



Comune di Mantova
Assessorato alle
Politiche Sociali
Partecipative e
dell'Accoglienza



VERSO LA DEFINIZIONE DEI LEP NEL COMUNE DI MANTOVA

**Ricerca a cura di Daniela Bucci e Roberto Fantozzi
dell'Associazione Nuovo Welfare di Roma**

Mantova, Maggio 2009

INDICE

INTRODUZIONE	4
GLI OBIETTIVI E LE FASI DELLA RICERCA	4
Breve storia dei livelli essenziali delle prestazioni	5
Sperimentare i livelli essenziali nel territorio di Mantova	7
Fasi della ricerca	9
PARTE I	13
LA DEFINIZIONE DI LEP	13
Considerazioni preliminari sul concetto di LEP	14
Definire i LEP: questioni metodologiche ed operative	16
I LEP come processo partecipato e condiviso	20
PARTE II	26
IL CENSIMENTO DELL'OFFERTA SOCIALE	26
La griglia di rilevazione dei servizi e degli interventi sociali	27
PARTE III	33
L'ANALISI DEL CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO	33
1. Il contesto socio-demografico del Comune di Mantova	34
1.1 La dinamica demografica	34
1.2 La struttura della popolazione	37
1.3 La popolazione straniera	47
1.4 Il volto demografico del Comune di Mantova: scenari e ipotesi per i prossimi anni	49
PARTE IV	53
L'ANALISI DELLA SPESA SOCIALE	53
1. Analisi della spesa sociale del Comune di Mantova	54
1.1 Analisi per area di intervento	54
1.2 Analisi per LEP	60
1.2.1 Residenzialità	61
1.2.2 Semiresidenzialità	65
1.2.3 Domiciliarità	68
1.2.4 Altri LEP	71
PARTE V	79

IL QUADRO CONCLUSIVO	79
Quale welfare per i cittadini?	80
La fotografia del 2006.....	83
Conoscere per scegliere	85
Le criticità emerse. Investire sul Sistema Informativo dei Servizi Sociali	86
Cosa è stato fatto. Cosa ancora c'è da fare	88
Quali indicazioni per la definizione dei LEP?	90
APPENDICE.....	96
ALLEGATI.....	98

INTRODUZIONE

GLI OBIETTIVI E LE FASI DELLA RICERCA¹

¹ Gli autori desiderano ringraziare tutto il personale dell'Assessorato alle Politiche Sociali Partecipative e dell'Accoglienza del Comune di Mantova e dell'ASPEF che hanno permesso la realizzazione di questa ricerca. Un particolare ringraziamento va ad Umberto Fioravanti per la sua preziosa collaborazione.

Breve storia dei livelli essenziali delle prestazioni

La prima formulazione normativa dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) risale alla fine degli anni '70, con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il testo della legge 833/1978 prevede, infatti, che lo Stato, in sede di approvazione del Piano Sanitario Nazionale, fissi i livelli delle prestazioni sanitarie da garantire a tutti i cittadini.

In questa prima formulazione, leggermente diversa da quella attuale, i "livelli" non vengono definiti "essenziali", ma stanno ad indicare i parametri delle prestazioni sanitarie che lo Stato ha il compito di fissare ed assicurare obbligatoriamente a tutti i cittadini. Ciò richiama, come suggerisce Guido Meloni², due nozioni fondamentali, che restano valide anche nell'attuale fase di sviluppo del concetto: quelle di *limite* e di *diritto*. Da una parte, nel momento in cui un servizio si trasforma in universale, sorge la necessità di stabilire un limite, un tetto che serva a mitigare il carattere di universalità del servizio stesso, inteso nella sua accezione più ampia. Dall'altra, il "livello" è almeno potenzialmente in grado di garantire l'esigibilità del diritto, da parte del cittadino, a ricevere le prestazioni così come vengono definite.

Una prima evoluzione del concetto di LEP risale alla riforma *bis* del SSN, dove si precisa che i livelli di assistenza (comunemente indicati in sanità con l'acronimo LEA) sono finalizzati a garantire l'**uniformità** delle prestazioni sull'intero territorio nazionale (d.lgs. 502/1992).

Alla definizione corrente di LEP si giunge, tuttavia, solo con l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, nel quale leggiamo che "sono definiti essenziali i livelli di assistenza che, in quanto necessari (per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione) ed appropriati (rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino sia alle modalità di erogazione delle prestazioni), debbono essere uniformemente garantiti su tutto il territorio nazionale ed all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute".

Fatta salva la garanzia di uniformità delle prestazioni sul territorio, in questa nuova formulazione viene introdotto l'aggettivo "essenziale", che rimanda alla **necessità** ed **appropriatezza** della cura, ma anche ad una maggiore **flessibilità** di risposta di fronte ad una non omogenea distribuzione dei rischi e delle necessità assistenziali.

Tale formulazione viene fatta propria dalla riforma *ter*, che attribuisce al SSN il compito di assicurare "i livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale nel

² Meloni Guido, *L'ambito di operatività dei livelli essenziali delle prestazioni*, in Formez, *I livelli essenziali delle prestazioni. Questioni preliminari e ipotesi di definizione*, Quaderni, n. 46, 2006.

rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse" (d.lgs. 229/1999).

Più o meno nello stesso periodo la nozione di livelli essenziali esce dall'ambito ristretto del sistema sanitario, e con legge 328/2000 viene introdotta nel settore dei servizi sociali (LIVEAS o LEPS)³.

A differenza della sanità, dove vi è una consolidata e riconosciuta nomenclatura, nonché protocolli procedurali ampiamente definiti, il contesto dei servizi sociali risulta completamente diverso. Da una parte, si deve tener conto che l'area del bisogno sociale è sia estremamente vasta che fortemente differenziata. Dall'altra, l'eterogeneità delle strutture di offerta fa sì che uno stesso bisogno possa essere soddisfatto da una pluralità di risposte alternative. Ecco perché nell'art. 22 della legge 328/2000 i livelli essenziali si compongono di due momenti: l'individuazione delle aree di bisogno e l'identificazione delle prestazioni e degli interventi necessari a soddisfare i bisogni individuati.

Anche nei servizi sociali i livelli essenziali presentano un duplice obiettivo: indicare ciò che deve essere oggetto di prestazione obbligatoria all'interno di un sistema di servizi ed interventi sociali che ha carattere di universalità e ciò che costituisce la sfera del diritto dei cittadini. Tali finalità vengono precise dall'art. 2 che affida al "sistema integrato" la garanzia dei livelli essenziali ed impone ai soggetti pubblici di consentire l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare di prestazioni economiche specifiche (invalidità civile, cecità e sordomutismo), nonché delle pensioni sociali e degli assegni.

Il Piano Sociale Nazionale 2001-2003 precisa ulteriormente il contenuto dei livelli essenziali, i quali devono essere disegnati sulla base di una "griglia articolata su tre dimensioni":

- le aree di intervento (responsabilità familiari, diritti dei minori, persone anziane, contrasto della povertà, disabili, droghe, avvio della riforma);
- le tipologie di servizi e prestazioni (servizio sociale professionale e segretariato sociale, servizio di pronto intervento sociale, assistenza domiciliare, strutture residenziali e semi-residenziali, centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario);
- le direttive per l'innovazione (partecipazione attiva della persona nella definizione delle politiche, integrazione degli interventi, promozione del dialogo sociale, potenziamento delle

³ All'interno del rapporto di ricerca è stato utilizzato l'acronimo LEP. È opportuno tuttavia precisare che l'indagine ha avuto come oggetto i livelli essenziali delle prestazioni sociali.

azioni per l'informazione e l'accompagnamento, sviluppo della domiciliarità, diversificazione e personalizzazione degli interventi, titoli per l'acquisto dei servizi).

La composizione di queste tre dimensioni crea i livelli essenziali, come rete di offerta caratterizzata da risposte correlate a specifici bisogni, nel rispetto di alcuni principi che assicurano la partecipazione delle persone alle politiche, la costituzione di un dialogo sociale, l'integrazione degli interventi e la sperimentazione di azioni innovative.

Con la riforma del Titolo V della Costituzione, il riferimento ai LEP viene “costituzionalizzato” in virtù dell’attuale formulazione dell’art. 117, che attribuisce allo Stato la competenza legislativa esclusiva in materia di “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”, mentre spetta alle Regioni determinare ogni ulteriore intervento nel settore sociale.

Si tratta evidentemente di una previsione posta a garanzia dell’effettiva tutela dei diritti di cittadinanza sociale, volta ad impedire che l’ampliamento dei poteri locali si traduca in forti disuguaglianze territoriali. Essa ha il compito di realizzare un equilibrio tra le ragioni dell’autonomia e quelle dell’unità, di contemperare le esigenze di differenziazione e quelle di uniformità. Ciò non significa che *talé previsione abbia la “sola” funzione di attribuire allo Stato la potestà di intervenire in materie di competenza regionale, al fine di garantire trattamenti uniformi per i cittadini, quale che sia il loro luogo di residenza*. Al contrario, alla norma è attribuita, almeno potenzialmente, una valenza molto più ampia, di innovativo e sostanziale mezzo di tutela dei diritti fondamentali, con portata generale, che opera sia se tali diritti si inseriscano in materie di competenza regionale, sia se riguardino materie di competenza statale (Formez, 2006).

Sperimentare i livelli essenziali nel territorio di Mantova

La perdurante assenza di una normativa nazionale di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, a otto anni dall’approvazione della legge 328/2000 e a sette dalla riforma del Titolo V della Costituzione, ha indotto i diversi contesti regionali ad operare scelte normative e programmatiche di recepimento della nozione di LEP, quale strumento di garanzia dei diritti e di razionalizzazione del sistema di offerta locale. Sono ormai molte, infatti, le Regioni che, in attesa di un successivo intervento statale, in sede di programmazione, ed alcune anche in sede normativa, hanno iniziato a porre le basi per la costruzione di un sistema di livelli essenziali di assistenza sociale (accogliendo per lo più il dettato dell’art. 22 della legge 328/2000). Ciò risponde alla

volontà di individuare, nei contesti di riferimento, un bagaglio di servizi indispensabili, che vada a costituire la base unitaria ed omogenea di offerta sociale sul territorio.

Nello specifico della Regione Lombardia, il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2002-2004 riprende il concetto di livelli essenziali di assistenza, che, in un’ottica di federalismo, rinomina come “livelli necessari garantiti” a livello nazionale, affiancandoli con ulteriori livelli garantiti e finanziati a livello regionale. Si sostiene, in particolare, che il sistema debba garantire l’accessibilità ai servizi, l’equità e l’universalità, nel rispetto della centralità del cittadino, ferma restando la sostenibilità in termini di costi. In altre parole, affermano che “la definizione dei livelli di assistenza si connota come razionamento esplicito con tutte le conseguenze che questo comporta sia a livello etico che a livello sociale”, il PSSR identifica il limite della garanzia nell’entità delle risorse disponibili e sollecita l’intervento di forme integrative di finanziamento.

In termini più generali, è possibile rilevare che le Regioni impegnate a riflettere sul percorso di definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale privilegiano un approccio di lavoro fondamentalmente simile. Si parte dall’offerta, e quindi dalle tipologie di prestazioni erogate sul proprio territorio di riferimento, al fine di operare una puntuale classificazione dei servizi, che rappresenti il punto di partenza per la successiva determinazione della quantità e qualità delle prestazioni da garantire ai cittadini.

È proprio in questa direzione che va letto il lavoro di messa a punto del nomenclatore dei servizi, che per molte Regioni italiane rappresenta il primo passo per la costruzione di piattaforme informative strutturate ed uniformi per il territorio di riferimento, funzionali a conoscere l’esistente, individuare gli ambiti d’intervento caratterizzati dalle maggiori carenze e stimare l’entità degli sforzi economici ed organizzativi da mettere in campo per attuare quanto sarà definito a livello nazionale.

Occorre, infatti, evidenziare che le difformità nel sistema di offerta sociale non sono riscontrabili unicamente a livello interregionale, secondo la ben nota espressione del sistema a macchia di leopardo, con un significativo ritardo del Sud e l’emergere di differenti filosofie di welfare regionali. Al contrario, realtà diversificate quanto a quantità e qualità delle prestazioni sociali sono coesistenti all’interno di uno stesso contesto regionale, tra ambiti territoriali diversi e tra singoli Comuni.

È in questo scenario che viene promosso, nel Comune di Mantova, un progetto sperimentale di definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale, a partire da un’attenta analisi del territorio che sia in grado di fotografare la situazione socio-demografica attuale e delineare possibili trend,

offrire un quadro dell'offerta locale dei servizi sociali e realizzare uno studio sugli andamenti della spesa sociale comunale e della domanda di assistenza, intesa in termini di utenza servita e potenziale.

Ragionando sulla legittimità di un percorso comunale di riflessione ed avvicinamento alla definizione di LEP locali, occorre tener conto che, pur avendo lo Stato la competenza legislativa esclusiva in materia di “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”, nessuna norma impedisce a Regioni e Comuni di definire ed implementare propri livelli essenziali. Questi ultimi avranno effetti locali, la forza propria degli atti normativi con cui verranno approvati e non esuleranno l’Ente pubblico dal colmare l’eventuale distanza dai livelli essenziali che saranno in futuro definiti a livello nazionale.

Peraltro, a sostegno della bontà di un percorso “dal basso”, possiamo prendere a riferimento quanto affermato da Guido Meloni⁴, per cui *se la l. 328 non trascura di prefigurare un processo che dai livelli essenziali arriva alla determinazione delle caratteristiche e dei requisiti delle prestazioni passando, dall'alto verso il basso, per i vari livelli della pianificazione territoriale, l'accentuata preminenza regionale e locale nel campo sociale, che deriva anche dalla riforma costituzionale, impone di ripensare la direzione del percorso di individuazione dei livelli di prestazione, favorendone uno sviluppo dal basso verso l'alto.*

Tale approccio potrebbe, inoltre, rispondere ai bisogni di salute e di benessere riscontrabili nelle differenti realtà locali in maniera più efficace di quanto non potrebbe fare il livello centrale, almeno fin quando non entrerà a regime un sistema informativo dei servizi sociali in grado di rilevare tutte le componenti della domanda e dell’offerta sociale in modo dettagliato ed uniforme a livello nazionale.

Fasi della ricerca

L’attività di ricerca, propedeutica e funzionale alla definizione dei LEP comunali, nel riconoscimento del valore del concetto di rete, assume come quadro di riferimento il *Piano strategico della “Grande Mantova”*⁵. Tuttavia, stante il carattere sperimentale dell’iniziativa, essa

⁴ Meloni Guido, *Determinazione dei Liveas*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie* n. 21/2003.

