334,3	0,1	13,7	3,5	0,2
Toscana	11,1	9,5	544,0	0,1	8,2	0,9	0,0
Umbria	5,7	7,3	328,1	0,2	2,5	1,2	-
Marche	9,8	9,1	514,2	0,1	1,4	0,3	0,2
Lazio	8,7	7,8	232,7	0,2	10,9	4,5	0,5
Abruzzo	5,0	6,0	83,8	0,2	5,6	4,5	0,1
Molise	1,8	0,9	65,7	-	3,2	0,0	0,0
Campania	5,3	8,7	26,1	0,0	2,5	3,8	0,0
Puglia	3,7	4,7	44,4	0,0	3,8	8,9	0,1
Basilicata	1,2	0,9	61,1	0,1	0,6	0,0	0,0
Calabria	2,1	3,2	16,2	0,0	1,4	0,1	0,1
Sicilia	3,5	4,2	42,7	0,4	2,9	1,7	0,0
Sardegna	8,0	11,8	125,6	0,4	2,8	26,3	0,1
Nord-Ovest	10,2	11,5	449,0	0,1	4,5	1,4	0,4
Nord-Est	14,2	11,3	829,1	0,2	9,3	2,2	0,2
Centro	9,4	8,4	366,6	0,1	7,8	2,4	0,3
Sud	4,1	6,1	36,0	0,0	3,0	4,5	0,0
Isole	4,7	6,0	63,1	0,4	2,9	6,3	0,0
ITALIA	8,7	8,6	313,1	0,1	5,7	2,3	0,2

(1) I valori medi pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ciascuna area di utenza.

La popolazione di riferimento per l'area "famiglia e minori" è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati dai dati del Censimento della popolazione 2001.

La popolazione di riferimento per l'area "disabili" è costituita dal numero di disabili che vivono in famiglia quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" e dal numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali quali risultano dalla "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali anno 2002".

La popolazione di riferimento per l'area "dipendenze" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 15 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "anziani" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 65 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "immigrati" è costituita dagli immigrati residenti - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "disagio adulti" è costituita dalla popolazione con età compresa tra i 18 e i 65 anni - anno 2003.

Incidenza utenti di strutture semi-residenziali (esclusa prima infanzia) su popolazione di riferimento per area di utenza, regione e ripartizione geografica - Anno 2003 (valori percentuali) (1)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA						
	<i>Totale</i>	<i>Famiglia e minori</i>	<i>Disabili</i>	<i>Dipendenze</i>	<i>Anziani</i>	<i>Immigrati</i>	<i>Disagio adulti</i>
Piemonte	3,5	7,6	6,5	0,0	3,2	0,3	0,1
Valle d'Aosta	10,7	24,5	12,3	0,0	8,3	5,4	0,1
Lombardia	2,2	3,8	6,0	0,0	3,8	0,2	0,0
Trentino-Alto Adige	1,4	1,5	27,3	0,0	3,0	0,0	0,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>	<i>22,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,3</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
<i>Trento</i>	<i>2,4</i>	<i>2,8</i>	<i>31,5</i>	<i>0,0</i>	<i>5,2</i>	<i>0,0</i>	<i>0,1</i>
Veneto	4,4	7,4	15,0	0,0	6,8	3,5	0,0
Friuli-Venezia Giulia	7,7	20,8	14,2	0,0	1,8	5,3	0,0
Liguria	0,9	1,7	6,9	0,0	1,1	0,1	0,0
Emilia-Romagna	9,2	21,9	7,9	0,1	6,0	1,0	0,4
Toscana	3,1	5,8	9,1	0,0	3,8	1,5	0,0
Umbria	4,7	5,5	15,6	0,2	10,7	0,5	0,0
Marche	8,5	19,1	12,1	0,1	6,0	0,2	0,0
Lazio	4,2	3,2	3,6	0,0	15,1	0,6	0,0
Abruzzo	3,1	4,2	2,9	0,1	6,1	0,3	0,0
Molise	1,4	0,4	8,9	0,0	5,2	0,0	0,0
Campania	1,2	1,7	1,9	0,0	2,1	0,7	0,0
Puglia	0,8	0,9	1,8	0,0	2,0	0,5	0,0
Basilicata	0,4	0,5	1,4	0,0	0,5	0,0	0,0
Calabria	1,3	2,0	1,0	0,0	1,4	0,1	0,1
Sicilia	1,3	1,2	2,3	0,0	3,4	3,0	0,0
Sardegna	3,3	5,8	3,7	0,5	1,7	1,6	0,1
Nord-Ovest	2,5	4,8	6,3	0,0	3,3	0,3	0,1
Nord-Est	6,3	13,3	13,1	0,1	5,6	2,4	0,2
Centro	4,5	6,3	6,9	0,0	9,4	0,8	0,0
Sud	1,2	1,6	1,9	0,0	2,4	0,4	0,0
Isole	1,8	2,2	2,7	0,1	3,0	2,8	0,0
ITALIA	3,2	5,2	5,6	0,0	4,8	1,1	0,1

(1) I valori sono il rapporto tra gli utenti e la popolazione di riferimento per ciascuna area di utenza.

La popolazione di riferimento per l'area "famiglia e minori" è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati dai dati del Censimento della popolazione 2001.

La popolazione di riferimento per l'area "disabili" è costituita dal numero di disabili che vivono in famiglia quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" e dal numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali quali risultano dalla "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali anno 2002".

La popolazione di riferimento per l'area "dipendenze" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 15 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "anziani" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 65 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "immigrati" è costituita dagli immigrati residenti - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "disagio adulti" è costituita dalla popolazione con età compresa tra i 18 e i 65 anni - anno 2003.

5.4 L'assistenza domiciliare

L'indagine individua quasi 250.000 utenti di tale servizio, con una spesa complessiva di quasi 450 milioni di euro, l'8,5% della spesa totale censita nell'indagine.

Si spende di più per questo servizio – in termini percentuali, di importi complessivi però differenti (cfr. supra) - nel Centro e nel Sud (intorno al 10-11%) e ancor più nelle Isole (quasi 15%), laddove nel Nord questo servizio incide solo per il 6,5% della spesa totale.

L'area di utenza che assorbe la maggiore spesa è quella degli anziani (69%), seguita dai disabili (20,5%), e, in misura minore, dalle famiglie con minori (7%) e dal disagio adulti (3,1%).

In questo quadro generale vi sono però delle peculiarità di singole regioni: nel Lazio quasi il 53% della spesa per questo servizio viene assorbita dall'area disabili e quella anziani raccoglie la metà di quanto avviene a livello nazionale (circa 34%); in Umbria l'area anziani e quella disabili assorbono analoghe quote di spesa (42% la prima, 41% l'altra), facendo registrare un maggiore peso di quella famiglia e minori (16%); la provincia autonoma di Trento si caratterizza non solo per una più alta concentrazione della spesa nell'area anziani (81,3%), ma anche per una apprezzabile quota di spesa relativa all'area disagio adulti (17,6%); ci sono poi la Valle d'Aosta e la provincia autonoma di Bolzano che concentrano la spesa per assistenza domiciliare quasi esclusivamente nell'area anziani (rispettivamente 99,3% e 98,4%).

Le regioni del Centro fanno registrare non solo la spesa più alta per questo servizio (più di 113 milioni), ma anche il rapporto maggiore tra spesa e utenti, infatti spendono in media 2.456 euro per utente contro una media complessiva pari a 1.809 euro per utente. Nelle regioni del Nord-est si spende in media 2.051 euro per utente, nel Nord-ovest 1.658 euro, nelle Isole 1.572 euro e nelle regioni del Sud 1.323 euro. Si deve aggiungere che rispetto alla spesa calcolata in rapporto alla popolazione target nell'area disabili si registra una spesa molto superiore a quella delle altre regioni nel Lazio (556 euro) e in Umbria (444 euro). Nell'area anziani invece le regioni che spendono molto di più della media nazionale (come del resto è stato già sottolineato prima sia per le strutture residenziali che per quelle semi-residenziali) sono la Valle d'Aosta (185,6 euro pro-capite) e le due province autonome (Bolzano 146,6 euro; Trento 143,5 euro).