⁵ “Mantova Futura” del maggio 2007 è il Piano strategico della “Grande Mantova”, promosso dal Comune di Mantova. Esso è il frutto di un percorso di pianificazione partecipata volto alla costruzione di un disegno strategico per il futuro del territorio. Quando si parla di “Grande Mantova” non si fa riferimento al solo contesto comunale, ma

individua come campo di indagine il solo territorio comunale, allo scopo di definire una metodologia di lavoro che possa essere successivamente applicata a contesti più ampi.

In particolare, si ritiene che i risultati della ricerca possano integrarsi utilmente ai progetti elaborati nell'area Welfare⁶, offrendo uno strumento di supporto, in primo luogo, alla Rete di coordinamento⁷, ma anche al progetto di ristrutturazione dei servizi domiciliari socio sanitari.

Tra i compiti del tavolo istituzionale, voluto nel Piano strategico, troviamo:

- Monitorare lo stato del sistema di welfare e mettere a sistema le informazioni disponibili, relative al territorio, ai differenti attori e operatori;
- Garantire la sinergia tra gli interventi e la fornitura dei minimi livelli assistenziali (che dovranno essere definiti in un'ottica strategica);
- Individuare le nuove questioni sociali e varare progetti specifici per l'intervento sui nuovi bisogni emersi nella comunità.

Analogamente, almeno in parte, riscontriamo le seguenti attività preliminari individuate dal gruppo di lavoro sulla Coesione Sociale⁸:

- Mappatura della popolazione e sua pesatura, per la preventiva stima del volume quali/quantitativo degli interventi sanitari e socio assistenziali necessari;
- Mappatura dei servizi istituzionali e delle associazioni presenti sul territorio;
- Analisi delle modalità di intervento dei diversi attori.

In questa cornice, il progetto di ricerca risulta articolato nelle seguenti fasi:

1. Adozione di una metodologia condivisa per la definizione dei LEP
2. Analisi socio-demografica del territorio mantovano
3. Ricostruzione del sistema locale di offerta sociale
4. Presentazione dei risultati e confronto sugli obiettivi da raggiungere

ad un agglomerato “a geometria variabile”, che definisce la sua estensione su una base funzionale al fine di contenere le diseconomie e di garantire interventi equi e diffusi (testo in corsivo tratto da “Mantova Futura”).

⁶ Il Piano strategico della “Grande Mantova” ricomprende una serie di progetti, che guardano ad un arco temporale di 15-20 anni, inerenti 4 aree interconnesse: Cultura, Territorio, Economia, Welfare.

⁷ Il progetto *Rete di coordinamento del welfare della “Grande Mantova”* individua un luogo istituzionale dove discutere fattivamente di politiche sociali: un tavolo permanente, coordinato dai Comuni coinvolti, al quale partecipano tutti gli attori sociali, le fondazioni e le istituzioni.

⁸ Tra i progetti, inseriti nel Piano strategico, elaborati dal gruppo di lavoro sulla Coesione Sociale, vi è quello sulla *Ristrutturazione dei servizi domiciliari socio sanitari per anziani e/o soggetti affetti da patologie croniche*.

Nella **prima fase** è stato ricostruito il dibattito attuale in tema di definizione dei livelli essenziali di assistenza ed è stato messo a punto un modello da applicare nella sperimentazione a livello locale. Attraverso l'analisi della letteratura più accreditata sull'argomento, si è inteso chiarire le principali implicazioni relative al concetto di LEP, individuare le tesi emerse e le conseguenti ipotesi di lavoro, costruire un percorso metodologico che orienti l'azione.

Per il compimento della **seconda fase** è stato preso in considerazione un set di indicatori in grado di offrire un quadro della situazione socio-demografica del Comune di Mantova. Attraverso l'analisi statistica dei dati raccolti da fonti ufficiali, si è proceduto a fotografare la situazione attuale ed a realizzare delle proiezioni sugli andamenti futuri. Il reperimento delle informazioni ha assunto come arco temporale di riferimento gli ultimi sedici anni (1992-2008), così da permettere l'analisi dei dati in serie storica ed individuare possibili trend.

Nella **terza fase** si è proceduto a raccogliere e sottoporre ad analisi statistica i dati relativi sia all'offerta locale dei servizi sociali e sociosanitari, che alla domanda di assistenza, intesa in termini di utenza servita e potenziale. Da una parte è stato realizzato uno studio sull'andamento della spesa sociale comunale e la sua composizione nel corso del triennio 2004-2006. Dall'altra si è proceduto ad effettuare un censimento dei servizi offerti sul territorio.

Nella **quarta fase** i risultati emersi nelle fasi precedenti saranno esposti e discussi dagli attori locali, che avranno a disposizione il materiale necessario ad individuare caratteristiche, tendenze e criticità del territorio e del sistema di welfare locale, così da poter programmare gli interventi futuri. L'analisi quantitativa offrirà, infatti, la base per individuare e modulare nel tempo gli obiettivi da raggiungere, in termini di ***livelli essenziali di assistenza***.

Conoscere ad esempio il grado di copertura attuale di un servizio e l'andamento della domanda, permetterà di stabilire il grado di copertura da voler garantire in futuro e di modulare il perseguitamento di tale obiettivo in funzione delle risorse umane ed economiche a disposizione.

L'indagine, così configurata, si integra pienamente con il Piano strategico, offrendo la base conoscitiva necessaria alla formulazione di obiettivi strategici ed operativi da perseguire nel tempo. In particolare, essa è in grado di offrire un quadro della situazione attuale e di delineare possibili trend. Permette di mettere in luce le caratteristiche dell'attuale scenario e gli elementi di

criticità, di realizzare proiezioni sulle caratteristiche socio-demografiche della popolazione e sugli andamenti della domanda, sui punti di debolezza previsti, sulla tipologia di servizi soggetti ad una crescita della richiesta, sui costi da sostenere negli anni.

Allo stesso tempo, la ricerca si presta come base di partenza per auspicati sviluppi futuri, che vadano nella direzione di un monitoraggio costante delle azioni intraprese e dell'evoluzione dei bisogni sociali, ma anche della definizione di un vero e proprio sistema di valutazione delle politiche pubbliche, che investa gli aspetti legati alla qualità dei servizi e degli interventi offerti, all'appropriatezza delle scelte, all'efficacia delle politiche adottate e al loro impatto sulla qualità della vita dei destinatari e più in generale sul benessere della comunità locale.

PARTE I
LA DEFINIZIONE DI LEP

Considerazioni preliminari sul concetto di LEP

Quando si affronta il tema dei livelli essenziali delle prestazioni, la prima questione da esaminare è cosa si debba intendere con l'aggettivo “essenziali”.

Nel documento ministeriale “I livelli delle prestazioni nel settore dell’assistenza”, si fa notare che, secondo la teoria generale dei diritti costituzionalmente garantiti, l’aggettivo “essenziale” è da sempre connesso a quel “nucleo” dei diritti stessi che non può essere toccato dal legislatore ordinario senza intaccare la sostanza della garanzia costituzionale. È evidente, quindi, che il nucleo essenziale del diritto e il livello essenziale della prestazione non sono sinonimi, nonostante la concomitanza dell’aggettivo. In particolare, nel settore dei diritti sociali, il “nucleo essenziale” può essere considerato sinonimo di quel “livello minimo” della prestazione al di sotto del quale viene meno la garanzia costituzionale, e che pertanto risulta essere un “livello irrinunciabile” nel momento in cui si progetta una definizione dei livelli essenziali delle prestazioni.

In aggiunta, si prosegue nel documento, dalla discussione che ha preceduto la modifica del Titolo V della Costituzione, sappiamo che si è appositamente evitato di inserire nelle nuove norme costituzionali l’espressione “livello minimo” della prestazione. Il legislatore costituente ha preferito, infatti, servirsi dell’espressione “livello essenziale”, più favorevole al cittadino. Di conseguenza, *il livello essenziale della prestazione risulta essere qualcosa in più rispetto al livello minimo (o irrinunciabile) del diritto.*

Nella determinazione dei LEP sociali, non è possibile, quindi, limitarsi ad identificare una serie di prestazioni minime. Occorre, in primo luogo, individuare il livello minimo ed irrinunciabile delle prestazioni dovute, che si identifica col nucleo essenziale del diritto, e che nella fattispecie concerne tutte quelle prestazioni che sono considerate, oggi, diritti soggettivi perfetti (le prestazioni monetarie assistenziali nazionali). Oltre a queste, tra i livelli essenziali vanno ricomprese una serie di prestazioni ulteriori che si ritiene di voler garantire al cittadino.

In altre parole, è vero che *i livelli essenziali, in quanto rivelatori di profili di diritti che devono essere considerati incomprimibili, sono anche “minimi”, ma non è vero il contrario; i livelli essenziali sono una categoria più ampia dei livelli minimi: li ricomprendono ma non si identificano con essi* (Formez, 2006).

Inoltre, se si considera che la definizione dei livelli essenziali di assistenza emersa sia dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che dalla legge 328/2000 correla i LEP alla presa in carico dei bisogni delle persone, possiamo affermare che, mentre con l’accezione di livelli minimi la condizione finanziaria sarebbe sufficiente a delimitare l’ambito di applicazione delle garanzie dei

diritti sociali, con i livelli essenziali si introduce un parametro ulteriore, l'appropriatezza rispetto alle esigenze del cittadino, che tempera quello esclusivamente finanziario⁹.

Una seconda considerazione da sviluppare riguarda il concetto di esigibilità delle prestazioni. Antecedentemente alla riforma del Titolo V della Costituzione, la materia della determinazione dei LEP era affrontata non tanto in un'ottica pretensiva, finalizzata a potenziare la pretesa giuridica del cittadino a ricevere le prestazioni nel proprio territorio di riferimento, quanto da un punto di vista organizzativo e di spesa. Al contrario, con la costituzionalizzazione del riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni sociali, la nozione di LEP transita dal livello programmatico a quello definitorio, da strumento di pianificazione degli interventi e della spesa a nuovo strumento di tutela dei diritti sociali, che offre precise garanzie per i cittadini.

Ciò non toglie, tuttavia, che il forte ed ineludibile collegamento tra la determinazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali da assicurare e le risorse economiche necessarie a finanziarle faccia sì che si possa accettare un sistema di definizione delle prestazioni graduale e progressivo, secondo il cosiddetto principio della “esigibilità sostenibile”.

Immediatamente esigibili sono, quindi, tutte quelle prestazioni erogate sotto forma di trasferimenti monetari al singolo o al nucleo familiare, che potranno eventualmente essere sottoposte ad un processo di ristrutturazione (come suggerito nel documento ministeriale sopra citato). Accanto ad esse, andranno definite le ulteriori prestazioni da inserire nella “lista” dei livelli essenziali, individuando quelle immediatamente esigibili e quelle esigibili secondo tempi e modalità da stabilire, anche in funzione delle risorse che si renderanno disponibili.

L'introduzione dei LEP come strumento per lo sviluppo delle politiche sociali, sia sul piano dei diritti che dell'offerta dei servizi, è infatti strettamente legata al nodo del finanziamento e dipende dall'incremento della spesa sociale e dalla capacità di reperire risorse economiche addizionali.

Peraltro, il termine stesso “livelli” rimanda al significato di gradualità, di soglia variabile. In questo senso, i livelli (e le prestazioni incluse) si configurano in senso dinamico, sono aggiornabili a seconda della disponibilità di nuove risorse, ma anche dell'introduzione di nuove tecniche ed opzioni assistenziali, o ancora in base all'esito dei confronti tra amministratori-decisorii e cittadini-stakeholders. I livelli essenziali, infatti, si collegano sempre ai bisogni, che possono cambiare nel tempo, ma anche alle prestazioni di servizio, che hanno necessariamente un contenuto in parte tecnico soggetto a sviluppi e mutamenti.

⁹ Cfr. Meloni Guido, *L'ambito di operatività dei livelli essenziali delle prestazioni*, in Formez, *I livelli essenziali delle prestazioni. Questioni preliminari e ipotesi di definizione*, Quaderni n. 46, 2006.

Definire i LEP: questioni metodologiche ed operative

Affrontati alcuni aspetti cruciali relativi al concetto di LEP, passiamo ad analizzare lo stato del dibattito attuale al fine di individuare le principali ipotesi, il loro profilo e le relative finalità. L'obiettivo è di definire un modello, un percorso metodologico, in grado di guidare la sperimentazione a livello locale.

Queste le principali tesi emerse.

LEP come diritti individuali a prestazioni. La prima tesi fa leva sul concetto di esigibilità, a partire dalle esigenze del singolo individuo; in altre parole, la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni dovrebbe portare all'individuazione di diritti sociali esigibili, e quindi a prestazioni certe, a partire da determinate situazioni di bisogno. I livelli essenziali così definiti riguardano, in Italia, solo alcune prestazioni monetarie (come nel caso dell'indennità di accompagnamento), ma non si estendono ai servizi alla persona. In questa accezione, la definizione dei LEP persegue le seguenti finalità: stabilire chi ha diritto ad una prestazione (effettuando delle scelte di priorità in base ai bisogni), garantire l'esigibilità del diritto (e quindi la pretesa giuridica a ricevere una data prestazione), favorire l'equità (erogando la stessa prestazione a tutte le persone con il medesimo bisogno), allargare la platea degli utenti. Date queste premesse, i LEP come diritti individuali a prestazioni sono applicabili unicamente a servizi ed interventi miranti a soddisfare bisogni manifesti e misurabili, ma risultano difficilmente coniugabili con tipologie di prestazioni di carattere promozionale o preventivo.

LEP come tipologie d'offerta / entità delle risorse. La seconda posizione si concentra sul profilo dell'offerta sociale, ritenendo che la definizione dei LEP dovrebbe garantire, su tutto il territorio di riferimento, determinati servizi (o volumi di servizio o risorse finanziarie) in rapporto a parametri predefiniti (come ad esempio il numero di abitanti). In questa accezione, può costituire livello essenziale la presenza di un segretariato sociale in ogni ambito territoriale o di un centro di aggregazione giovanile ogni 50.000 abitanti o ancora una certa entità di spesa procapite (o per popolazione target). Le finalità perseguiti sono quelle di garantire l'omogeneità territoriale nell'offerta sociale e di favorire lo sviluppo dei servizi, laddove esso risulti più carente. Tale definizione, a differenza della precedente, non risulta strettamente ancorata a bisogni manifesti e misurabili e può quindi essere applicata anche a prestazioni di carattere promozionale o preventivo.

LEP come standard di qualità. La terza tesi si concentra sulla qualità del servizio offerto, per cui la definizione dei LEP dovrebbe consistere nel selezionare alcuni criteri qualitativi e definirne gli standard da assicurare su tutto il territorio di riferimento. Anche in questo caso, come nel precedente, le finalità sono quelle di omogeneizzazione territoriale e sviluppo dei servizi, sul piano però della qualità.

Complessivamente, le posizioni sopra richiamate mirano a definire i LEP come risposta alle seguenti domande:

- Chi riceve che cosa?
- Quali servizi, interventi o risorse vanno garantiti in ogni realtà territoriale e/o ogni dato numero di abitanti o portatori di bisogno?
- Quali caratteristiche devono avere le prestazioni fornite?

Tali domande, ovviamente, possono non escludersi a vicenda, ma costituire le diverse dimensioni di un modello più complesso, un approccio definito “completo” o “multidimensionale” alla definizione dei LEP che combina operativamente i diversi livelli concettuali.

Nel procedere alla determinazione dei livelli essenziali, la sfida dovrebbe quindi essere quella di identificare un corretto mix di diritti, tipologie di prestazioni, standard quantitativi e qualitativi, da garantire su tutto il territorio di riferimento. In questi termini, tale definizione ha a che fare con l’idea stessa di welfare che si vuole affermare. Nel determinare cosa qualificare come livello essenziale si gioca il tipo di sistema sociale che intendiamo costruire ed assicurare alla comunità.

La determinazione dei LEP non è, dunque, “politicamente neutra”. I livelli essenziali possono essere applicati per diverse finalità, diverse politiche, che orientano le scelte e che Emanuele Ranci Ortigosa¹⁰ individua come:

- Finalità costitutiva;
- Finalità distributiva-redistributiva;
- Finalità promozionale.

¹⁰ Ranci Ortigosa Emanuele, *L’attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza: i criteri di definizione, le scelte possibili, i rapporti con i LEA*, in AA.VV., *Atti del seminario Livelli essenziali di assistenza: un sistema di interventi e servizi per affermare diritti esigibili*, Bologna, 3 ottobre 2003 e Ranci Ortigosa Emanuele (a cura di), *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, I Quid n. 2, 2008.

La **finalità costitutiva** definisce i livelli essenziali allo scopo di affermare diritti sociali soggettivi, esigibili.

La **finalità distributiva-redistributiva** si pone a garanzia della presenza di certi servizi e prestazioni su tutto il territorio, in termini di tipologia di servizi e di livelli di spesa. Conseguentemente, laddove esistono significative disuguaglianze la funzione distributiva assume una connotazione redistributiva. Ciò significa assicurare uguali risposte ad uguali bisogni attraverso una redistribuzione delle risorse non solo territoriali ma semmai anche fra aree di utenza.

La **finalità promozionale**, di sviluppo, ossia di incremento e miglioramento qualitativo del sistema dei servizi.

Per questa via, il percorso di definizione dei LEP richiederà di:

- individuare i bisogni ai quali si vuole dare risposta, stabilire quali soggetti rientrano in tali finalità e a che condizioni;
- identificare quali prestazioni sono essenziali per quei soggetti;
- definire gli standard quantitativi e qualitativi delle prestazioni identificate come essenziali ed i criteri per renderle esigibili.

Il punto di riferimento è oggi l'articolo 22 della legge 328/2000, che indica interventi, misure e relativi destinatari. Tuttavia, il carattere di generalità delle indicazioni contenute nella norma richiede delle traduzioni concrete, ossia impone delle scelte operative che tengano conto del contesto di riferimento. Ciò significa che, a partire dalla legislazione vigente, occorre individuare i soggetti portatori dei bisogni e le prestazioni attualmente esistenti in grado di rispondere a tali bisogni. Una volta delineato il “quadro storico”, si potrà definire cosa ritenere essenziale, quali sono i livelli di benessere che vogliamo garantire alla comunità, stante lo stato dell’offerta sociale, la disponibilità di risorse economiche e professionali, le dotazioni organizzative e strutturali, l’evoluzione attesa rispetto alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione ed alla domanda di servizi. Definizione, questa, dei diritti sociali e delle prestazioni atte a garantirli, che investe sia la riflessione sull’esistente sia il processo di costruzione di nuove soluzioni.

Essendo tale scelta storicamente determinata, essa deve necessariamente fare i conti con l’appropriatezza delle risposte rispetto ai bisogni, che sono per loro natura articolati e dinamici. In questa direzione, non è automatico che le prestazioni oggi garantite debbano essere garantite anche in futuro nello stesso modo o in misura crescente. Al contrario, occorre riflettere su quanto

viene fatto oggi, se è possibile fare di meglio o diversamente per rispondere efficacemente ad un determinato bisogno. Occorre cioè valutare se gli interventi che oggi vengono erogati siano effettivamente quelli più appropriati ed esclusivi rispetto alle condizioni di bisogno.

Analogamente, se vogliamo sviluppare l'offerta dei servizi sociali (quantitativamente e/o qualitativamente), allargare la platea dei destinatari, individuare nuovi diritti e renderli esigibili, dobbiamo fare i conti con le risorse a disposizione. Ciò non vuol dire negare i diritti o definire al ribasso i livelli essenziali, ma stabilire delle priorità, dei passi intermedi, secondo il già richiamato concetto di esigibilità sostenibile, che renda effettivo il godimento delle prestazioni. Per questa via, possono rientrare nei livelli essenziali sia le prestazioni definite come immediatamente esigibili, da parte di tutti gli utenti in determinate situazioni di bisogno e/o con specifici requisiti, sia quelle che, pur non immediatamente esigibili e ad applicazione graduale, vengono comunque ritenute essenziali.

Cosa importante, sottolineata anche nel recente studio promosso dall'Osservatorio nazionale sulla legge 328/2000, è avere ben chiaro dove si vuole arrivare e, solo in un secondo momento, stabilire attraverso quali passaggi. Poiché, infatti, i livelli essenziali riguardano l'insieme dei diritti sociali ed il complesso delle prestazioni (servizi, interventi e risorse) atti a garantirli, *va costruita un'impostazione e una metodologia generale, assunta per tutte le aree di declinazione, per evitare settorializzazioni ed incoerenze* (Emanuele Ranci Ortigosa, 2008)¹¹.

Dal punto di vista più strettamente operativo, la definizione dei LEP richiede l'assunzione di opportuni indicatori, la cui conoscenza è fondamentale per orientare le scelte ed individuare le priorità. Se, infatti, i livelli essenziali possono essere definiti come diritti individuali; tipologia e quantità di offerta; fattori di qualità, allora sarà necessario tener conto dei seguenti aspetti:

- la condizione di bisogno (ad es. tutti gli anziani non autosufficienti hanno diritto a...);
- la funzione assistenziale (ad es. un segretariato sociale ogni ambito territoriale);
- le risorse finanziarie (ad es. una spesa procapite pari a...);
- le risorse professionali (ad es. un assistente sociale ogni tot abitanti);

¹¹ Un'impostazione analoga si trova anche in Chiara Saraceno (2005), che a commento del documento ministeriale del 2004 scrive: “...a mio parere correttamente, si dice che è importante definire preliminarmente quali sono gli obiettivi, anche se possono non esserci subito tutte le risorse necessarie; in modo non solo da scaglionarne la realizzazione nel tempo, ma di avere un quadro di riferimento relativamente stabile rispetto al quale di volta in volta destinare le risorse che si rendono disponibili, invece di procedere, come si è fatto sinora, in modo semplicemente incrementale/fragmentato, con effetti non solo di dispersione, ma anche di contraddittorietà e di ulteriore aumento del grado di eterogeneità”.

- le caratteristiche di processo (ad es. progetti personalizzati di presa in carico per le persone con disabilità).

Da qui l'importanza della ricerca promossa sul territorio mantovano, che permette di acquisire importanti informazioni rispetto a:

- i portatori di bisogno (da un punto di vista quantitativo e di andamento nel tempo, ad es. il numero attuale di anziani e quello atteso nei prossimi anni);
- la tipologia di risposte offerte e il grado di copertura del bisogno (dato dalla percentuale dei soggetti portatori di bisogno che ricevono una determinata prestazione);
- le dotazioni infrastrutturali (il numero di strutture/posti letto/ore di assistenza per abitante o portatore bisogno);
- la spesa (per abitante, utente o portatore di bisogno);
- gli standard di servizio (per abitante, utente o portatore di bisogno).

Un ultimo punto riguarda il monitoraggio e la valutazione dei LEP. Una volta definiti i livelli essenziali, occorre, per renderli reali, verificare la quantità e varietà delle misure effettivamente attivate e valutare la loro efficacia. Occorre cioè misurare, nel tempo, quanto si spende, cosa e quanto si da, con che indici di risposta validi ed efficaci; in altre parole, occorre valutare il grado di copertura e soddisfazione dei diritti, per confermare o modificare le politiche adottate.

I LEP come processo partecipato e condiviso

Da quanto finora esposto, emerge come i livelli essenziali in campo sociale impongano delle scelte di carattere politico, abbiano a che fare con l'idea di welfare che si vuole affermare, definiscano i livelli di benessere che si vogliono garantire ad una collettività, pur potendo assumere un carattere flessibile e progressivo in relazione al contesto di riferimento. Essi tengono continuamente viva una tensione tra stati del mondo reali e stati apprezzati o preferiti; costituiscono un mezzo di anticipazione rispetto a caratteristiche del sistema sociale che si vogliono garantire e a rischi che si vogliono evitare, ma possono anche essere costruiti in senso dinamico, incrementale, ad applicazione graduale.

In questa direzione, per evitare che le scelte effettuate non corrispondano al sentire della collettività, non risultino appropriate rispetto ai bisogni, vengano giudicate frutto della discrezionalità di quel politico piuttosto che di un altro e divengano fonte di conflitto invece che di coesione sociale, è necessario che siano sostenute da analisi rigorose della situazione, ma

soprattutto risultino il frutto di un processo di condivisione, che *negozi i punti di vista soggetti per renderli oggettivi* (Ciocia, 2007).

Solo attraverso una prassi di *governance* allargata è possibile, infatti, radicare un'assunzione di responsabilità da parte della comunità. E questo è vero, non soltanto nella fase di analisi della situazione e di individuazione delle priorità, ma anche in quella di implementazione e valutazione dei risultati.

Pensiamo, ad esempio, che in un qualsiasi Comune sono presenti tanti giacimenti informativi quanti sono i soggetti in vario modo coinvolti nell'erogazione di prestazioni sociali, siano essi attori istituzionali o meno. Tali giacimenti il più delle volte vengono utilizzati in modo autoreferenziale, mentre potrebbero costituire, se condivisi, un veicolo importante di comprensione della complessità sociale di un territorio, di approfondimento conoscitivo dei bisogni e del sistema di offerta locale, di intercettazione di nuove domande sociali e di integrazione delle prestazioni.

Ma non solo. Un'ampia letteratura suggerisce come i servizi e gli interventi garantiti dai LEP debbano necessariamente misurarsi con le motivazioni, la volontà, il sentire e le scelte delle persone interessate. La costruzione del sistema dei servizi dovrebbe, cioè, incentrarsi sulla condivisione e la partecipazione degli individui e delle famiglie, da considerare non più utenti passivi ma protagonisti del sistema, attraverso la definizione di percorsi di risposta che coinvolgano i diversi soggetti interessati e valorizzino l'autonomia e la responsabilità degli individui. I LEP dovrebbero quindi essere raggiunti, oltre che con l'apporto di competenze professionali specializzate, coinvolgendo le conoscenze acquisite dalle persone, nel contesto familiare e ambientale, mediante lo svolgimento di attività di “cura informale”, che dovrebbero essere valorizzate ed impiegate per la definizione di progetti mirati (Formez, 2006). In questo modo, la personalizzazione (piuttosto che la standardizzazione) degli interventi diverrebbe essa stessa condizione dell'appropriatezza dei LEP¹². Laddove, come scrive Fabio Folgheraiter¹³, *la trappola del welfare state è stata quella di pensare di poter risolvere i problemi degli altri, piuttosto che di fare assieme e di sostenere il fare assieme*.

¹² Tale impostazione, che ritroviamo in molti autori, viene sottolineata anche nel documento ministeriale “I livelli delle prestazioni nel settore dell’assistenza”, dove si legge: “...nel settore dell’assistenza, trattasi di prestazioni legate a bisogni specifici dei destinatari e alla loro situazione personale. È pertanto necessario che tali prestazioni siano modulate caso per caso e secondo logiche non di standardizzazione ma di una vera e propria individualizzazione”.

¹³ Folgheraiter Fabio, *La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni (oltre i Piani di zona)*, Edizioni Erickson, 2006.

Per questa strada, si determinerebbe un'accumulazione di capitale sociale e l'amministrazione potrebbe avvalersi di risorse aggiuntive, rispetto a quelle pubbliche, date dalle competenze e capacità che le persone e le famiglie sviluppano quotidianamente per fronteggiare le situazioni di disagio che incontrano nel corso della propria vita, nonché dalle risorse umane e finanziarie imputabili a forme di auto-organizzazione, reciprocità e lavoro volontario.

Ciò che interessa rilevare, come sottolinea Alfonsina Rinaldi¹⁴, è che la partecipazione, la condivisione e l'assunzione di responsabilità dei cittadini e della comunità, nella progettazione e realizzazione dei servizi, rendono praticabili percorsi di azione altrimenti preclusi e facilitano il raggiungimento di obiettivi che in loro assenza non potrebbero essere raggiunti o potrebbero essere raggiunti a costi maggiori.

Da ultimo il problema dell'esigibilità dei livelli essenziali. Ovviamente esistono diverse modalità per rendere esigibili le prestazioni, come la possibilità di ricorrere alla Magistratura civile o alla Giustizia amministrativa. Ma si può pensare anche a forme di tutela extragiudiziale, interne alle pubbliche amministrazioni, quali il difensore civico, o insite nelle stesse politiche sociali, come la carta per la cittadinanza sociale¹⁵ o il progetto individuale di assistenza. In proposito, Emanuele Ranci Ortigosa¹⁶ afferma che possono esistere, e su questo terreno è molto importante che si usino, forme di tutela e negoziazione sociale, soprattutto se si pensa a definizioni dei livelli essenziali non solo in termini di diritti individuali, ma di livelli di servizio. Forme e strumenti quindi che, in un contesto di forte localizzazione delle politiche sociali, possano dar vita, come scrive Elena Ferioli¹⁷, ad *un sistema in cui l'attuazione del diritto sociale viene portata al livello del governo locale e passa attraverso la conclusione di un patto tra governati e governanti nel quale si individuano percorsi assistenziali che concretizzano la pretesa al soddisfacimento del diritto*,

¹⁴ Rinaldi Alfonsina, *Il processo di definizione dei LEP*, in Formez, *I livelli essenziali delle prestazioni. Questioni preliminari e ipotesi di definizione*, Quaderni n. 46, 2006.