Utenti e spesa per assistenza domiciliare per ripartizione geografica – Anno 2003

	<i>Spesa complessiva</i>	<i>Utenti per assistenza domiciliare</i>	<i>Spesa per assistenza domiciliare</i>	<i>Spesa media per utente per assistenza domiciliare</i>	<i>Incidenza spesa assistenza domiciliare su spesa complessiva</i>
Nord-Ovest	1.574.465.501	64.005	106.144.160	1.658	6,7
Nord-Est	1.539.960.634	48.891	100.260.677	2.051	6,5
Centro	1.127.320.859	46.153	113.349.508	2.456	10,1
Sud	541.329.756	44.357	58.692.356	1.323	10,8
Isole	477.541.016	44.274	69.616.271	1.572	14,6
ITALIA	5.260.617.766	247.680	448.062.972	1.809	8,5

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa media per utente per assistenza domiciliare per area di utenza, regione e ripartizione geografica - Anno 2003

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA						
	<i>Totale</i>	<i>Famiglia e minori</i>	<i>Disabili</i>	<i>Dipendenze</i>	<i>Anziani</i>	<i>Immigrati</i>	<i>Disagio adulti</i>
Piemonte	1.533	1.459	1.452	1.305	1.571	1.251	1.397
Valle d'Aosta	4.735	-	2.681	-	4.762	-	-
Lombardia	1.546	2.690	1.579	1.350	1.420	967	2.265
Trentino-Alto Adige	3.966	1.513	600	800	4.084	-	4.508
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>3.475</i>	<i>500</i>	<i>600</i>	<i>800</i>	<i>3.771</i>	-	-
<i>Trento</i>	<i>4.407</i>	<i>3.669</i>	-	-	<i>4.398</i>	-	<i>4.508</i>
Veneto	1.342	1.057	1.665	4.516	1.308	916	1.120
Friuli-Venezia Giulia	1.797	1.639	3.657	1.036	1.732	1.865	2.317
Liguria	2.273	1.406	4.176	1.535	2.172	1.320	2.143
Emilia-Romagna	2.167	1.425	2.806	3.822	2.138	617	1.812
Toscana	1.289	2.476	2.690	1.385	967	593	1.193
Umbria	3.149	2.427	5.697	2.662	2.453	504	1.696
Marche	2.034	1.631	2.699	-	1.874	2.019	1.874
Lazio	3.866	3.495	7.426	1.430	2.288	938	3.752
Abruzzo	1.193	948	2.836	1.648	978	4.229	2.353
Molise	1.353	899	2.161	-	1.271	-	-
Campania	1.446	1.853	2.240	921	1.185	667	912
Puglia	1.362	1.954	3.939	300	1.081	-	346
Basilicata	1.830	770	2.732	-	1.819	-	4.272
Calabria	754	557	1.315	1.667	653	250	829
Sicilia	1.262	977	4.250	-	1.127	-	907
Sardegna	2.409	2.848	3.761	1.059	2.234	1.471	2.765
Nord-Ovest	1.658	2.203	1.751	1.334	1.595	1.225	1.535
Nord-Est	2.051	1.256	2.020	3.370	2.063	1.007	2.236
Centro	2.456	2.808	5.676	1.447	1.543	1.028	3.236
Sud	1.323	1.441	2.344	939	1.108	2.751	1.690
Isole	1.572	1.566	4.024	1.059	1.411	1.471	1.376
ITALIA	1.809	2.071	3.356	2.141	1.564	1.153	2.160

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa per assistenza domiciliare per area di utenza, regione e ripartizione geografica - Anno 2003 (valori percentuali)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA						
	<i>Totale</i>	<i>Famiglia e minori</i>	<i>Disabili</i>	<i>Dipendenze</i>	<i>Anziani</i>	<i>Immigrati</i>	<i>Disagio adulti</i>
Piemonte	100,0	8,2	9,5	0,5	74,4	0,6	6,8
Valle d'Aosta	100,0	-	0,7	-	99,3	-	-
Lombardia	100,0	14,3	11,2	0,2	73,7	0,0	0,7
Trentino-Alto Adige	100,0	0,8	0,3	0,1	88,4	-	10,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>100,0</i>	<i>0,4</i>	<i>0,8</i>	<i>0,4</i>	<i>98,4</i>	-	-
<i>Trento</i>	<i>100,0</i>	<i>1,1</i>	-	-	<i>81,3</i>	-	<i>17,6</i>
Veneto	100,0	3,5	13,0	2,3	75,4	0,4	5,4
Friuli-Venezia Giulia	100,0	3,0	3,0	0,1	84,9	0,2	8,8
Liguria	100,0	5,3	15,4	0,1	77,7	0,1	1,4
Emilia-Romagna	100,0	0,7	7,2	0,5	90,2	0,0	1,3
Toscana	100,0	19,2	20,5	0,2	59,3	0,1	0,8
Umbria	100,0	16,0	40,9	0,1	42,3	0,2	0,4
Marche	100,0	1,7	26,2	-	69,0	0,9	2,2
Lazio	100,0	7,1	52,9	0,2	34,4	0,1	5,3
Abruzzo	100,0	4,0	26,8	0,0	68,2	0,5	0,4
Molise	100,0	0,9	15,6	-	83,5	-	-
Campania	100,0	9,2	31,4	0,1	59,1	0,0	0,2
Puglia	100,0	16,0	18,9	0,0	65,0	-	0,1
Basilicata	100,0	6,3	11,9	-	72,6	-	9,2
Calabria	100,0	10,3	28,7	0,1	57,7	0,0	3,0
Sicilia	100,0	1,2	15,1	-	82,8	-	0,9
Sardegna	100,0	2,2	16,3	0,1	80,0	0,0	1,4
Nord-Ovest	100,0	11,0	10,9	0,2	75,5	0,2	2,3
Nord-Est	100,0	1,7	6,2	0,8	85,4	0,1	5,8
Centro	100,0	10,2	42,2	0,2	43,5	0,2	3,7
Sud	100,0	8,8	26,3	0,0	63,9	0,1	0,9
Isole	100,0	1,6	15,6	0,0	81,6	0,0	1,1
ITALIA	100,0	7,0	20,5	0,3	69,0	0,1	3,1

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa pro-capite per assistenza domiciliare per area di utenza, regione e ripartizione geografica - Anno 2003 (valori medi pro-capite) (1)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA						
	<i>Totale</i>	<i>Famiglia e minori</i>	<i>Disabili</i>	<i>Dipendenze</i>	<i>Anziani</i>	<i>Immigrati</i>	<i>Disagio adulti</i>
Piemonte	6,4	1,5	57,0	0,0	22,0	1,1	0,7
Valle d'Aosta	36,4	-	53,3	-	185,6	-	-
Lombardia	6,6	2,5	67,7	0,0	25,9	0,0	0,1
Trentino-Alto Adige	28,2	0,6	10,7	0,1	145,0	-	4,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	23,8	0,3	24,2	0,1	146,6	-	-
<i>Trento</i>	32,3	0,9	-	-	143,5	-	8,9
Veneto	5,3	0,5	70,4	0,1	21,6	0,4	0,4
Friuli-Venezia Giulia	11,3	1,0	50,1	0,0	44,2	0,5	1,6
Liguria	8,9	1,5	171,5	0,0	26,3	0,2	0,2
Emilia-Romagna	8,7	0,2	62,8	0,1	34,6	0,0	0,2
Toscana	7,9	4,4	152,9	0,0	20,6	0,1	0,1
Umbria	7,7	3,5	444,0	0,0	14,0	0,4	0,1
Marche	5,6	0,3	126,8	-	17,4	1,2	0,2
Lazio	13,6	2,5	555,9	0,0	25,3	0,5	1,1
Abruzzo	7,6	0,7	175,7	0,0	24,7	1,6	0,1
Molise	11,8	0,3	167,4	-	45,9	-	-
Campania	5,0	0,9	106,6	0,0	19,9	0,0	0,0
Puglia	2,4	0,8	30,3	0,0	9,6	-	0,0
Basilicata	5,7	0,8	64,0	-	21,6	-	0,8
Calabria	1,8	0,4	30,3	0,0	5,8	0,0	0,1
Sicilia	8,2	0,2	82,4	-	39,0	-	0,1
Sardegna	17,6	0,9	192,5	0,0	84,9	0,3	0,4
Nord-Ovest	7,0	2,1	72,8	0,0	26,0	0,3	0,3
Nord-Est	9,3	0,4	60,8	0,1	38,9	0,2	0,8
Centro	10,3	2,8	374,3	0,0	21,5	0,5	0,6
Sud	4,2	0,8	75,7	0,0	16,2	0,3	0,1
Isole	10,5	0,4	109,5	0,0	50,0	0,1	0,2
ITALIA	7,8	1,3	132,9	0,0	28,1	0,3	0,4

(1) I valori medi pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ciascuna area di utenza.