¹⁵ Nel Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2001-2003 si legge: “La carta dei servizi sociali, intesa e realizzata come “carta per la cittadinanza sociale”, non si limita a regolamentare l’accesso ai servizi riproducendo la logica dei soggetti erogatori, ma si concentra sulle persone che hanno bisogno di accedere ai servizi. In tal senso la carta dei servizi sociali viene a caratterizzarsi come percorso progettuale finalizzato a conseguire gli obiettivi di promozione della cittadinanza attiva, consapevole nella popolazione, nelle istituzioni e nei servizi. Il termine “cittadinanza” si collega strettamente ai diritti che ogni persona ritiene le debbano essere riconosciuti nella vita quotidiana e nelle situazioni di bisogno. La logica dei diritti sociali nella carta per la cittadinanza si collega strettamente con la logica dei doveri o meglio ancora dell’incontro tra diritti e doveri sociali”.

¹⁶ Ranci Ortigosa Emanuele, *L’attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza: i criteri di definizione, le scelte possibili, i rapporti con i LEA*, in AA.VV., *Atti del seminario Livelli essenziali di assistenza: un sistema di interventi e servizi per affermare diritti esigibili*, Bologna, 3 ottobre 2003.

¹⁷ Ferioli Elena, *Liveas: dalla discrezionalità all'esigibilità?*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie* n. 21/2003.

attraverso l'integrazione pubblico/privati e la responsabilità dei soggetti istituzionali e sociali per la costruzione di una effettiva comunità solidale.

Bibliografia

- AA.VV., *Atti del seminario “Livelli essenziali di assistenza: un sistema di interventi e servizi per affermare diritti esigibili”*, Bologna, 3 ottobre 2003.
- AA.VV., *Livelli essenziali delle prestazioni sociali. Dai principi alla pratica?*, Speciale Prospettive sociali e sanitarie n. 15-17/2003.
- Anci, *Valutazioni e proposte per la definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale*, Roma 2003.
- Candela Anna Maria, *Gli investimenti sociali delle Regioni e i Lep*, in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 17/2008.
- Cgil, Cisl e Uil, *Linee di orientamento per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali*, Roma, 2003.
- Ciocia Antonella (a cura di), *Per un welfare dalla parte dei cittadini. Aspetti territoriali della domanda delle politiche sociali*, Volume primo, Carocci editore, Roma, 2007.
- Cnel, *L'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e la tutela della non autosufficienza. Osservazioni e proposte*, Roma, 2006.
- Da Col Paolo, *I livelli essenziali di assistenza sociosanitari*, in Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone n. 2/2003.
- Ferioli Elena, *I livelli essenziali di assistenza: dalle prestazioni ai diritti*, in Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone n. 2/2003.
- Ferioli Elena, *Liveas: dalla discrezionalità all'esigibilità?*, in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 21/2003.
- Ferioli Elena, *I diritti sociali tra decentramento e livelli essenziali*, in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 16/2006.
- Ferrari Mauro, *Sussidiarietà ambigue*, in Liquidi solidali, paper realizzato per il Dipartimento di Sociologia dell'Università di Padova, XIX ciclo di dottorato di ricerca, anno 2004-2005.
- Folgheraiter Fabio, *La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni (oltre i Piani di zona)*, Edizioni Erickson, 2006.
- Formez, *I livelli essenziali delle prestazioni. Questioni preliminari e ipotesi di definizione*, Quaderni, n. 46, 2006.
- Formez, *I sistemi regionali di rilevazione e monitoraggio della domanda e dell'offerta di servizi sociali*, Materiali, 2007.
- Forum del Terzo Settore, *Livelli essenziali di assistenza - art. 22 l.328/00*, Roma 2003.
- Gori Cristiano, *I livelli essenziali di assistenza*, in La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della legge 328 e le sfide future, Carocci Editore, Roma, 2002.
- Leone Liliana, *Livelli essenziali e concezione multidimensionale*, in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 13/2006.
- Meloni Guido, *Determinazione dei Liveas*, in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 21/2003.
- Menegatti Valentina, *Indirizzi regionali di attuazione della legge n. 328/2000 e i livelli essenziali delle prestazioni sociali*, Osservatorio Isfol, n. 5/2006.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza*, Roma, 2004.
- Ministero della Solidarietà sociale, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Roma, 2006.
- Napolitano Giulia M., *Tendenze delle politiche regionali nel settore socio-assistenziale*, in Quarto Rapporto annuale sullo stato del regionalismo in Italia, ISSIRFA, Milano, 2007.
- Ranci Ortigosa Emanuele, *Il Piano sociosanitario lombardo*, in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 21/2002.
- Ranci Ortigosa Emanuele, *In tema di Lep*, in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 1/2005.

Ranci Ortigosa Emanuele (a cura di), *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, I Quid n. 2, 2008.

Saraceno Chiara, *I livelli essenziali di assistenza nell'assetto federale italiano*, Reforme Associazione, Milano, 2005.

PARTE II

IL CENSIMENTO DELL'OFFERTA SOCIALE¹⁸

¹⁸ Il censimento dell'offerta sociale nel Comune di Mantova è stato condotto da Zaira Bassetti. La ricostruzione dei servizi e degli interventi è stata realizzata sulla base delle informazioni disponibili on-line, nelle pagine dell'Assessorato alle Politiche Sociali Partecipative e dell'Accoglienza del Comune di Mantova, e all'interno dei documenti ufficiali dell'Amministrazione comunale. Successivamente, le informazioni raccolte sono state integrate e convalidate dall'Assessorato competente.

La griglia di rilevazione dei servizi e degli interventi sociali

Il punto di riferimento per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, come precedentemente richiamato, rimane l'art. 22 della legge 328/2000, che compone tali livelli attraverso l'individuazione delle aree di bisogno e l'identificazione delle prestazioni e degli interventi necessari a soddisfare i bisogni individuati.

È possibile schematizzare le indicazioni fornite dalla legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali attraverso la seguente tavola¹⁹.

Tavola 1 - I livelli essenziali delle prestazioni sociali, per aree di funzioni/attività e aree di intervento sociale*

Area di funzioni e attività	Area di intervento	Diritti dei minori e sostegno alle responsabilità familiari	Anziani	Disabili	Azioni di contrasto delle povertà e dell'esclusione sociale**
Segretariato sociale e servizio sociale professionale	c) d) e) i)	b) d) g) i)	b) d) f) i)	a) d) e) h) i)	
Servizi di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare	c) e)	g)	f)	a) e)	
Assistenza domiciliare	c) d)	d) g)	f) d)	a) d)	
Assistenza diurna e semiresidenziale	c) d)	g)	f)	a) i)	
Assistenza residenziale	c)	g)	f)	a) i)	

* L'area *Immigrazione* non figura come area a sé, ma è ricompresa trasversalmente nelle altre aree.

** L'area *Azioni di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale* comprende anche le misure per contrastare le dipendenze.

¹⁹ Tratto da: Anci, *Valutazioni e proposte per la definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale*, Roma 2003.

Legenda (art. 22 comma 2 legge 328/2000):

- a) Misure di contrasto delle povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora.
- b) Misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere atti propri della vita quotidiana.
- c) Interventi di sostegno per minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.
- d) Misure per il sostegno delle responsabilità familiari, al fine di favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cure familiari.
- e) Misure di sostegno alle donne in difficoltà.
- f) Interventi per la piena integrazione delle persone disabili, realizzazione dei centri socio-riabilitativi, delle comunità alloggio, e dei servizi di accoglienza e di comunità per quelli privi di sostegno familiare nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie.
- g) Interventi per la popolazione anziana e disabile, per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, nonché di accoglienza e socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che non sono assistibili a domicilio.
- h) Prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
- i) Informazione e consulenza alle persone e alle famiglie, per favorire l'accesso ai servizi e promuovere iniziative di auto aiuto.

Date tali premesse, è stato realizzato un censimento degli interventi e servizi sociali offerti nel Comune di Mantova, organizzato in base alle prestazioni che la legge ritiene debbano essere previste per ogni ambito territoriale.

➤ ***Servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari***

Denominazione servizio	Destinatari	Gestore del servizio	Modalità
Segretariato sociale	Multiutenza	Comune di Mantova	Gratuito
Servizio sociale professionale	Multiutenza	Comune di Mantova	Gratuito
Affidi etero-familiari	Minori	Consultorio della ASL	Gratuito
Informagiovani	Giovani	Comune di Mantova	Gratuito
SERT	Dipendenze	ASL	Gratuito
NOA	Dipendenze	ASL	Gratuito

➤ ***Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari***

Denominazione servizio	Destinatari	Gestore del servizio	Modalità
Centro Accoglienza donne	Donne in difficoltà	Comune Mantova / Associazioni	Gratuito
Pensionato sociale	Immigrati	ASPeF / Comune Mantova	Pagamento
Centro di pronto intervento	Persone in difficoltà	Comune di Mantova	Gratuito
Dormitorio	Persone in difficoltà	ASPeF / Comune Mantova	Gratuito
Emergenza caldo/freddo	Persone in difficoltà	ASL / Comune Mantova / ASPeF	Gratuito
CASA San Simone Centro ascolto e servizi prima assistenza	Persone in difficoltà	AGAPE Onlus	Gratuito
Mensa presso CASA San Simone	Persone in difficoltà	AGAPE Onlus	Gratuito
Comunità Alloggio	Persone in difficoltà	AGAPE Onlus	Gratuito

➤ ***Assistenza domiciliare***

Denominazione servizio	Destinatari	Gestore del servizio	Modalità
Servizio di Assistenza Domiciliare	Anziani	ASPeF	ISEE
Servizio di Assistenza Domiciliare	Disabili	Comune di Mantova	ISEE
Servizio di educativa domiciliare	Disabili	ASPeF	ISEE
Telesoccorso	Anziani/Disabili	ASPeF	Gratuito
Servizio di educativa domiciliare	Minori	ASPeF	Gratuito
Buoni sociali	Anziani/Disabili/Minori	Comune di Mantova	Bando

➤ *Assistenza diurna e semiresidenziale*

- **CDI (Centro Diurno Integrato)**
- **CDD (Centro Diurno per Disabili)**
- **CSE (Centro Socio-Educativo)**
- **SFA (Servizio di Formazione all'Autonomia)**
- **CRED (Centro Ricreativo Estivo Diurno)**
- **CAG (Centro di Aggregazione Giovanile)**

Denominazione servizio	Destinatari	Gestore del servizio	Modalità
CDI A. Bertolini	Anziani	ASPeF	ISEE
CDI Fondazione Mons. Arrigo Mazzali	Anziani	Fondazione Mons. Arrigo Mazzali	ISEE
CDD ANFFAS	Disabili	Ass. ANFFAS Mantova	Gratuito
CDD Tam Tam	Disabili	Coop. Sociale a r.l. Società Dolce	Gratuito
CDD Centro Accoglienza	Disabili	Ass. Casa del Sole	Gratuito
CDD Fior di Loto	Disabili	Coop. Sociale a r.l. Fior di Loto	Gratuito
CSE	Disabili	Ass. ANFFAS Mantova	Gratuito
SFA (vari)	Disabili	Provincia di Mantova	Gratuito
CDI Associazione Don Calabria	Minori	Ass. Don Calabria	Gratuito
CDI Coop. Il cerchio magico	Minori	Coop. Il cerchio magico	Gratuito
CRED Rodari	Minori	Comune di Mantova	ISEE
CRED Visentini	Minori	Comune di Mantova	ISEE
CRED Montessori	Minori	Comune di Mantova	ISEE
Asili Nido (4 comunali)	Minori	Comune di Mantova	ISEE
Asili Nido (5 privati)	Minori	Privato autorizzato	Retta
CAG	Giovani	ASPeF, in convenzione con privato sociale	Gratuito

➤ **Assistenza residenziale**

- **RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale)**
- **RSD (Residenza Sanitaria per Disabili)**
- **CSS (Centro Socio Sanitario)**

Denominazione servizio	Destinatari	Gestore del servizio	Modalità
RSA Casa Pace	Anziani	Istituto Sorelle della Misericordia	ISEE
RSA Isabella D'Este	Anziani	ASPeF	ISEE
RSA Mons. Arrigo Mazzali	Anziani	Fondazione Mons. Arrigo Mazzali	ISEE
RSA - ASPeF Luigi Bianchi	Anziani	ASPeF	ISEE
Mini alloggi protetti	Anziani	Comune di Mantova	Analisi situazione personale
RSD Il posto delle fragole	Disabili	Consorzio Sol.Co	ISEE
RSD Rosso Nano	Disabili	Consorzio Sol.Co	ISEE
CSS - Comunità Alloggio	Disabili	Comune di Mantova, in convenzione con privato sociale	ISEE
Comunità educativa per minori Casa del Bosco 1	Minori	Coop. Sociale Onlus Villaggio SOS di Mantova	Gratuito
Comunità educativa per minori Casa del Bosco 2	Minori	Coop. Sociale Onlus Villaggio SOS di Mantova	Gratuito
Comunità educativa Casa Rocchevime	Minori	Coop. Sociale Onlus Villaggio SOS di Mantova	Gratuito

➤ **Misure di sostegno al reddito e servizio alloggio**

Denominazione servizio	Destinatari	Gestore del servizio	Modalità
Assistenza economica	Personne in difficoltà	Comune di Mantova	Bando
Assegnazione alloggi	Personne in difficoltà	Comune di Mantova	Bando/Riserva
Sostegno affitti	Personne in difficoltà	Comune di Mantova	Bando

➤ *Altri servizi e progetti*

Denominazione servizio	Destinatari	Gestore del servizio	Modalità
Mense scolastiche (materne, elementari, medie)	Minori	CIR	ISEE
Trasporti scolastici (materne, elementari, medie)	Minori	Comune di Mantova	ISEE
Progetti per pre-adolescenti (FATECI SPAZIO; SPAZIO RAGAZZI; PREADOLESCENTI? SI, GRAZIE)	Minori	Comune di Mantova	Gratuito
Servizio Trasporto	Anziani	Comune di Mantova, in convenzione con privato sociale	Quota per viaggio
Servizio Trasporto	Disabili	Comune di Mantova, in convenzione con privato sociale	Gratuito
Servizio Terapia Riabilitativa in acqua	Disabili	ASPeF	Gratuito
Inserimenti lavorativi	Persone in difficoltà	Provincia Mantova / Comune Mantova / Consorzio Sol.Co	Gratuito
Progetto DIMORA	Povertà estrema e senza fissa dimora	AGAPE, CASA San Simone, Ass. Abramo, Coop. Arianna e Acquario, SERT e ASL di Mantova, CSSA di Mantova, Servizio Sociale Provincia Mantova	Gratuito
Iniziative interne all'istituto carcerario	Detenuti	Associazioni	Gratuito
Iniziative esterne all'istituto carcerario	Detenuti ed ex detenuti	Associazioni	Gratuito
Housing Sociale	Ex detenuti	Associazioni	Gratuito
Interventi di mediazione culturale	Nomadi	Convenzione con l'organizzazione non profit Opera Nomadi.	Gratuito
Inserimento lavorativo e autonomia economica	Nomadi	Comune di Mantova, Consorzio	Gratuito

PARTE III

L'ANALISI DEL CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO²⁰

TENDENZE ATTUALI E ANDAMENTI FUTURI

²⁰ L'analisi del contesto socio-demografico del Comune di Mantova è stata realizzata da Daniela Bucci e Roberto Fantozzi con la collaborazione di Zaira Bassetti.

1. Il contesto socio-demografico del Comune di Mantova

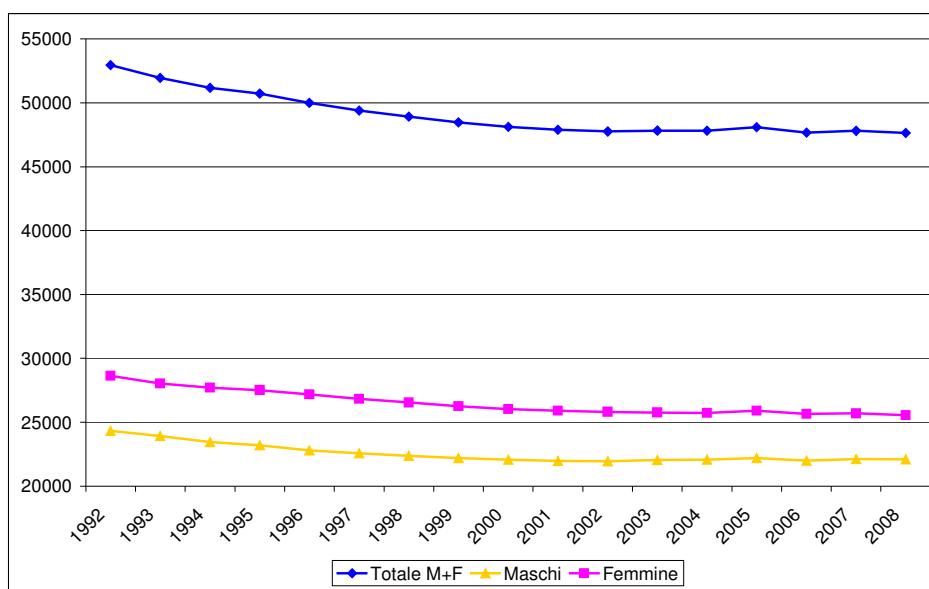
Il presente lavoro è volto ad offrire un quadro della situazione socio-demografica del Comune di Mantova: scenario di riferimento indispensabile per la definizione delle politiche sociali a livello locale. Al fine di programmare adeguatamente le iniziative ed i provvedimenti sul territorio, risulta infatti indispensabile, per un Ente pubblico, conoscere le caratteristiche della popolazione residente.

Di seguito, si illustreranno alcuni andamenti sociali e demografici del Comune lombardo, come oggi si evidenziano e come si prevede possano essere nei prossimi anni, attraverso l'ausilio di opportuni indicatori, avvalendosi di elaborazioni effettuate su dati ufficiali.

1.1 La dinamica demografica

La popolazione residente nel Comune di Mantova, al primo gennaio 2008, ammonta a 47.649 individui. Di questi il 46,4% (22.103 unità) sono maschi, a fronte di una presenza femminile pari al 53,6%, superiore di 3.443 unità.

Grafico 1 - Serie storica della popolazione del Comune di Mantova totale e divisa per sesso al 1° gennaio (Anni 1992-2008)



Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Analizzando la serie storica (grafico 1), risulta evidente come dal 1992 la popolazione abbia fatto registrare una generale diminuzione, con un decremento medio annuo pari allo 0,6%. L'andamento decrescente si è rivelato continuo fino al 2002, al contrario di ciò che è accaduto

negli ultimi sei anni caratterizzati da un alternarsi di anni di crescita ad anni di riduzione del numero di abitanti.

Tabella 1 - Serie storica dei tassi di variazione della popolazione nel Comune di Mantova (Anni 1992-2008)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1992-2008
Tasso di variazione della popolazione	-	-1,9	-1,5	-0,9	-1,4	-1,2	-1,0	-0,9	-0,7	-0,5	-0,3	0,2	0,0	0,6	-0,9	0,3	-0,3	-10,0

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Prendendo in esame l'intero arco temporale di riferimento, si può osservare (tabella 1) come la popolazione residente a Mantova, dal 1992 al 2008, sia diminuita complessivamente del 10,0%, con un decremento pari a 5.312 unità; laddove si è registrato, invece, un aumento del 5,0% a livello nazionale e dell'8,8% nella Regione Lombardia.

A Mantova, il fenomeno di contrazione della popolazione ha interessato entrambi i sessi. Tuttavia, è possibile notare come, pur in presenza di una prevalenza di donne, nel corso del periodo considerato la componente femminile sia diminuita in misura maggiore rispetto a quella maschile (-10,8% vs -9,2%).

Il progressivo decremento della popolazione mantovana trova conferma osservando il *tasso di crescita naturale*²¹, che rappresenta il saldo tra il *tasso di natalità*²² ed il *tasso di mortalità*²³.

Come si evince dalla tabella 2, il tasso di crescita naturale ha fatto registrare, in tutti gli anni presi in considerazione, valori costantemente negativi, toccando la punta del -8‰ nel 1994. Ciò che, comunque, occorre evidenziare è un suo progressivo miglioramento nel tempo (nel 2007 si è ridotto del 2,3‰ rispetto al 1992: -4,3‰ vs -6,6‰), frutto di una contemporanea ripresa del tasso di natalità e riduzione del tasso di mortalità.

Un ulteriore indicatore, utile a comprendere la dinamica demografica, è il *tasso migratorio totale*²⁴, che misura le variazioni della popolazione residente imputabili al saldo migratorio²⁵.

²¹ Il tasso di crescita naturale è la differenza tra il tasso di natalità ed il tasso di mortalità.

²² Il tasso di natalità è il rapporto tra il numero di nati nell'anno e la popolazione media, moltiplicato per 1.000.

²³ Il tasso di mortalità è il rapporto tra il numero di morti nell'anno e la popolazione media, moltiplicato per 1.000.

²⁴ Il tasso migratorio totale è il rapporto tra il saldo migratorio dell'anno e la popolazione media, moltiplicato per 1.000.

Osservando la tabella 2, possiamo constatare come il tasso migratorio totale abbia assunto valori costantemente negativi fino all'inizio del nuovo millennio, per poi invertire la tendenza ed acquistare segno opposto a partire dal 2002 (fatta eccezione per l'anno 2005).

Date tali premesse, esaustivo per la comprensione del decremento demografico è l'andamento del *tasso di crescita totale*²⁶. Dalla serie storica (tabella 2) si evidenziano valori prevalentemente negativi, seppure con una tendenza al progressivo miglioramento. In particolare, se ci soffermiamo sugli estremi dei sedici anni considerati, possiamo constatare che, mentre nel 1992 si perdevano più di 19 individui ogni 1.000 abitanti, nel 2006 si è arrivati a guadagnarne circa 3, anche se nel 2007 si è registrata di nuovo una perdita di 3,3 individui ogni 1.000 abitanti.

Tabella 2 - Serie storica dei tassi di natalità, mortalità, crescita naturale, migratorio totale, crescita totale nel Comune di Mantova (Anni 1992-2007)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Tasso di natalità	6,3	6,0	5,5	5,7	7,2	6,8	7,1	8,0	7,3	6,0	7,7	7,0	8,1	8,3	8,0	8,5
Tasso di mortalità	12,9	12,6	13,5	12,8	14,6	13,7	13,1	14,9	11,8	9,3	13,2	13,8	12,4	13,1	11,5	12,8
Tasso di crescita naturale	-6,6	-6,6	-8,0	-7,1	-7,4	-6,9	-6,0	-6,9	-4,5	-3,3	-5,5	-6,8	-4,3	-4,8	-3,5	-4,3
Tasso migratorio totale	-12,6	-11,2	-2,1	-10,7	-7,2	-4,2	-5,3	-3,7	-1,8	-4,7	7,0	6,7	10,2	-4,3	6,4	1,0
Tasso di crescita totale	-19,2	-17,8	-10,1	-17,8	-14,6	-11,1	-11,3	-10,6	-6,3	-8,0	1,5	-0,1	5,9	-9,1	2,9	-3,3

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

L'interesse degli indicatori sopra illustrati risiede, oltre che nel loro significato demografico, anche nella capacità di rinviare a fenomeni sociali più complessi. Se, infatti, il tasso di variazione della popolazione ed il tasso di crescita totale permettono di rilevare i cambiamenti che intervengono nella consistenza della popolazione, segnalando l'esistenza di processi demografici in atto sul territorio, per un'analisi più approfondita della dinamica demografica è necessario stabilire anche la natura di questi processi, ossia le cause della variazione della popolazione. A tal

²⁵ Il saldo migratorio è la differenza tra le iscrizioni e cancellazioni anagrafiche registratesi in un determinato periodo in conseguenza dei trasferimenti della dimora abituale.

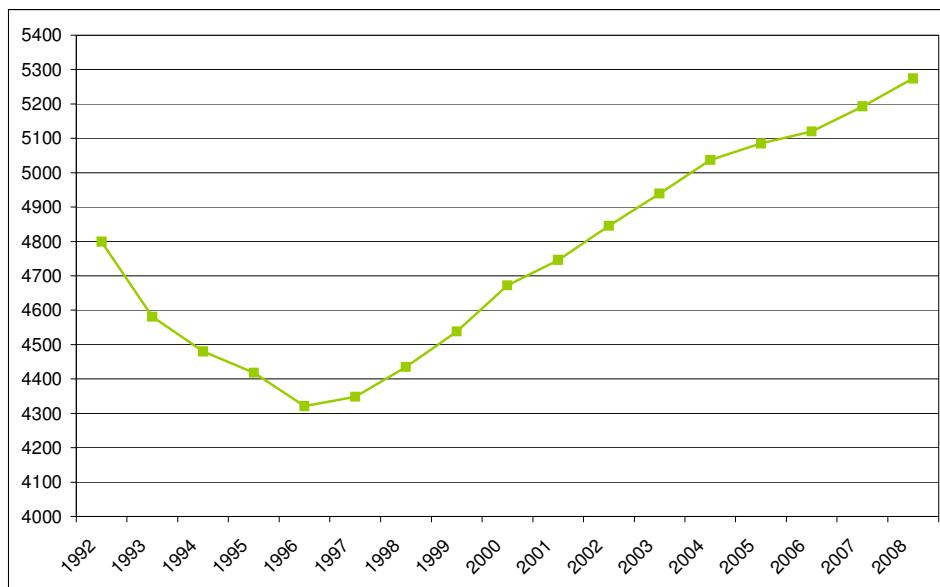
²⁶ Il tasso di crescita totale è la somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio totale.

fine, è indispensabile prendere in considerazione le componenti che intervengono in essa, quale risultato di due processi distinti: la crescita naturale della popolazione ed i movimenti migratori. Gli andamenti di natalità, mortalità e migrazione evidenziano fenomeni legati ai comportamenti della popolazione e alle condizioni di vita, e chiamano dunque a riflessioni sui modelli familiari, le caratteristiche del contesto socio-territoriale, il livello di benessere, la possibilità di accesso alle cure mediche, la disponibilità di servizi, le condizioni occupazionali.

1.2 La struttura della popolazione

Stante la generalizzata riduzione della popolazione complessiva, si osservano nel Comune lombardo forti differenziazioni nelle diverse fasce di età.

Grafico 2 - Serie storica della popolazione 0-14 anni del Comune di Mantova al 1° gennaio (Anni 1992-2008)



Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Nell'arco dei sedici anni in esame, è possibile notare come l'andamento della popolazione 0-14 anni abbia subito una netta inversione di tendenza (grafico 2). Se, infatti, fino alla metà degli anni '90 si è registrata una continua diminuzione del numero di bambini ed adolescenti, a partire dal 1997 è iniziato un percorso di segno opposto, che ha visto aumentare ininterrottamente la presenza dei minori fino a 14 anni, arrivati nel 2008 a costituire il 11,1% (pari a 5.274 unità) della comunità residente nel territorio comunale.

Ciò significa che rispetto al 1992 la popolazione 0-14 anni è aumentata del 9,9% (tabella 3), valore inferiore a quello registrato nella Regione Lombardia, pari al 12,0%, ma di segno decisamente opposto al dato Paese: -4,4%. Tale incremento si deve soprattutto alle fasce di età più giovani.

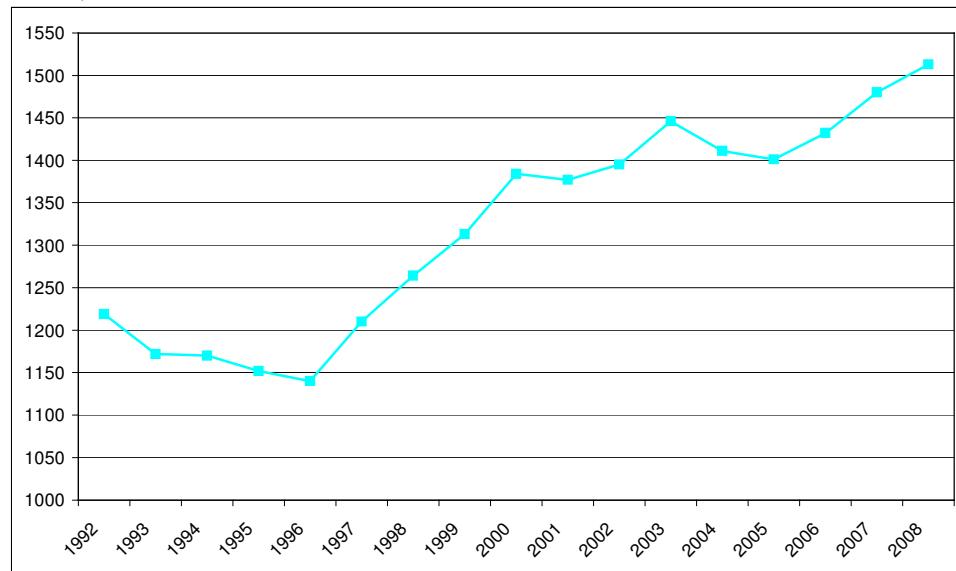
Tabella 3 - Serie storica dei tassi di variazione della popolazione 0-14 anni nel Comune di Mantova (Anni 1992-2008)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1992-2008
Tasso di variazione della popolazione 0-14	-	-4,5	-2,2	-1,4	-2,2	0,6	2,0	2,3	3,0	1,6	2,1	1,9	2,0	1,0	0,7	1,4	1,6	9,9

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Quando si parla di minori, un'attenzione particolare spetta ai bambini di età compresa tra 0 e 3 anni, destinatari di interventi per la prima infanzia chiamati a rispondere alle esigenze delle famiglie con figli piccoli.