La popolazione di riferimento per l'area "famiglia e minori" è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati dai dati del Censimento della popolazione 2001.

La popolazione di riferimento per l'area "disabili" è costituita dal numero di disabili che vivono in famiglia quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" e dal numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali quali risultano dalla "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali anno 2002".

La popolazione di riferimento per l'area "dipendenze" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 15 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "anziani" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 65 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "immigrati" è costituita dagli immigrati residenti - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "disagio adulti" è costituita dalla popolazione con età compresa tra i 18 e i 65 anni - anno 2003.

Incidenza utenti che hanno usufruito dell'assistenza domiciliare su popolazione di riferimento per area di utenza, regione e ripartizione geografica - Anno 2003 (valori percentuali)⁽¹⁾

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	AREA DI UTENZA						
	Totale	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati	Disagio adulti
Piemonte	0,4	0,1	3,9	0,0	1,4	0,1	0,0
Valle d'Aosta	0,8	-	2,0	-	3,9	-	-
Lombardia	0,4	0,1	4,3	0,0	1,8	0,0	0,0
Trentino-Alto Adige	0,7	0,0	1,8	0,0	3,5	-	0,1
Bolzano-Bozen	0,7	0,1	4,0	0,0	3,9	-	-
Trento	0,7	0,0	-	-	3,3	-	0,2
Veneto	0,4	0,0	4,2	0,0	1,7	0,0	0,0
Friuli-Venezia Giulia	0,6	0,1	1,4	0,0	2,6	0,0	0,1
Liguria	0,4	0,1	4,1	0,0	1,2	0,0	0,0
Emilia-Romagna	0,4	0,0	2,2	0,0	1,6	0,0	0,0
Toscana	0,6	0,2	5,7	0,0	2,1	0,0	0,0
Umbria	0,2	0,1	7,8	0,0	0,6	0,1	0,0
Marche	0,3	0,0	4,7	-	0,9	0,1	0,0
Lazio	0,4	0,1	7,5	0,0	1,1	0,1	0,0
Abruzzo	0,6	0,1	6,2	0,0	2,5	0,0	0,0
Molise	0,9	0,0	7,7	-	3,6	-	-
Campania	0,3	0,0	4,8	0,0	1,7	0,0	0,0
Puglia	0,2	0,0	0,8	0,0	0,9	-	0,0
Basilicata	0,3	0,1	2,3	-	1,2	-	0,0
Calabria	0,2	0,1	2,3	0,0	0,9	0,0	0,0
Sicilia	0,6	0,0	1,9	-	3,5	-	0,0
Sardegna	0,7	0,0	5,1	0,0	3,8	0,0	0,0
Nord-Ovest	0,4	0,1	4,2	0,0	1,6	0,0	0,0
Nord-Est	0,5	0,0	3,0	0,0	1,9	0,0	0,0
Centro	0,4	0,1	6,6	0,0	1,4	0,0	0,0
Sud	0,3	0,1	3,2	0,0	1,5	0,0	0,0
Isole	0,7	0,0	2,7	0,0	3,5	0,0	0,0
ITALIA	0,4	0,1	4,0	0,0	1,8	0,0	0,0

⁽¹⁾ I valori sono il rapporto tra gli utenti e la popolazione di riferimento per ciascuna area di utenza.

La popolazione di riferimento per l'area "famiglia e minori" è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati dai dati del Censimento della popolazione 2001.

La popolazione di riferimento per l'area "disabili" è costituita dal numero di disabili che vivono in famiglia quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" e dal numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali quali risultano dalla "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali anno 2002".

La popolazione di riferimento per l'area "dipendenze" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 15 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "anziani" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 65 anni - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "immigrati" è costituita dagli immigrati residenti - anno 2003.

La popolazione di riferimento per l'area "disagio adulti" è costituita dalla popolazione con età compresa tra i 18 e i 65 anni - anno 2003.

5.5 I contributi economici a sostegno della povertà

Diversi sono i trasferimenti in denaro che i comuni erogano ai cittadini sia sotto forma di rette per l'acquisto di alcuni servizi che di veri e propri contributi economici. Qui ci si soffermerà sui trasferimenti più propriamente destinati al contrasto delle situazioni di povertà, un'area su cui, come noto, particolarmente carente è il quadro degli interventi nel nostro paese. Data anche la modesta dimensione degli interventi in questione, si considereranno peraltro non solo i contributi economici esplicitamente pensati a integrazione del reddito familiare, ma anche quelli finalizzati al sostegno delle spese per l'alloggio ed a favorire l'inserimento lavorativo. Complessivamente, la spesa censita dall'indagine per questi tre strumenti è di 431 milioni di euro (si tratta dell'8,2% della spesa totale), con quasi 494mila individui (o famiglie) che ne hanno beneficiato²². Quasi due terzi della spesa sono finalizzati all'integrazione del reddito familiare (64,9%); il sostegno ai contributi per l'alloggio pesa per il 30,7%, mentre le spese finalizzate all'inserimento lavorativo sono solo il 4,5% del totale. Vi sono però differenze rilevanti tra regioni: le spese per l'alloggio sono infatti ben più importanti nel Sud (addirittura in Basilicata arrivano ad assorbire i tre quarti di questi trasferimenti) e in Toscana (55%); il sostegno all'inserimento lavorativo, pur se sempre minoritario, arriva a spiegare tra il 10 e il 15% del totale di questi trasferimenti in Marche, Sicilia, Emilia-Romagna, Liguria e Sardegna. Viceversa, Valle d'Aosta (99,5%), Trento (98,2%), Bolzano (95,8%) e, in minor misura, Lazio (85,4%) spendono quasi esclusivamente per l'integrazione del reddito familiare.

Tali trasferimenti per più di un terzo afferiscono all'area famiglia e minori, per il 29% a quella disagio adulti, per il 21,5% a quella disabili e per il 10% a quella anziani. Le restanti aree assorbono quote di spesa molto più contenute (3,4% immigrati e 0,9% dipendenze). Le regioni del Sud si caratterizzano per una spesa che si aggira intorno ai due terzi nell'area famiglia e minori, la Provincia autonoma di Bolzano concentra i tre quarti della spesa per questi trasferimenti nell'area disabili²³. La Valle d'Aosta spende quasi esclusivamente nell'area disagio adulti (90,9%) e marginalmente in famiglia e minori (8,5%). Nell'area disagio adulti spendono molto di più di quanto avviene a livello complessivo anche il Friuli-Venezia Giulia (58,1%), la Provincia autonoma di Trento (52,7%) e la Toscana (49,3%). Infine si evidenzia che sia la Liguria che il Veneto spendono molto di più di quanto avviene a livello complessivo per questi trasferimenti erogati ad anziani (rispettivamente 40,2% e 25,2%).

Considerando globalmente tali contributi a sostegno delle situazioni di disagio e rapportandone la spesa sostenuta dai comuni in ciascuna regione all'utenza relativa e alla popolazione residente, si evidenzia come il territorio che spende di più sia la provincia autonoma di Bolzano

²² E' necessario precisare che le somme in questione non inglobano quanto speso dai comuni che nel 2003 avevano ancora in corso la sperimentazione del Reddito Minimo d'Inserimento.