Grafico 3 - Serie storica della popolazione 0-3 anni del Comune di Mantova al 1° gennaio (Anni 1992-2008)



Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Dall'analisi condotta emerge una tendenza, nel Comune di Mantova, all'aumento della fascia di età 0-3 anni, seppure con un andamento altalenante (grafico 3). Sulla falsariga di quanto già

evidenziato nel grafico 2, dopo una prima fase decrescente, protrattasi fino al 1996, è iniziato un processo di segno inverso, che in questo caso ha subito però diverse battute di arresto: nel 2001 e nel biennio 2004-2005. L'apice della presenza di piccoli si è registrata nel 2008, con 1.513 minori fino a 3 anni, che vanno a costituire il 28,7% dell'intera popolazione 0-14 anni.

Complessivamente, nei sedici anni in esame, si calcola un incremento dei bambini tra 0 e 3 anni del 24,1%, a fronte del 31,6% segnato dalla Lombardia e del 7,2% relativo al dato Paese.

Complessivamente, i dati sui minori vanno letti tenendo in considerazione una variabile fondamentale: la presenza della popolazione straniera e la sua continua crescita. Approfondiremo in seguito il tema dei migranti, qui è importante sottolineare che l'incremento di bambini ed adolescenti deve essere attribuito soprattutto ad un maggior numero di nascite tra gli stranieri ed ai ricongiungimenti familiari verificatisi tra gli immigrati presenti nel territorio comunale.

Tabella 4 - Serie storica della popolazione 0-14 e 0-3 anni del Comune di Mantova al 1° gennaio e Tassi di variazione (Anni 2003-2008)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Tasso di variazione 2003-2008
Minori 0-14	4939	5037	5085	5120	5193	5274	6,8%
<i>di cui non stranieri</i>	4453	4518	4467	4426	4463	4477	0,5%
<i>di cui stranieri</i>	486	519	618	694	730	797	64,0%
Minori 0-3	1446	1411	1401	1432	1480	1513	4,6%
<i>di cui non stranieri</i>	1268	1247	1195	1202	1221	1231	-2,9%
<i>di cui stranieri</i>	178	164	206	230	259	282	58,4%

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

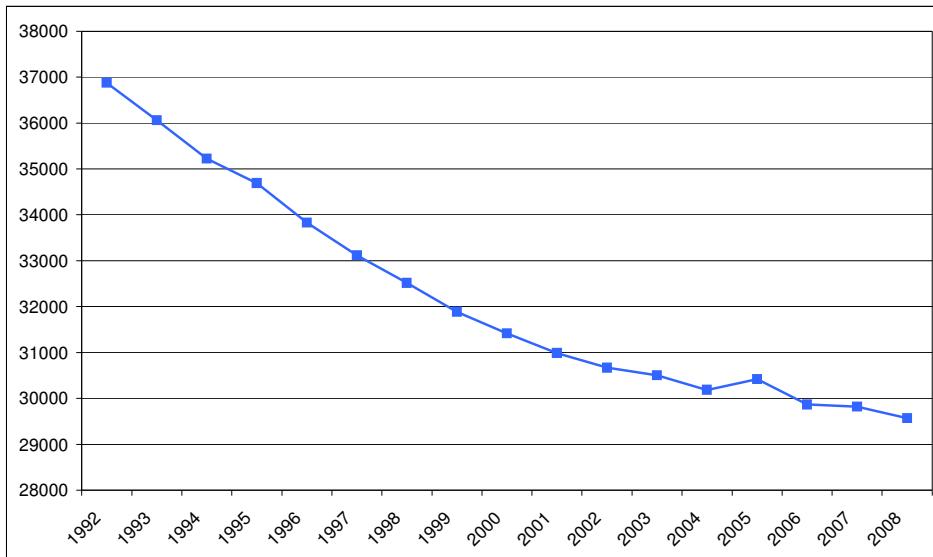
Dalla tabella 4 risulta evidente, per gli anni di cui sono disponibili i dati, il contributo della popolazione straniera all'incremento del numero di minori fino a 14 anni. Per le fasce di età considerate il tasso di variazione registrato tra il 2003 e il 2008 risulta quasi nullo o negativo per i nativi italiani e ampiamente positivo in riferimento alla popolazione straniera.

Nel 2008, l'incidenza dei minori stranieri in età 0-14 anni sulla popolazione di riferimento è del 15,1% e tocca quota 18,6% per la fascia di età 0-3 anni.

Le generazioni in età attiva, tra i 15 ed i 64 anni, costituiscono la porzione maggioritaria dell'intera popolazione residente nel Comune lombardo, raggiungendo nel 2008 quota 62,1%.

Tuttavia, osservando il grafico 4 e la tabella 5, si può notare come, nel periodo temporale in considerazione, la popolazione in tale fascia di età si sia ridotta del 19,8%, in controtendenza rispetto a quanto accaduto a livello nazionale (+0,2%) e nella Regione Lombardia (+0,3%).

Grafico 4 - Serie storica della popolazione 15-64 anni del Comune di Mantova al 1° gennaio (Anni 1992-2008)



Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Non è possibile qui individuare con precisione le cause di tale contrazione, la cui consistenza meriterebbe opportune riflessioni, tuttavia in questa analisi è bene considerare una variabile fondamentale in grado di incidere sull'andamento evidenziato: il tasso migratorio, che nel periodo in esame ha assunto valori prevalentemente negativi. Essendo tale tasso una misura dell'incidenza, sulle variazioni della popolazione, del saldo tra iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimento della dimora abituale, è facile ipotizzare che esso incida maggiormente sulle generazioni adulte in età lavorativa, condizionandone l'andamento.

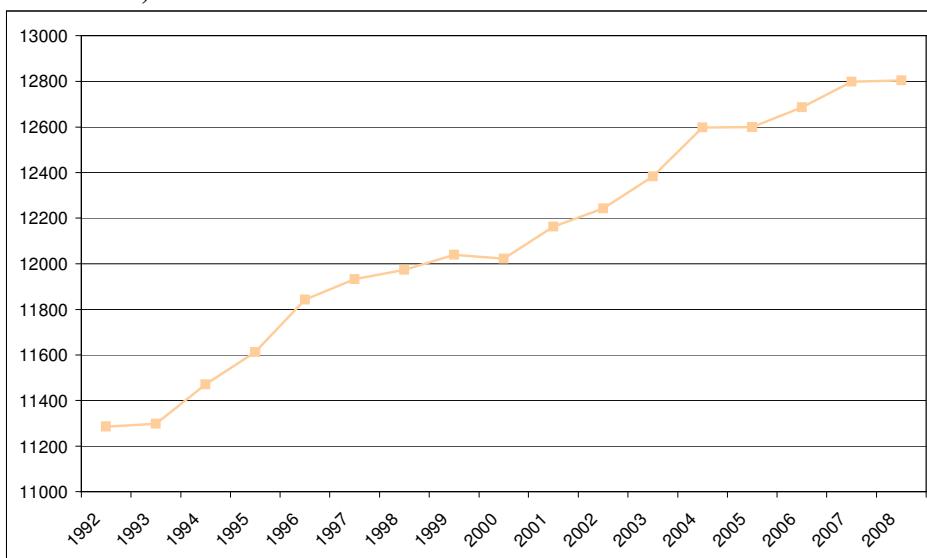
Tabella 5 - Serie storica dei tassi di variazione della popolazione 15-64 anni nel Comune di Mantova (Anni 1992-2008)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1992-2008
Tasso di variazione della popolazione 15-64	-	-2,2	-2,3	-1,5	-2,5	-2,1	-1,8	-1,9	-1,5	-1,4	-1,0	-0,5	-1,0	0,8	-1,8	-0,2	-0,8	-19,8

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Così come già evidenziato per i giovanissimi fino a 14 anni, anche gli over 65 hanno visto crescere la propria presenza tra la popolazione residente nel Comune di Mantova (grafico 5).

Grafico 5 - Serie storica della popolazione 65 anni e oltre del Comune di Mantova al 1° Gennaio (Anni 1992-2008)



Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Gli anziani, che nel 2008 costituiscono il 26,9% della popolazione complessiva, sono aumentati rispetto al 1992 del 13,5% (tabella 6), passando dalle 11.286 unità del 1992, alle 12.804 del 2008.

Tabella 6 - Serie storica dei tassi di variazione della popolazione 65 anni e oltre nel Comune di Mantova (Anni 1992-2008)

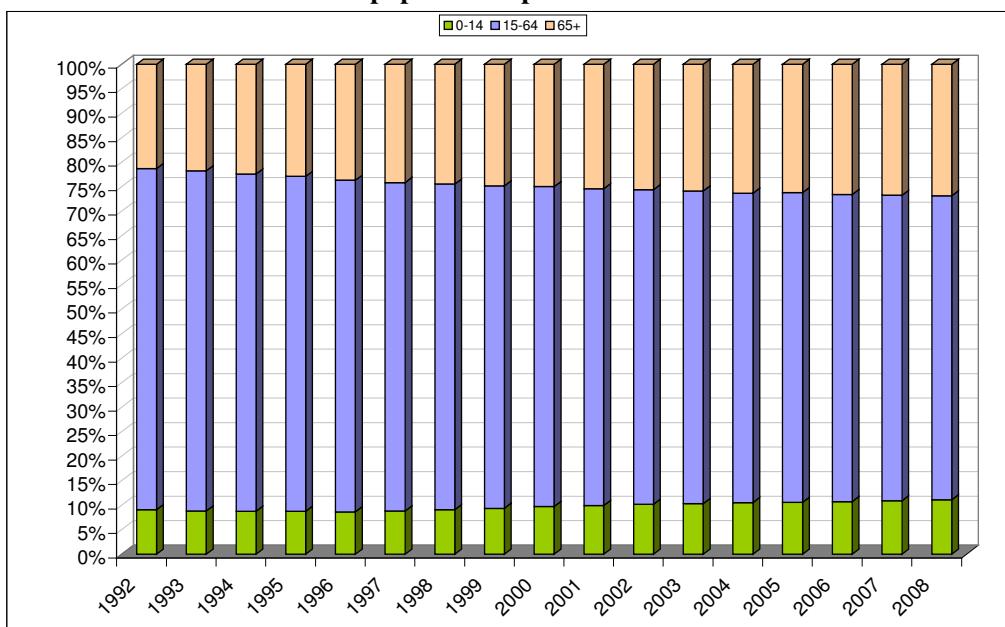
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1992-2008
Tasso di variazione della popolazione 65 e +	-	0,1	1,5	1,2	2,0	0,8	0,3	0,5	-0,1	1,2	0,6	1,2	1,7	0,0	0,7	0,9	0,0	13,5

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Tale incremento appare più contenuto rispetto al dato Paese (+36,1%) e a quello lombardo (+48,1%); tuttavia, la crescita delle generazioni in età non attiva (minori fino a 14 anni e anziani di 65 anni e più) e la contemporanea contrazione di quelle tra i 15 e i 64 anni ha determinato un complessivo aumento del carico sociale nel Comune di Mantova (grafico 6).

Nel corso dei sedici anni in esame, si sono persi 7.305 individui in età attiva e guadagnate 1.993 persone appartenenti alle fasce deboli, di cui 1.518 over 65.

Grafico 6 - Percentuale della popolazione per fascia di età nel Comune di Mantova (Anni 1992-2008)



Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

In concomitanza con tale fenomeno, registriamo anche un aumento dell'incidenza sulla popolazione anziana dei cosiddetti "grandi vecchi" (80 anni e oltre).

Se la loro quota sul numero complessivo degli anziani nel 1992 si attestava al 22,1% (pari a 2.496 individui su 11.286 over 65), nel corso degli anni essa è aumentata costantemente, fino a raggiungere il 30,6% nel 2008 (3.918 unità delle 12.804 con più di 65 anni).

Anche il Comune di Mantova è dunque interessato da un fenomeno di invecchiamento della popolazione. Tale trend viene confermato facendo riferimento ad alcuni tra i principali indicatori statistici di tipo demografico, che analizzeremo in seguito, in grado di fornire ulteriori informazioni sulle caratteristiche e la strutturazione della popolazione residente. Al momento, è indicativo considerare la crescita dell'età media della popolazione, che è passata dai 44,6 anni del 1992 ai 47,6 del 2008, valore significativamente superiore ai 43,0 anni medi della popolazione italiana e ai 43,2 di quella lombarda. Inoltre, come era lecito attendersi, anche a Mantova l'età media delle donne supera quella degli uomini (50,2 vs 44,6), sebbene con una differenza (6 anni) circa doppia rispetto a quanto riscontrato in Italia e Lombardia.

Da queste prime considerazioni si delinea una realtà comunale che si avvia a diventare una società sempre più demograficamente matura (nonostante il tasso di crescita degli over 65 risulti nei sedici anni in esame più contenuto di quello nazionale e lombardo), in cui la presenza percentuale

degli anziani risulta nettamente superiore a quella dei bambini e degli adolescenti, e dove cresce il peso dei grandi vecchi (80 anni e oltre).