²³ Si ricorda che il risultato di Bolzano, come già specificato precedentemente, è molto influenzato dal fatto che sono state inserite le pensioni di invalidità. In particolare i 10.568 alto atesini che hanno diritto alla pensione di invalidità per una spesa complessiva di 62.340.000 euro sono stati conteggiati nell'area disabili alla voce "Contributi economici ad integrazione del reddito familiare".

con quasi 3.500 euro per ciascun utente e 175 euro pro-capite²⁴. Nelle altre regioni del Nord tranne poche eccezioni la spesa per utente si attesta intorno ai 1.000 euro, nelle regioni del centro, esclusa la Toscana che è più vicina a quelle del nord, si rileva una spesa per utente tra 600 e 800 euro; al sud la situazione è più articolata: a fronte di alcune regioni che fanno registrare valori in linea con quanto rilevato al nord e al centro (Calabria 980 euro; Basilicata 946 euro; Sardegna 861 euro; Molise 673 euro), le altre spendono tra 400 e 500 euro per utente. Nel totale nazionale, i beneficiari sono meno dell'1% della popolazione; anche rapportandoli al numero di famiglie – una misura delle famiglie interessate dai contributi della specie e che non ne beneficino di altri – si ottiene un valore pari al 2,2%, ben lontano dall'incidenza delle famiglie stimate essere dall'ISTAT in condizione di povertà relativa²⁵. Tra regioni, si evidenzia come quelle del sud si trovino ad avere tassi di povertà più elevati nonché una minore incidenza dei beneficiari di contributi economici, laddove invece le regioni del nord e del centro hanno livelli di povertà ben più modesti ed una maggiore presenza di beneficiari (fanno eccezione, l'Abruzzo e la Sardegna che risultano un po' più vicine al gruppo delle regioni del centro e del nord). Comunque, i soli casi di diffusione significativa dei contributi sono l'Emilia-Romagna e ancora di più la provincia autonoma di Bolzano. Quest'ultima in particolare risulta avere l'incidenza più elevata di beneficiari rispetto alla popolazione residente anche ove si escludano le pensioni di invalidità (si passa così dal 5,1% al 2,8%), anche se a fronte di un tasso di povertà relativamente elevato (rispetto al resto del Centro-Nord). Nel caso dell'Emilia-Romagna, l'elevata diffusione dei beneficiari (l'1,7% della popolazione) si confronta invece con un tasso di povertà tra i più bassi d'Italia (4,7%).

²⁴ Anche nel caso si depurasse il dato dalle pensioni di invalidità la Provincia autonoma di Bolzano mantiene il suo primato pur se ovviamente la distanza con le altre regioni si riduce notevolmente.

²⁵ In base alle definizioni ISTAT "la stima dell'incidenza della povertà relativa viene effettuata sulla base di una soglia convenzionale che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita "povera" in termini relativi. La soglia convenzionale di povertà relativa per una famiglia di due componenti, che è rappresentata dalla spesa media mensile pro capite, risulta, nel 2004, di 919,98 euro... Le famiglie di due persone che sostengono una spesa mensile pari o inferiore a tale soglia sono classificate come povere; per famiglie di diversa ampiezza il valore della linea di povertà si ottiene applicando una opportuna scala di equivalenza che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti (tratto da ISTAT, *La povertà relativa in Italia nel 2004*, Statistiche in breve, ottobre 2005).

Spesa e utenti per contributi economici (*) per ripartizione geografica – Anno 2003

	<i>Spesa complessiva</i>	<i>Spesa per contributi economici</i>	<i>Utenti per contributi economici</i>	<i>Spesa media per utente per contributi economici</i>	<i>Incidenza spesa contributi economici su spesa complessiva</i>
Nord-Ovest	1.574.465.501	100.282.030	94.284	1.064	6,4
Nord-Est	1.539.960.634	151.052.477	147.316	1.025	9,8
Centro	1.127.320.859	90.247.808	102.680	879	8,0
Sud	541.329.756	55.956.886	96.896	577	10,3
Isole	477.541.016	33.153.975	52.508	631	6,9
ITALIA	5.260.617.766	430.693.176	493.684	872	8,2

(*) *La voce contributi economici include i seguenti tipi di contributo: per alloggio, per l'inserimento lavorativo e a integrazione del reddito familiare*

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa per contributi economici per regione e ripartizione geografica - Anno 2003 (valori percentuali)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	<i>Totale contributi economici</i>	<i>per alloggio</i>	<i>per l'inserimento lavorativo</i>	<i>a integrazione del reddito familiare</i>
Piemonte	100,0	38,1	6,3	55,7
Valle d'Aosta	100,0	0,5	-	99,5
Lombardia	100,0	47,1	3,6	49,3
Trentino-Alto Adige	100,0	4,2	0,0	95,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>100,0</i>	<i>4,2</i>	<i>-</i>	<i>95,8</i>
<i>Trento</i>	<i>100,0</i>	<i>0,5</i>	<i>1,3</i>	<i>98,2</i>
Veneto	100,0	50,3	5,8	43,9
Friuli-Venezia Giulia	100,0	26,4	7,3	66,3
Liguria	100,0	18,8	10,7	70,5
Emilia-Romagna	100,0	17,7	11,9	70,3
Toscana	100,0	55,0	4,2	40,9
Umbria	100,0	50,1	7,7	42,3
Marche	100,0	18,8	13,9	67,3
Lazio	100,0	12,1	2,4	85,4
Abruzzo	100,0	25,6	5,3	69,1
Molise	100,0	25,9	2,0	72,1
Campania	100,0	35,1	0,4	64,5
Puglia	100,0	61,3	0,7	37,9
Basilicata	100,0	75,3	0,3	24,4
Calabria	100,0	52,1	0,6	47,3
Sicilia	100,0	24,1	13,2	62,7
Sardegna	100,0	11,3	9,6	79,1
Nord-Ovest	100,0	40,1	5,4	54,5
Nord-Est	100,0	18,0	3,6	78,3
Centro	100,0	33,7	4,4	61,9
Sud	100,0	49,8	0,8	49,4
Isole	100,0	19,2	11,8	68,9
ITALIA	100,0	30,7	4,5	64,9

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Spesa per contributi economici per area di utenza, regione e ripartizione geografica - Anno 2003 (valori percentuali)

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Contributi economici per alloggio, per inserimento lavorativo e a integrazione del reddito familiare						
	<i>Totale contributi economici</i>	<i>Famiglia e minori</i>	<i>Disabili</i>	<i>Dipendenze</i>	<i>Anziani</i>	<i>Immigrati</i>	<i>Disagio adulti</i>
Piemonte	100,0	46,0	10,9	0,6	16,6	3,1	22,8
Valle d'Aosta	100,0	8,5	0,2	-	0,4	-	90,9
Lombardia	100,0	32,4	14,1	1,3	10,1	5,2	36,9
Trentino-Alto Adige	100,0	15,1	74,1	0,0	0,1	0,1	10,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	100,0	14,6	75,9	-	-	-	9,5
<i>Trento</i>	100,0	37,3	1,3	0,0	5,9	2,9	52,7
Veneto	100,0	22,8	7,2	0,7	25,2	10,4	33,7
Friuli-Venezia Giulia	100,0	19,8	7,9	0,4	5,9	7,9	58,1
Liguria	100,0	17,2	13,4	3,0	40,2	3,3	23,0
Emilia-Romagna	100,0	44,8	12,5	3,0	15,7	5,0	19,0
Toscana	100,0	31,2	5,9	0,4	9,4	3,9	49,3
Umbria	100,0	30,7	12,7	4,4	10,5	14,7	27,0
Marche	100,0	36,5	18,3	0,6	7,0	12,2	25,4
Lazio	100,0	43,9	1,8	0,7	13,0	2,2	38,4
Abruzzo	100,0	61,5	13,9	1,8	7,2	2,2	13,4
Molise	100,0	62,2	2,7	-	4,3	6,5	24,3
Campania	100,0	62,8	1,3	0,2	1,0	0,6	34,1
Puglia	100,0	57,7	1,4	0,5	11,4	1,4	27,5
Basilicata	100,0	72,8	2,8	0,3	1,8	2,8	19,6
Calabria	100,0	65,7	3,0	0,1	0,8	0,8	29,6
Sicilia	100,0	59,9	4,6	1,2	1,1	0,5	32,6
Sardegna	100,0	41,8	30,2	1,7	4,0	1,1	21,1
Nord-Ovest	100,0	34,0	13,0	1,4	16,3	4,3	31,1
Nord-Est	100,0	21,6	45,3	0,6	8,5	3,7	20,3
Centro	100,0	36,9	5,5	0,8	10,8	4,5	41,4
Sud	100,0	61,7	2,4	0,4	5,4	1,2	28,9
Isole	100,0	53,0	14,4	1,4	2,2	0,7	28,2
ITALIA	100,0	35,3	21,5	0,9	9,9	3,4	29,0

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

Utenti e spesa per contributi economici a sostegno della povertà per regione e ripartizione geografica - Anno 2003 (valori assoluti e percentuali)