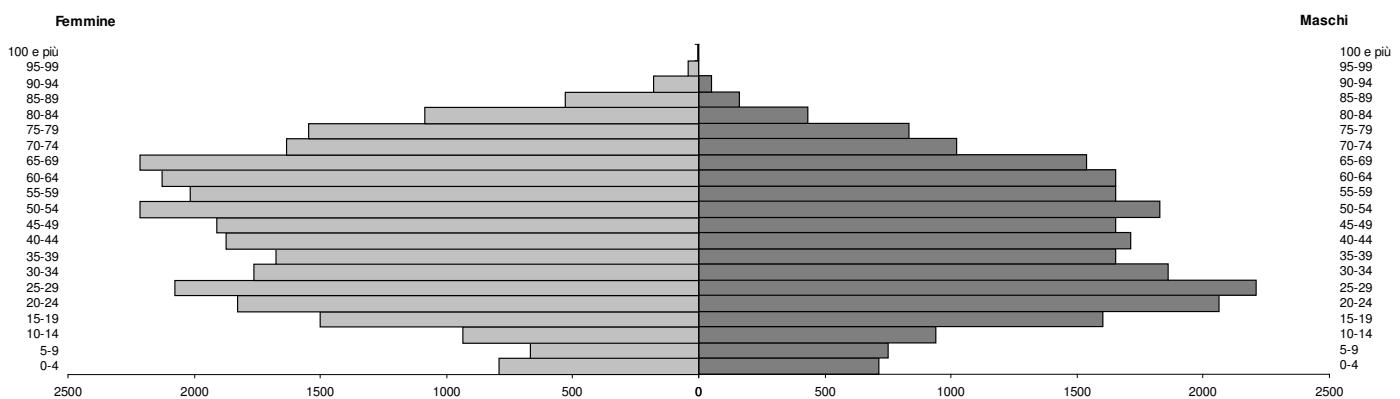
Nel 2008, a livello comunale si registra un’incidenza degli anziani sulla popolazione residente pari al 26,9%, superiore a quella nazionale (20,0%) e lombarda (19,9%), ed un’incidenza dei minori fino a 14 anni pari all’11,1%, inferiore sia al dato Paese (14,0%) che a quello della Regione Lombardia (13,9%). A ciò si deve aggiungere un ritmo di crescita degli over 65 (+13,5%), nei sedici anni, ben più alto di quello registrato per i minori fino a 14 anni (+9,9%) ed un’incidenza dei grandi vecchi sulla popolazione totale dell’8,2%, a fronte del più contenuto valore Italia (5,5%) e Lombardia (5,1%).

Il modo più semplice per visualizzare la struttura per età della popolazione è quello di ricorrere alla cosiddetta *piramide delle età*, un istogramma particolare, molto utilizzato in demografia, che offre una rappresentazione grafica della ripartizione della popolazione per classi di età, distinguendo tra la componente femminile e quella maschile.

Il nome *piramide delle età* nasce dal fatto che, se nella distribuzione per età della popolazione non vi sono alterazioni patologiche, i contingenti nelle varie classi risultano via via più ridotti e, di conseguenza, essa assume, sia pure approssimativamente, la forma triangolare tipica della faccia di una piramide. Tale forma non è, tuttavia, ricorrente nelle popolazioni attuali, soprattutto dei Paesi più sviluppati, dove il calo della natalità e la maggiore durata media della vita hanno portato ad un rigonfiamento delle età intermedie.

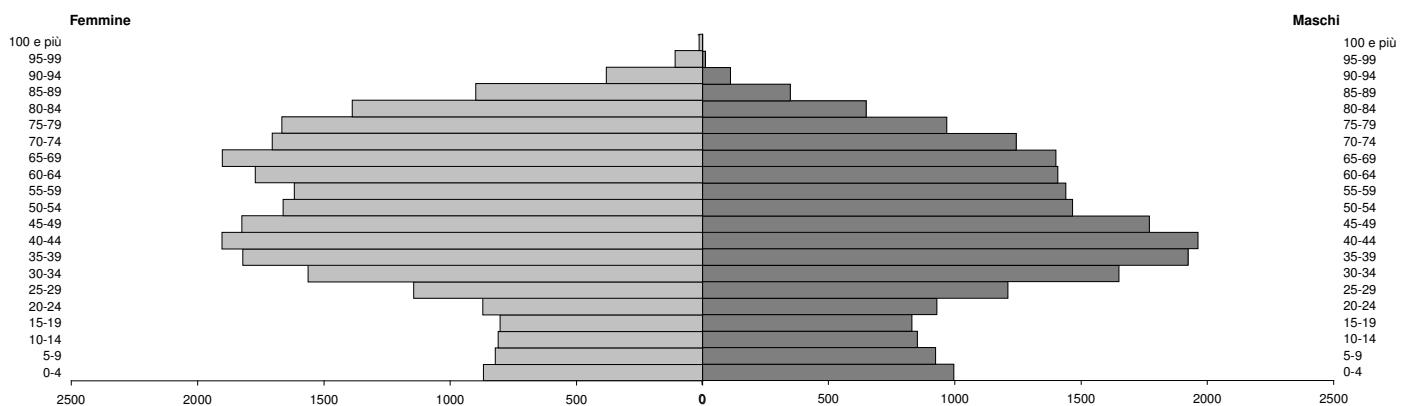
Ciò appare evidente osservando gli istogrammi elaborati per il Comune di Mantova, relativi agli anni estremi del periodo considerato: il 1992 e il 2008 (grafici 7 e 8). Entrambi presentano la tipica forma arrotondata dei tempi contemporanei, e dal loro confronto è possibile visualizzare gli andamenti demografici prima descritti: la contrazione delle generazioni in età attiva, l’invecchiamento della popolazione, l’incremento delle fasce di età più giovani, unitamente ad un decremento complessivo più sostenuto della componente femminile rispetto a quella maschile.

Grafico 7 – Piramide delle età della popolazione del Comune di Mantova (Anno 1992)



Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Grafico 8 – Piramide delle età della popolazione del Comune di Mantova (Anno 2008)



Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Le tendenze fin qui delineate trovano conferma analizzando l'*indice di vecchiaia*²⁷, attraverso cui è possibile misurare il grado di invecchiamento di una popolazione (tabella 7). Dai dati disponibili, si evince che nel Comune di Mantova gli over 65 superano significativamente i giovanissimi in età compresa tra 0 e 14 anni. L'indice di vecchiaia, che nel 1992 si attestava al 235,2%, è aumentato nel corso degli anni '90, fino a raggiungere la punta massima del 274,4% nel 1997. A partire dalla fine del secolo scorso, ha subito invece un andamento decrescente, conclusosi nel 2008 con un valore pari al 242,8%, comunque superiore di quasi dieci punti

²⁷ Si definisce come il rapporto tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione giovane (0-14 anni), moltiplicato per 100. In linea generale, valori al di sopra del 100 indicano che la presenza di anziani è maggiore rispetto a quella dei giovanissimi.

percentuali rispetto a quello dei primi anni '90 e maggiore sia di quello della Lombardia 143,1% che della Liguria 238,9% (Regione che registra il valore massimo in Italia, dove il dato nazionale è del 142,8%). La consistenza relativamente elevata di tale indicatore sottolinea il processo in atto di senilizzazione della popolazione (nel 2008 ogni 100 giovani fino a 14 anni se ne contano quasi 243 di 65 anni e più); ma al contempo la sua progressiva riduzione, a partire dalla fine del secolo scorso, può essere messa in relazione all'aumento del tasso di natalità e al trasferimento sul territorio di famiglie giovani.

Maggiori informazioni circa la struttura della popolazione possono essere evinte prendendo in considerazione ulteriori indicatori, quali l'*indice di dipendenza strutturale* e, con un grado maggiore di specificità, l'*indice di dipendenza degli anziani* e l'*indice di dipendenza della popolazione più giovane* (tabella 7).

Il primo indicatore ha una notevole rilevanza sia dal punto di vista economico che sociale, poiché esso rappresenta il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (chi ha fino a 14 anni e chi ne ha più di 65) per ogni 100 individui potenzialmente attivi ed indipendenti (chi ha un'età compresa tra i 15 ed i 64 anni). In altre parole, un indice di dipendenza strutturale elevato sta ad indicare la presenza di un numero considerevole di giovanissimi ed anziani, di cui la popolazione attiva si trova farsi carico. Osservando quanto riportato nella tabella 7, è possibile notare come a Mantova tale indice abbia registrato nel corso del tempo un progressivo aumento, fino ad arrivare a quota 61,1% nel 2008 (ammontava al 43,6% nel 1992), a fronte del 51,7% nazionale e del 50,9% lombardo. Tale andamento suggerisce la necessità di prestare attenzione al fenomeno, poiché nella programmazione delle politiche sociali occorre tenere in considerazione il notevole sforzo che la popolazione attiva fa per sostenere la parte debole della popolazione, peraltro in continuo aumento.

Informazioni più dettagliate si ottengono attraverso l'*indice di dipendenza degli anziani*, che misura il rapporto percentuale tra la popolazione anziana (over 65) e la popolazione potenzialmente attiva (15-64 anni). Nel Comune di Mantova, durante il periodo in esame, esso ha manifestato un andamento crescente: se nel 1992 si attestava al 30,6%, al termine dei sedici anni in esame è salito di 12,7 punti percentuali, facendo registrare un valore pari al 43,3%, decisamente superiore al dato nazionale e lombardo (rispettivamente 30,4% e 30,0%, entrambi inferiori al valore di partenza mantovano).

Secondo il medesimo criterio, l'*indice di dipendenza della popolazione più giovane* misura il rapporto percentuale tra la popolazione fino a 14 anni e la popolazione potenzialmente attiva (15-

64 anni). Anche tale indice ha registrato nei sedici anni un costante aumento, sebbene con un incremento complessivo più contenuto del precedente, arrivando nel 2008 ad acquistare 4,8 punti percentuali in più rispetto al valore iniziale (13,0% nel 1992 vs 17,8% nel 2008). Se confrontiamo il dato del Comune di Mantova con quelli italiano e lombardo, possiamo constatare che, mentre a Mantova nel 2008 si contano più di 17 giovani fino a 14 anni ogni 100 individui in età attiva, questo numero sale a 21 sia in Lombardia che in Italia (nonostante, nei sedici anni, si registri in Italia una discesa di tale indice di un punto percentuale).

Tabella 7 - Indici della popolazione nel Comune di Mantova (Anni 1992-2008)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Indice di vecchiaia	235,2	246,6	256,0	262,8	274,1	274,4	270,0	265,3	257,3	256,3	252,7	250,7	250,1	247,8	247,8	246,5	242,8
Indice di dipendenza strutturale	43,6	44,0	45,3	46,2	47,8	49,2	50,5	52,0	53,1	54,6	55,7	56,8	58,4	58,1	59,6	60,3	61,1
Indice di dipendenza degli anziani	30,6	31,3	32,6	33,5	35,0	36,0	36,8	37,8	38,3	39,3	39,9	40,6	41,7	41,4	42,5	42,9	43,3
Indice di dipendenza dei 0-14	13,0	12,7	12,7	12,7	12,8	13,1	13,6	14,2	14,9	15,3	15,8	16,2	16,7	16,7	17,1	17,4	17,8
Indice di ricambio della popolazione attiva	82,1	76,8	71,6	65,0	59,1	54,6	50,1	46,3	43,8	43,4	42,4	43,0	44,9	48,7	52,9	52,3	51,4

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Un ultimo indicatore considerato nella tabella 7 è l'*indice di ricambio della popolazione attiva*, in grado di fornire informazioni utili alla comprensione delle caratteristiche e degli andamenti del mercato del lavoro. Esso, infatti, sta ad indicare le possibilità occupazionali derivanti dai posti lasciati vacanti da chi esce dal mercato del lavoro per aver raggiunto l'età pensionabile. L'importanza di questo indicatore risiede nella sua capacità di fornire informazioni di tipo congiunturale sulle dinamiche di sostituzione nel breve periodo tra due classi di età specifiche: quella che si accinge ad entrare in una situazione di inattività (la fascia 60-64 anni) e quella che si appresta, potenzialmente, ad assumere una condizione di attività (i giovani in età 15-19 anni). Un abbassamento di tale indice è sintomo di un difficile accesso nel mondo del lavoro: pochi escono dall'età attiva, e quindi dal mercato, mentre molti tentano di entrarvi. Nel territorio del Comune di

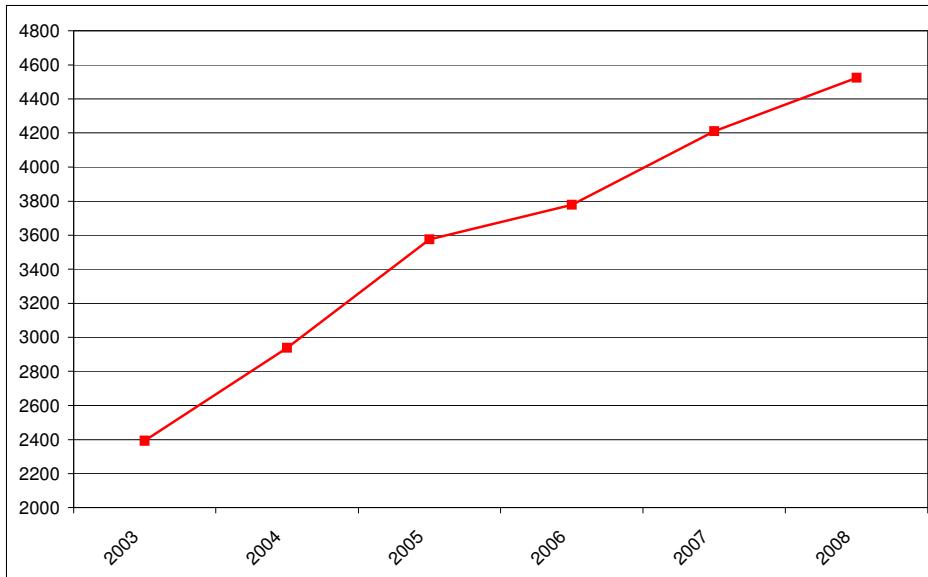
Mantova, l'indice di ricambio della popolazione attiva ha evidenziato un andamento decrescente: esso ammontava all'82,1% nel 1992, ha iniziato a decrescere, fino a dimezzarsi, agli inizi del nuovo secolo (42,4% nel 2002), per poi riprendere, pur senza mai toccare le punte registrate agli inizi degli anni '90, e infine subire una nuova flessione nel 2008 attestandosi al 51,4%. Il medesimo andamento si evidenzia anche a livello nazionale e lombardo, dove tuttavia tale indice si posiziona, alla fine dei sedici anni, su valori più elevati: 75,0% in Lombardia e 87,1% in Italia.

1.3 La popolazione straniera

Un focus specifico dell'analisi investe la popolazione straniera residente nel Comune di Mantova. Preliminariamente, è doveroso sottolineare che i dati disponibili si riferiscono ad un arco temporale più ristretto rispetto ai sedici anni considerati in precedenza, per cui non è possibile effettuare dei confronti sul lungo periodo. Inoltre, è bene ricordare che i dati riguardano unicamente gli immigrati regolari.

Nel 2008, gli stranieri residenti nel Comune di Mantova sono 4.524, il 9,5% della popolazione complessiva: valore superiore al dato lombardo (8,5%) e quasi doppio rispetto a quello nazionale (5,8%).