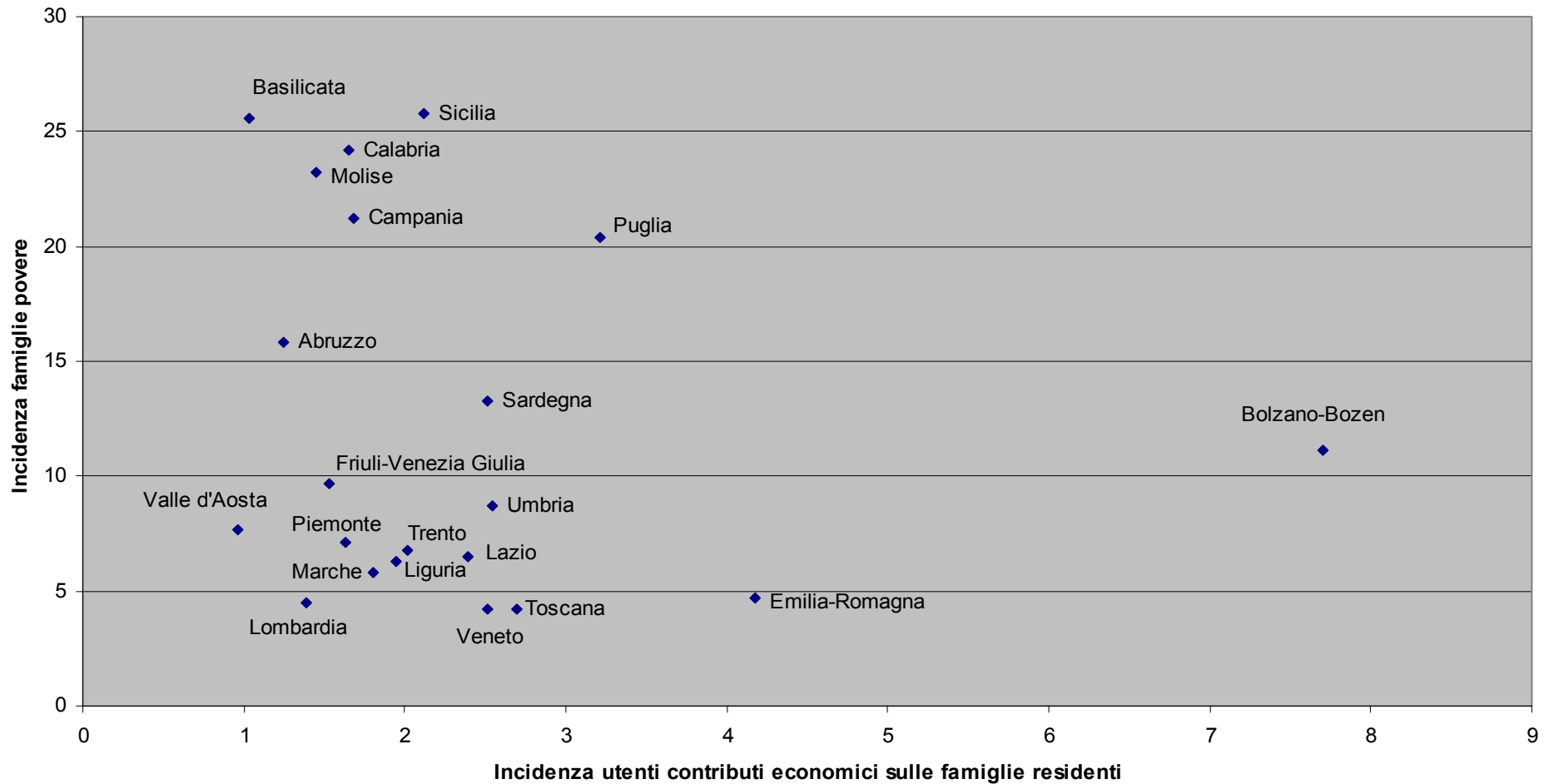
REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Utenti che usufruiscono di contributi economici a sostegno della povertà	Popolazione residente	Famiglie residenti	Spesa per contributi economici	Spesa per utente	Spesa pro- capite	Incidenza utenti su popolazione	Incidenza utenti su famiglie	Incidenza famiglie povere (**)
Piemonte	29.366	4.250.775	1.843.283	28.925.890	985	6,8	0,7	1,6	7,1
Valle d'Aosta	515	121.475	54.148	563.634	1.094	4,6	0,4	1,0	7,7
Lombardia	50.557	9.177.721	3.759.864	56.018.806	1.108	6,1	0,6	1,3	4,5
Trentino-Alto Adige	17.267	956.480	369.317	21.781.158	1.261	22,8	1,8	4,7	8,8
<i>Bolzano-Bozen (*)</i>	<i>13.346</i>	<i>469.487</i>	<i>173.610</i>	<i>19.797.000</i>	<i>1.483</i>	<i>42,2</i>	<i>2,8</i>	<i>7,7</i>	<i>11,1</i>
<i>Trento</i>	<i>3.921</i>	<i>486.993</i>	<i>195.707</i>	<i>1.984.158</i>	<i>506</i>	<i>4,1</i>	<i>0,8</i>	<i>2,0</i>	<i>6,8</i>
Veneto	43.010	4.610.154	1.728.085	33.684.656	783	7,3	0,9	2,5	4,2
Friuli-Venezia Giulia	7.586	1.194.888	506.176	10.646.395	1.403	8,9	0,6	1,5	9,7
Liguria	13.846	1.574.836	744.014	14.773.700	1.067	9,4	0,9	1,9	6,3
Emilia-Romagna	68.885	4.055.350	1.677.335	22.600.268	328	5,6	1,7	4,1	4,7
Toscana	37.368	3.541.184	1.424.978	39.064.951	1.045	11,0	1,1	2,6	4,2
Umbria	7.934	841.116	320.003	6.162.073	777	7,3	0,9	2,5	8,7
Marche	9.904	1.494.714	549.986	6.643.911	671	4,4	0,7	1,8	5,8
Lazio	47.474	5.175.472	2.030.199	38.376.873	808	7,4	0,9	2,3	6,5
Abruzzo	5.752	1.279.590	471.175	2.663.052	463	2,1	0,4	1,2	15,8
Molise	1.733	321.372	121.773	1.165.702	673	3,6	0,5	1,4	23,2
Campania	31.273	5.742.726	1.928.417	16.562.840	530	2,9	0,5	1,6	21,2
Puglia	44.179	4.032.474	1.404.312	21.964.560	497	5,4	1,1	3,1	20,4
Basilicata	2.223	596.911	214.061	2.102.752	946	3,5	0,4	1,0	25,6
Calabria	11.736	2.009.365	718.874	11.497.980	980	5,7	0,6	1,6	24,2
Sicilia	37.833	4.987.693	1.821.339	20.519.906	542	4,1	0,8	2,1	25,8
Sardegna	14.675	1.640.368	582.826	12.634.069	861	7,7	0,9	2,5	13,3
Nord	231.032	25.941.675	10.682.222	188.994.507	818	7,3	0,9	2,2	5,5
Centro	102.680	11.052.486	4.325.166	90.247.808	879	8,2	0,9	2,4	5,8
Mezzogiorno	149.404	20.610.497	7.262.777	89.110.861	596	4,3	0,7	2,1	21,6
ITALIA	483.116	57.604.658	22.270.165	368.353.176	762	6,4	0,8	2,2	10,8

Fonte: Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ragioneria generale dello Stato, Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati

(*) In questo caso per la Provincia autonoma di Bolzano sono stati sottratti gli utenti e la spesa sostenuta per le pensioni di invalidità

(**) Istat, La povertà relativa in Italia nel 2004, Statistiche in breve, 6 ottobre 2005

Rapporto tra incidenza utenti di contributi economici sulle famiglie e incidenza famiglie povere per regione - Anno 2003



(*) In questo caso per la Provincia autonoma di Bolzano sono stati sottratti gli utenti delle pensioni di invalidità

6. LE ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO NELLA PROSPETTIVA DEI LEP

Il quadro sinora descritto costituisce un primo tassello informativo utile per il processo di definizione dei LEP²⁶. Pur senza porsi tale obiettivo ambizioso, che esulerebbe dal mandato istituzionale del Rapporto, in questa parte finale ci si pone nella prospettiva di una definizione “operativa” dei LEP, ponendo in evidenza le informazioni tuttora mancanti a tal proposito. Il paragrafo successivo si soffermerà perciò sul gap informativo che rimane da colmare, nonostante l'importanza della indagine adoperata e descritta nei paragrafi precedenti, al fine di rendere concretamente operativa la norma sui LEP. In questo paragrafo, pur se a titolo esclusivamente indicativo ed in assenza della necessaria precisione quantitativa, verranno preliminarmente ricordate le implicazioni della situazione di forte differenziazione geografica nell'offerta di prestazioni sociali in connessione con la natura di set indifferenziato e omogeneo di servizi da garantire che è propria dei LEP²⁷.

Il discorso sui LEP deve partire dalla finalità della previsione costituzionale che assegna allo Stato la *determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*. L'obiettivo è quello di mantenere una tutela omogenea dei diritti di cittadinanza attraverso la garanzia che *prestazioni* (un concetto qualitativo) e *livelli* (un concetto quali/quantitativo) delle stesse, ritenuti essenziali dall'ordinamento per il soddisfacimento di particolari diritti, siano assicurati sull'intero territorio nazionale.

Pur attesa questa finalità, il dibattito relativo alla natura ed alla tecnica di definizione del singolo livello essenziale si è mosso tra due visioni che si differenziano nel grado di prescrittività: la prima, che si rifà peraltro alla legge 328/2000 ancor prima che alla successiva riforma costituzionale, attribuisce ai LEP una natura essenzialmente programmatoria, come target di soddisfacimento dei bisogni dei cittadini verso cui le istituzioni debbano tendere, cooperando tra loro, governando il sistema e modulando la propria offerta di servizi in maniera convergente; la seconda collega strettamente i LEP alla garanzia di concreta esigibilità di taluni diritti, arrivando anche, nel caso dei servizi, all'attivazione di poteri sostituitivi (ai sensi dell'art. 120 del nuovo testo costituzionale) e comunque passando per definizioni puntuali delle caratteristiche qualitative e quantitative degli

²⁶ Occorre non a caso ricordare come, nel corso della passata legislatura, nei tavoli tecnici deputati a discutere di LEP, il nodo della carenza di informazioni fosse costantemente richiamato. Le informazioni riportate in questo Rapporto sono infatti frutto di iniziative maturate all'interno di quelle sedi istituzionali.

²⁷ Una prospettiva simile è già stata proposta nel cap. 7 del Rapporto annuale 2004 sull'attuazione del federalismo, ISAE. Il rapporto cerca di quantificare gli andamenti di spesa pubblica in relazione all'attuazione dei LEP, e specialmente alla luce delle modalità di attuazione dello schema di federalismo fiscale disegnato dall'art. 119 della Costituzione. Il Rapporto dell'ISAE muove il ragionamento associando la competenza statale in materia di LEP con il ruolo – anch'esso affidato in via esclusiva allo Stato - in materia di perequazione delle risorse finanziarie. Il Rapporto affronta dunque il *trade off* tra garanzia di godimento dei diritti civili e sociali sull'intero Paese e “intensità” del federalismo prendendo in considerazione anche il ripristino esplicito, in casi ben definiti (del resto assai diffusi anche nelle nazioni federali per antonomasia, come gli Stati Uniti), dello strumento dei trasferimenti statali dedicati. Inoltre, il Rapporto evidenzia come il contemporaneo rispetto dei LEP e del sistema di federalismo fiscale costruito dal nuovo Titolo V comporterebbe un ulteriore inasprimento dei fabbisogni finanziari da parte delle regioni già caratterizzate dalla presenza di residui fiscali negativi.

stessi (con specifici standard di servizio tali da vincolare l'autonomia organizzativa dei servizi stessi)²⁸.

La questione su cui qui ci si intende soffermare è però quella relativa ai problemi di ordine finanziario connessi con i LEP. Si tratta di problemi che non investono solamente il tema dei costi e della sostenibilità finanziaria di una più o meno ampia declaratoria dei LEP. Sottesa, vi è la più generale questione dell'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione e quindi dei *meccanismi* di finanziamento dei LEP e delle autonomie. Pur senza entrare in tale ambito tematico, va evidenziato che nella logica del nuovo articolo 119 della Costituzione dovrà andarsi verso un superamento (ed una chiarificazione!) dell'intricato quadro di flussi finanziari che oggi caratterizza il sistema dei servizi sociali²⁹. Al concetto dei LEP è sottesa l'idea di un sostegno economico da parte dello Stato – quanto aggiuntivo e quanto sostitutivo dei flussi tradizionalmente venutisi a determinare dipenderà da scelte politiche che non competono certo a questo Rapporto – ripartito con una logica di stampo fortemente perequativo. Il sostegno economico statale andrà infatti ancorato al *bisogno* che i LEP devono soddisfare, non alla spesa storica o alla capacità fiscale e contributiva. Ne discendono implicazioni sulla necessità di definire, affianco al contenuto (ed al finanziamento) dei LEP, un' incisiva azione di verifica della loro effettiva ed efficace fornitura e possibili problemi, paradossalmente, anche per le regioni oggi più avanzate nel comparto dei servizi sociali, sia in relazione alla prescrittività connessa coi LEP, sia in relazione alla possibile riduzione di altre forme di trasferimento che storicamente hanno aiutato quelle regioni ad avere un migliore sistema di servizi sociali territoriali.

In effetti, il fatto di partire oggi da una situazione di grande disomogeneità sul territorio nella spesa e nella copertura dei servizi sociali, implica che difficilmente i LEP potranno limitarsi a “fotografare” lo stato delle cose. A fronte di situazioni territoriali concretamente differenziate una definizione “minimalista” dei LEP rischierebbe di far mancare alle regioni, in particolare a quelle più deboli, il necessario supporto allo sviluppo della rete dei servizi sociali, evitando di intervenire sulle disparità storicamente esistenti. Una loro lettura “massimalista” rischierebbe invece di mortificare le autonome scelte che le regioni hanno spesso già compiuto (e sono senz'altro legittimate a compiere ai sensi della Costituzione riformata nel 2001); nella misura in cui redistribuisca risorse che oggi comunque già affluiscono al comparto dei servizi sociali, operando secondo l'effetto perequativo già richiamato, metterebbe paradossalmente a rischio la stessa tenuta del sistema dei servizi sociali nelle aree dove questo è oggi più avanzato.

²⁸ Al riguardo si segnala la giurisprudenza costituzionale che, anche nella recente sentenza 134 del 2006, in materia di salute, stabilisce che è costituzionalmente legittima l'apposizione di limiti all'autonomia regionale in forza della norma costituzionale sui LEP, precisando tuttavia che le procedure per arrivare alla definizione con norma di secondo grado di tali standard deve informarsi ad adeguati livelli di cooperazione e partecipazione degli enti substatali. Nel concreto dei servizi sociali, i diritti avrebbero a che fare con standard prestazionali – una copertura del servizio pari all'x% o tempi di risposta non superiori ad una certa soglia – non con importi da liquidare ai beneficiari.

²⁹ La complessità del quadro attuale è rappresentata a pag. 68 della prima parte del Rapporto di monitoraggio.

Il seguente esempio, che non va assolutamente considerato come una simulazione effettiva di possibili concrete definizioni dei LEP, neppure nell'ambito specifico qui considerato³⁰, ben illustra questi "dilemmi". Esso però anche introduce alla discussione del paragrafo successivo, perché rende chiaro come, a regime, un sistema basato sui LEP presupponga:

1. una affidabile catalogazione delle prestazioni sociali³¹;
2. la definizione di target di offerta;
3. il finanziamento delle prestazioni corrispondenti ai LEP non in base al costo effettivamente sostenuto in ciascuna singola area bensì in base ad un costo unitario standard.

Ragionando per semplicità sulle ripartizioni territoriali italiane (ma la simulazione avrebbe la stessa efficacia se sviluppata a livello regionale) si parte da due informazioni offerte dall'indagine descritta nel capitolo precedente, la spesa e la percentuale di popolazione target raggiunta dal servizio (anno 2003), dove il servizio su cui esemplificativamente ci si concentra è quello degli asili nido:

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud	Isole	Italia
Spesa attuale (mln euro)	259	218	256	52	49	834
Copertura attuale (%)	12,9	13,6	11,8	2,4	4,8	9,1

Considerando l'attuale costo unitario del servizio nella media nazionale come misura del costo standard – come si evince dalla tabella a pag. 31 il costo standard così ricavato è pari a 5.739 euro - si è provato a misurare l'ammontare di spesa da finanziare nelle cinque grandi circoscrizioni geografiche del paese a seconda della definizione di LEP alti e di LEP bassi, arbitrariamente identificati in un tasso di copertura del servizio che per ogni ripartizione territoriale non può essere inferiore, rispettivamente, al 6% (scenario A) o al 9% (scenario B).

SCENARIO A	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud	Isole	Italia
LEP con target 6%	138	102	99	147	65	551
<i>Differenza tra la spesa 2003 (X) e il fabbisogno per il target 6% (Y)</i>	-121	-116	-157	95	16	-283

³⁰ In ogni caso va detto che non si può parlare di LEP confinando il discorso a un singolo sottocomparto, come fatto nell'esempio qui esposto relativo agli asili nido, perché insita nella definizione dei LEP vi sono scelte in tema di profondità così come di ampiezza delle prestazioni da ricomprendere nei LEP.

³¹ Catalogazione *affidabile* significa che la natura concreta degli interventi in cui consistono le prestazioni deve essere, d'intesa con le regioni, classificata in maniera trasparente, per evitare che il finanziamento basato sul costo unitario possa generare disomogeneità, pagando in quote uguali servizi resi con fattori produttivi differenti.

SCENARIO B	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud	Isole	Italia
LEP con target 9%	208	153	149	221	99	830
<i>Differenza tra la spesa 2003 (X) e il fabbisogno per il target 9% (Y)</i>	-51	-65	-107	169	50	-4

Entrambi gli scenari evidenziano come, rispetto alla situazione di partenza (la fotografia dell'offerta di asili e della spesa nel 2003), il riequilibrio necessario per aumentare gli asili nido nel sud richieda una maggiore spesa nel Sud e nelle Isole, mentre può essere garantito nelle altre aree con una spesa inferiore a quella oggi sostenuta. Quest'ultima sottolineatura, apparentemente ovvia, permette di mettere in chiaro uno dei possibili problemi prima evidenziati: in assenza di risorse aggiuntive a quelle che attualmente Stato, regioni e comuni immettono nei servizi di asilo nido – una situazione cioè in cui il finanziamento statale dei LEP provenga dalla sostituzione dell'attuale flusso di altri trasferimenti e/o adoperando le risorse che vengono da un prelievo fiscale che è naturalmente più alto nelle aree più avanzate del paese in cui i servizi sociali sono, in media, oggi più avanzati - l'obiettivo di garantire un'offerta pari ad almeno il 9% della popolazione target genera una redistribuzione territoriale delle risorse disponibili per il settore.

Si noti che in gran parte questa redistribuzione non avverrebbe tra risorse proprie di una regione (più ricca) ed un'altra regione (più povera), perché la finanza locale è ancora in gran parte derivata da trasferimenti degli enti superiori. Sono questi trasferimenti che, nello scenario descritto, cambierebbero in parte destinazione convogliandosi verso quelle regioni che devono aumentare la propria offerta di asili per arrivare alla soglia del 9%. Il cambiamento di destinazione, in questo modo, è conseguenza non solo della necessità di raggiungere un obiettivo di servizio, ma è conseguenza anche della correlata modifica del criterio di finanziamento, che si sgancia definitivamente da quello della spesa storica (che ormai, e non solo in questo settore, ha perso ogni collegamento con l'esigenza di rispondere ai fabbisogni territoriali) e diventa quello del costo standard.

L'esercizio, che va ribadito non ha carattere prescrittivo, fa quindi vedere la direzione dei principali flussi di risorse insiti nel passaggio da un sistema in cui la disponibilità di risorse discende dalla capacità fiscale e contributiva, da scelte effettuate a livello locale e dalla cristallizzazione dei trasferimenti del passato ad un sistema in cui le risorse vengono allocate non in base alla spesa storica, da coprire a piè di lista, ma perché ancorate ad indicatori fisici di bisogno che si intende coprire omogeneamente sull'intero territorio nazionale. Sempre nella traccia dell'esempio, i segni negativi di Nord e Centro rappresentano il differenziale di costo che questi devono sopportare per mantenere un'offerta pari a quella antecedente all'entrata in vigore del LEP. Posto che è difficile, e comunque ben poco auspicabile (ché anzi la prospettiva desiderata nel campo in questione dovrebbe essere quella di un aumento di un servizio di tale importanza), tali territori dovrebbero

quindi colmare questa differenza liberando risorse da altri settori di spesa oppure aumentando la pressione fiscale.

La natura esemplificativa dell'esercizio non consente di andare molto oltre nel ragionamento e comunque va ricordato che non compete a questo Rapporto di determinare prescrittivamente il da farsi. Pur tuttavia, un'ultima considerazione che ci pare doverosa è che i dilemmi ora ricordati di per sé suggeriscono di affiancare al ragionamento sul punto di arrivo del sistema – punto di arrivo che necessariamente deve essere congruente con la logica propria dei LEP ed il loro ancoraggio al “bisogno” – una particolare attenzione alla fase di transizione. È infatti da mettere in conto la necessità di porre in essere interventi ad hoc al fine di consentire l'allineamento verso l'alto delle aree attualmente arretrate, con misure di sostegno, non solo finanziarie, allo sviluppo del sistema dei servizi. Un percorso di allineamento che difficilmente potrà ottenersi in breve anche ove le risorse finanziarie fossero facilmente reperibili. Ma anche nelle altre aree è da tenere in conto che comunque in molti comparti l'offerta di servizi, pur elevata rispetto alle altre aree del paese, è inadeguata rispetto alle esigenze della società e dell'economia (si pensi, nel caso qui esemplificato degli asili nido, alla necessità di tenere il passo con l'aspirazione ad accedere nel mercato del lavoro delle donne e la necessità di conciliare lavoro e famiglia). Sarà quindi da evitare che i LEP diventino l'occasione per una sorta di corsa al ribasso. Per impedirlo, potrebbe perciò pensarsi al ricorso a target differenziati, da regione a regione, in una prima fase di implementazione, con ad esempio un obiettivo minimo eguale per tutti e obiettivi superiori pari ad una quota della differenza, se positiva, tra il livello originale di copertura del servizio in quella regione e il grado di copertura medio nazionale – nel corso del tempo il primo elemento essendo da alzare progressivamente (sino ad arrivare ad un LEP effettivamente omogeneo), tale componente aggiuntiva essendo invece da azzerare progressivamente.

7. I FABBISOGNI INFORMATIVI PER L'IMPLEMENTAZIONE E GESTIONE DEI LEP

Nel paragrafo precedente si sono viste alcune problematiche che la definizione dei LEP incontra nella storica differenziazione geografica dell'offerta di servizi sociali. In questo paragrafo l'attenzione sarà più concentrata, in ragione della natura del Rapporto, sul fabbisogno informativo connesso con il processo di definizione dei LEP.

Schematicamente, si può dire che un sistema informativo a supporto dei LEP dovrebbe comprendere (almeno) le seguenti componenti:

1. quella dedicata all'analisi e **misurazione dei fabbisogni**;
2. quella dedicata all'analisi e **misurazione dell'offerta di servizi**, a sua volta articolata in:
 - a. analisi e misurazione dei costi relativi alla copertura di tale offerta;

- b. definizione di costi unitari standard per tipologia di servizio/prodotto (derivata dalla precedente);
- c. monitoraggio della qualità dei servizi erogati;
- d. mappatura e analisi dei modelli gestionali di servizi (derivata anch'essa dal punto a).

La ratio di questa elencazione è nel fatto che i LEP sono orientati alla copertura di bisogni a mezzo di servizi, un bisogno che va quindi individuato (è il punto 1), verificando la sua copertura effettiva da un punto di vista quantitativo ma anche qualitativo, stimando il costo sulla base di costi standard. La nozione di costo standard è rilevante al fine della costruzione del sistema, poiché i livelli di governo sub statale, regioni ed enti locali, possono legittimamente far di più e meglio dei LEP – in termini qualitativi oltre che quantitativi – ma hanno la responsabilità di essere efficienti, perché l'eccesso dei costi effettivi rispetto a quelli standard non possono essere scaricati sul livello nazionale.

Un sistema progettato sulla logica che incrocia fabbisogno e offerta richiede a proprio supporto un robusto sistema di misurazione che solo parzialmente può essere soddisfatto dalle iniziative messe fino ad ora in campo.

Sul **fronte dell'analisi del fabbisogno** la prima parte di questo Rapporto di monitoraggio ha evidenziato l'inadeguatezza sistemica che non permette una corrispondente analisi dei legami tra situazione sociale e politiche effettivamente operanti nei diversi contesti territoriali e tra i diversi gruppi sociodemografici. In quella sede si è anche esposta una linea di lavoro basata sull'uso di indicatori, che però richiederà adattamenti nel passaggio dal livello comunitario ed interstatale, dove essa si è sviluppata, al livello nazionale ed interregionale qui rilevante. Più in generale, il rilancio della prospettiva del SISS, così come prevista dalla legge 328/2000, appare centrale.

Il **fronte dell'analisi dell'offerta** è quello nel quale sono stati forse compiuti passi in avanti più significativi. In particolare l'indagine sulla spesa sociale dei comuni singoli ed associati qui ampiamente adoperata rappresenta un'importante fonte informativa ma anche una significativa innovazione istituzionale, essendosi basata su una buona pratica di cooperazione inter-istituzionale. Pur tuttavia, al di là dei problemi di coerenza contabile complessiva con altre fonti – quelle ricavabili dai certificati di bilancio degli stessi enti – di possibile incompletezza riguardo a interventi posti in essere da soggetti istituzionali specifici o di assenza o scarsa qualità di importanti informazioni collaterali specifiche - in particolare per quanto attiene il livello di compartecipazione alla spesa delle prestazioni che i beneficiari devono sostenere e per la stessa stima del numero di utenti/beneficiari - l'indagine soffre di due carenze trasversali:

1. la prima si riconnette al fatto che censire spesa complessiva e beneficiari, e quindi costi unitari stimati dal rapporto tra la prima ed i secondi, ancora poco ci dice sulla qualità dei servizi e sull'efficienza che ne caratterizza la fornitura, aspetti fondamentali al fine di

definire quelle misure dei costi standard unitari essenziali nel dimensionare le risorse necessarie al soddisfacimento dei LEP. Allo stato attuale, l'indagine qui adoperata non ha ancora tali caratteristiche, perché non fornisce dati sufficientemente robusti per quei fattori qualitativi e di mix compositiva che possono influire sui costi unitari e non è dato sapere se il differenziale di costo tra realtà diverse dipenda da questi elementi, da economie e diseconomie di scala o da un vero e proprio gap di efficienza;

2. un ulteriore ritardo conoscitivo sussiste su tutti quegli aspetti anche organizzativi che potrebbero influire sui costi e la cui conoscenza potrebbe aiutare anche a fini di razionalizzazione del servizio³². Da questo punto di vista, soprattutto alla luce dei problemi di transizione ad un assetto basato sui LEP discussi nel paragrafo precedente, va ricordato che la prospettiva di sviluppo del sistema dei servizi sociali - un sistema complessivamente poco soddisfacente e sottodimensionato nel nostro paese - richiederebbe non solo una fotografia dell'esistente - sì da poter cristallizzare nei LEP determinati livelli qualitativi dei servizi e del loro costo standard - ma anche un'efficace azione di supporto ai sistemi gestionali.

Le due cose sono tra loro intimamente collegate. Solo l'approfondimento delle logiche organizzative e la conoscenza dei processi che stanno alle spalle del servizio reso potranno consentire di sviluppare sistemi di rilevazione della qualità che, sebbene molto complessi in questo settore (dove non è sempre possibile applicare i meccanismi di customer satisfaction ben noti nei sistemi di servizi alla persona), permettono di avvicinarsi alla concezione dei LEP come standard non solo quantitativi ma qualitativi. La via d'uscita è perciò quella di un superamento della separatezza tra indagine e normali rendicontazioni di tipo amministrativo. In effetti, la produzione di informazioni su quelli che comunque sono accadimenti gestionali non può essere totalmente separata dalla definizione di buoni sistemi informativi di natura amministrativa.

La prospettiva perciò appare dover essere quella, al tempo stesso, di un arricchimento dell'indagine in quanto tale, ma anche della sua integrazione/complementazione con strumenti di rendicontazione amministrativa. In altri termini si tratta di muoversi nella prospettiva di quel sistema informativo nazionale dei servizi sociali, espressamente previsto dalla legge 328/2000, laddove, in un quadro di compartecipazione tra Stato, regioni, province e comuni, prevedeva l'istituzione di un *sistema informativo dei servizi sociali per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione.*

³² Molto interessante, a tale proposito, lo strumento proposto nel 2002 dalla Provincia di Bolzano, cfr. K. PROMBERGER, K. TRAGUST, J. BERNHART, *Management dei servizi sociali*, Eur.ac, 2002.

A distanza di più di cinque anni da quelle previsioni normative, molto ambiziose e però piuttosto generiche, vanno senz'altro rilevati progressi importanti (e lo stesso Rapporto di monitoraggio cerca di testimoniarlo). Gli sforzi di cooperazione tra differenti istituzioni per la formulazione di "informazioni necessarie alla programmazione e gestione degli interventi" (per citare la norma) sono stati più efficaci di quelli in tema di programmazione e gestione vera e propria. La realizzazione dell'indagine di cui pure abbiamo appena esposto i limiti è stato un passo in avanti significativo anche in quanto buona pratica di cooperazione inter-istituzionale, una buona pratica che è andata avanti a dispetto dei molti momenti di tensione (in primis in tema di riparto delle risorse, nella sessione di bilancio o nel riparto annuale del Fondo nazionale delle politiche sociali). L'indagine costituisce infatti una buona base di partenza che ha già consentito importanti passi in avanti metodologici, con una condivisione delle nomenclature per la definizione (e poi la gestione e la manutenzione) di un glossario comune tra amministrazioni differenti e la gestione di un tavolo (anche informale, coordinato in questo caso da Istat) per il confronto sugli aspetti interpretativi più problematici (ad es. il tema dei sistemi di compartecipazione alla spesa dei privati e delle altre filiere istituzionali, in primis quella del SSN, oppure quello delle formule organizzative nella erogazione dei servizi, gestione diretta a fronte di gestioni in *outsourcing*).

Molto rimane però da fare sul piano della collaborazione interistituzionale, poiché tutte le regioni dovrebbero entrare nel tavolo che cura l'indagine con un ruolo attivo nella raccolta delle informazioni riguardanti il proprio territorio ed anche l'ANCI, che già ha manifestato apprezzamento per l'indagine, potrebbe divenire un player importante.

Soprattutto, appare importante porre all'ordine del giorno quel salto di livello, da un'indagine ad hoc ad un sistema integrato di indagini e rendicontazioni amministrative, prima ricordato. In effetti è paradossale che i dati qui adoperati - in massima parte di fonte amministrativa, venendo generati nell'esplicazione di quei procedimenti che connotano l'azione delle amministrazioni territoriali - non vengano raccolti e organizzati nel momento stesso in cui sono prodotti. Superare tale stato di cose richiama, in primis il livello nazionale, ad un impegno per un intervento che rientra propriamente tra le azioni di sistema per l'innovazione amministrativa. Si tratta infatti di investire sulla maggiore convergenza tra sistema di rilevazione dell'indagine e sistemi informativi delle singole amministrazioni, sulla scorta dell'esperienza di regioni che stanno percorrendo questo terreno, come la Toscana, che nel corso degli ultimi anni ha lavorato per ricondurre il proprio sistema informativo sociale sulla piattaforma offerta dall'indagine³³. Singole iniziative paiono anche potenzialmente utili: ad es. si potrebbe (anche qui sulla falsariga di esperienze di talune regioni, in questo caso il Piemonte) sperimentare e diffondere la cartella sociale come strumento operativo

³³ La Toscana è tra le regioni che da tempo hanno avviato sistemi di monitoraggio dei propri enti locali (Cfr a tal proposito ISFOL, *I sistemi/interventi di monitoraggio e valutazione delle politiche sociali (monografie regionali)*, 2003. Per quelle regioni che invece devono ancora avviare o consolidare un percorso di tale fatta, il riferimento ad una piattaforma già operante sui propri comuni potrebbe rappresentare un interessante incentivo a procedere.

volto sia alla gestione dei singoli interventi sia (e soprattutto dal punto di vista del monitoraggio) all'alimentazione del sistema informativo dell'ente.

Necessita sottolineare, infine, come tali azioni di sistema configurino uno spettro di attività che richiede costi di implementazione ridotti a fronte di un valore aggiunto per il consolidamento di quel sistema di monitoraggio che costituisce un tassello centrale per il governo della rete dei servizi.