Grafico 9 - Popolazione straniera residente nel Comune di Mantova (Anni 2003-2008)



Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Il fattore interessante è che, nel corso degli anni in esame, la presenza di stranieri è aumentata costantemente, ad un ritmo annuale medio del 14,8%: da 2.392 unità del 2003 (5,0% della

popolazione complessiva) a 4.524 del 2008 (9,5% della popolazione totale). Pertanto nell'arco di soli cinque anni la presenza di stranieri è cresciuta dell'89,1% (tabella 8), segnale di un processo in espansione che evidenzia comunque tassi di crescita più contenuti di quelli nazionale (121,6%) e lombardo (115,4%).

Un aspetto sul quale occorre riflettere è il dato del 2006, che segna a Mantova un incremento della popolazione straniera del solo 5,7%, a fronte dei valori ben più alti registrati nei due anni precedenti (in entrambi i casi superiori al 20,0%). Per spiegare tale fenomeno dobbiamo tener conto degli effetti prodotti dalle leggi 189/02²⁸ e 222/02²⁹, quest'ultima diretta all'emersione del lavoro irregolare prestato da cittadini extracomunitari presso famiglie ed imprese, con le quali sono state regolarizzate circa 650.000 posizioni lavorative in tutta Italia.

Tabella 8 - Serie storica dei tassi di variazione della popolazione straniera nel Comune di Mantova (Anni 2003-2008)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2003-2008
Tasso di variazione della popolazione straniera	-	22,8	21,7	5,7	11,4	7,5	89,1

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Nel corso del tempo, sebbene la presenza di stranieri di sesso maschile sia risultata sempre maggioritaria rispetto a quella femminile, si è assistito ad una crescita del numero delle donne straniere molto più veloce di quella degli uomini (nei cinque anni, la componente maschile è aumentata del 70,5% a fronte del 112,3% della componente femminile), tanto che nel 2008 le donne straniere sono arrivate a costituire il 50,0% dell'intera popolazione straniera residente nel Comune di Mantova, più di 5 punti percentuali in più rispetto al 2003. Su tale dato pesano ovviamente due componenti fondamentali: il larghissimo impiego di donne straniere nel mercato dell'assistenza familiare e domestica e l'intensificarsi dei ricongiungimenti familiari, che subiscono un'accelerazione proprio in seguito al processo di regolarizzazione.

Le generazioni in età attiva (15-64 anni) sono aumentate nei cinque anni considerati del 95,9% e nel 2008 incidono per l'80,7% sull'intera popolazione straniera. Tale dato può essere attribuito al fatto che sono proprio le persone in età attiva a lasciare il Paese di origine per recarsi all'estero

²⁸ Legge 30 luglio 2002, n.189, “Modifica alla normativa in materia di immigrazione ed asilo”.

²⁹ Legge 9 ottobre 2002, n. 222, “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge del 9 settembre 2002 n. 195, recante disposizioni urgenti in materia di legalizzazione del lavoro irregolare di extracomunitari”.

alla ricerca di un'occupazione, come dimostrano anche i dati sui motivi di rilascio dei permessi di soggiorno, che individuano nel lavoro la ragione prevalente della presenza di stranieri in Italia.

Al contrario, al crescere dell'età decresce il numero di presenze: gli over 65 costituiscono appena l'1,7% della popolazione straniera, sebbene la loro quota sia aumentata nel quinquennio dell'81,4%, a seguito probabilmente del processo di invecchiamento delle prime generazioni di immigrati.

I minori fino a 14 anni rappresentano il 17,6% della popolazione straniera residente a Mantova e sono cresciuti nei cinque anni considerati del 64,0%. Tale fenomeno, unito all'incremento della presenza di donne straniere, lascia supporre che, dopo un primo periodo di permanenza nel nostro Paese, corrispondente probabilmente al raggiungimento di una certa stabilità, gli stranieri nel territorio mantovano abbiano deciso di farsi raggiungere dalla propria famiglia. E ciò troverebbe conferma nel fatto che, sul territorio comunale, si è assistito ad un incremento dei minori stranieri: per l'arrivo di minorenni, in conseguenza dell'intensificarsi dei ricongiungimenti familiari, e per l'aumento della natalità, a seguito di un nuovo impulso alla formazione delle coppie ed al consolidamento di quelle già esistenti. A riprova che l'aumento complessivo dei minori a Mantova sia da attribuire soprattutto al contributo delle famiglie straniere residenti nel territorio.

1.4 Il volto demografico del Comune di Mantova: scenari e ipotesi per i prossimi anni

Allo scopo di definire e programmare gli interventi di politica sociale sul medio-lungo periodo è indispensabile per un Ente decisore acquisire una conoscenza adeguata delle variabili che contraddistinguono il contesto in cui si trova ad operare. Nell'ambito delle politiche sociali è necessario, in particolare, che si abbia la possibilità di inquadrare la situazione dal punto di vista delle dinamiche demografiche, così come esse si configurano nel presente, ma anche come si prospettano per gli anni a venire. Da ciò, si deduce l'importanza cruciale di effettuare previsioni di carattere demografico, funzionali all'elaborazione di linee strategiche volte alla pianificazione degli interventi di welfare.

Nell'ambito della presente analisi, attraverso l'applicazione di modelli econometrici³⁰, si è proceduto a stimare la popolazione futura del Comune di Mantova, offrendo un quadro

³⁰ Le previsioni demografiche elaborate sono state ottenute utilizzando modelli ARIMA - modelli autoregressivi integrati a media mobile (**autoregressive integrated moving average**), applicati alla serie storica della popolazione residente al 1 gennaio nel Comune di Mantova. Nello specifico, i risultati derivano dall'analisi delle serie storiche della popolazione maschile e femminile, dalla cui somma si è successivamente determinato il totale della popolazione.

complessivo della probabile entità della sua variazione e della relativa distribuzione per fasce di età, da qui al 2015.

Dai risultati ottenuti è possibile ricavare delle indicazioni, per l'individuazione e l'attribuzione delle priorità tra i diversi ambiti di intervento in cui si articolano le politiche sociali.

È opportuno, tuttavia, ricordare che i dati elaborati non sono esenti da errori statistici di varia natura; come tutte le stime, anche tale previsione può, infatti, risentire di fenomeni inattesi.

L'analisi *previsionale* ha avuto come oggetto di studio l'evoluzione nel medio periodo della struttura della popolazione residente nel Comune di Mantova, suddivisa per sesso ed età.

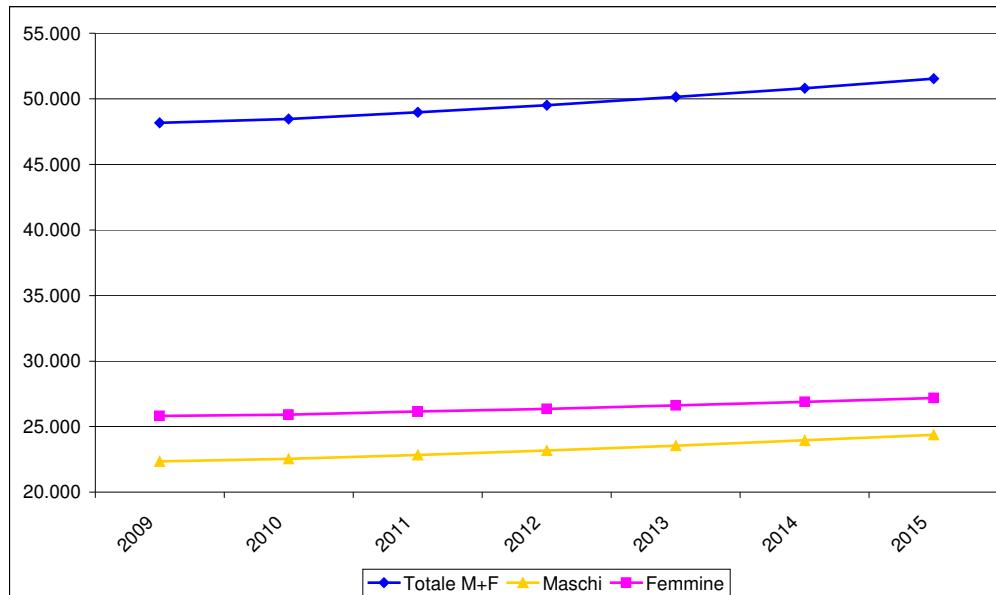
Le ipotesi evolutive conducono allo scenario sintetizzato dalle tabelle e dal grafico seguenti.

Tabella 10 - Ipotesi di evoluzione demografica della popolazione del Comune di Mantova totale e divisa per sesso all'orizzonte del 2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maschi	22.352	22.553	22.838	23.173	23.544	23.946	24.374
Femmine	25.817	25.909	26.145	26.349	26.615	26.878	27.173
Totale	48.169	48.462	48.983	49.522	50.159	50.824	51.547

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Grafico 10 - Ipotesi di evoluzione demografica della popolazione del Comune di Mantova totale e divisa per sesso all'orizzonte del 2015



Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

La previsione elaborata evidenzia, nei prossimi sette anni, un aumento della popolazione del Comune di Mantova, che arriverà nel 2015 a quota 51.547 residenti, con una leggera predominanza di donne (27.173 unità pari al 52,7% del totale) rispetto ad una più ridotta presenza maschile (24.374 unità, ossia il 47,3% della popolazione complessiva).

In particolare, prendendo in considerazione l'intero arco temporale di riferimento, si prevede un aumento globale della popolazione mantovana pari a circa il 7,0%, con un incremento medio annuo dell'1,0%.

Tabella 11 - Tassi di variazione della popolazione prevista nel Comune di Mantova (Anni 2009-2015)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2009-2015
Tasso di variazione della popolazione 15-64	-	0,6	1,1	1,1	1,3	1,3	1,4	7,0

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare

Calcolando la distribuzione della popolazione prevista per fasce di età (tabella 12)³¹ possiamo avere un'idea generale della consistenza che assumerà ciascuna classe e formulare delle ipotesi circa l'aumento dell'utenza potenziale dei servizi sociali.

Tabella 12 - Composizione della popolazione prevista per fascia di età nel Comune di Mantova (Anni 2009-2015)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
0-14	5.154	5.186	5.241	5.299	5.367	5.439	5.515
15-64	30.250	30.433	30.761	31.100	31.500	31.916	32.372
65 e +	12.765	12.843	12.981	13.123	13.292	13.469	13.660

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare

L'andamento evidenziato, in linea con il trend nazionale³², deve essere messo in relazione ai tassi italiani di fecondità, tra i più bassi d'Europa, unitamente al miglioramento delle condizioni generali di vita ed a livelli di sopravvivenza più elevati, soprattutto per gli uomini. Tuttavia, bisogna anche ricordare, come evidenziato dalle stime Istat relative alle proiezioni regionali della

³¹ La suddivisione della popolazione mantovana per fasce di età è stata ottenuta applicando alla popolazione prevista la media degli ultimi 4 anni dell'incidenza delle singole fasce d'età considerate. La decisione di utilizzare le informazioni relative ai soli ultimi 4 anni è stata determinata dalla volontà di escludere fenomeni passati non più rappresentativi della realtà. L'andamento positivo dei primi anni '90, per esempio, avrebbe inciso in maniera significativa sulle medie attuali, distorcendo così le ripartizioni ottenute.

³² Si vedano, ad esempio, gli ultimi dati Istat sulle proiezioni della popolazione italiana al 2051.

popolazione, il fenomeno dell’immigrazione e il notevole impatto che esso eserciterà sulla crescita della popolazione. A tale proposito si considerino, soprattutto, le ripercussioni conseguenti alla stabilizzazione degli immigrati di seconda e terza generazione e la maggiore natalità che contraddistingue la popolazione straniera rispetto a quella autoctona. Gli effetti di tale fenomeno assumeranno maggiore consistenza proprio in territori dinamici dal punto di vista economico, come quello lombardo, caratterizzati da un elevato livello di attrattività, in grado sia di richiamare la popolazione straniera che di stimolare il flusso migratorio interno.

PARTE IV
L'ANALISI DELLA SPESA SOCIALE

1. Analisi della spesa sociale del Comune di Mantova

In questa parte dell'indagine vengono presentati i risultati inerenti la raccolta e l'analisi dei dati relativi alla spesa sociale del Comune di Mantova³³ e alla domanda di assistenza, intesa in termini di utenza servita. Inoltre, si è proceduto all'individuazione di opportuni indicatori, con lo scopo di fornire gli strumenti necessari all'Amministrazione ed alle Parti Sociali per arrivare alla definizione di alcuni standard di riferimento. La fissazione di tali standard non ha carattere statico bensì dinamico, legato ai cambiamenti sociali ed economici della popolazione destinataria degli interventi. Ciò comporta una modulazione degli obiettivi progressiva nel tempo, che va ad inserirsi nel quadro programmatico dell'Amministrazione stessa.

Le variabili utilizzate per l'analisi riguardano la spesa sociale comunale ed il numero di utenti a carico dei servizi sociali nel triennio 2004-2006. Nella prima sezione viene offerto un quadro generale, in cui le variabili prese in esame sono osservate nella loro articolazione per aree di intervento. Nella seconda sezione viene, invece, presentata una riflessione sull'andamento della spesa sostenuta e dell'utenza servita per livelli essenziali delle prestazioni.

In via preliminare, è opportuno precisare che, in tutte le fasi dell'indagine, la spesa sociale comunale è stata considerata al lordo della partecipazione degli utenti e che l'utenza esaminata è stata esclusivamente quella a totale o parziale carico del Comune.

1.1 Analisi per area di intervento

I dati esposti in questa sezione sono stati aggregati per area di intervento (Anziani, Disabilità, Minori, Povertà e disagio sociale, Multiutenza, Altro) ed analizzati in termini di spesa sostenuta ed utenza servita.

Nel triennio in esame la spesa sociale del Comune di Mantova ha registrato un costante incremento, attestandosi in media a 9.416.118 euro annui.

Nel 2006 la spesa sociale è stata pari a 10.253.632 euro (tabella 1.1), in aumento del 13,0% rispetto al 2005. Le maggiori risorse (3.459.844 euro) sono state destinate all'area minori, con un peso del 33,7% sul totale dei costi sostenuti (grafico 1.1). Tuttavia, è opportuno evidenziare che il 71,1% della spesa per minori risulta impegnata negli asili nido.

³³ In appendice sono riportate le aree di intervento con i relativi servizi che compongono l'offerta sociale del Comune di Mantova.

Tabella 1.1 - Spesa nei servizi sociali per area di intervento – Anni 2004-2006 (euro)

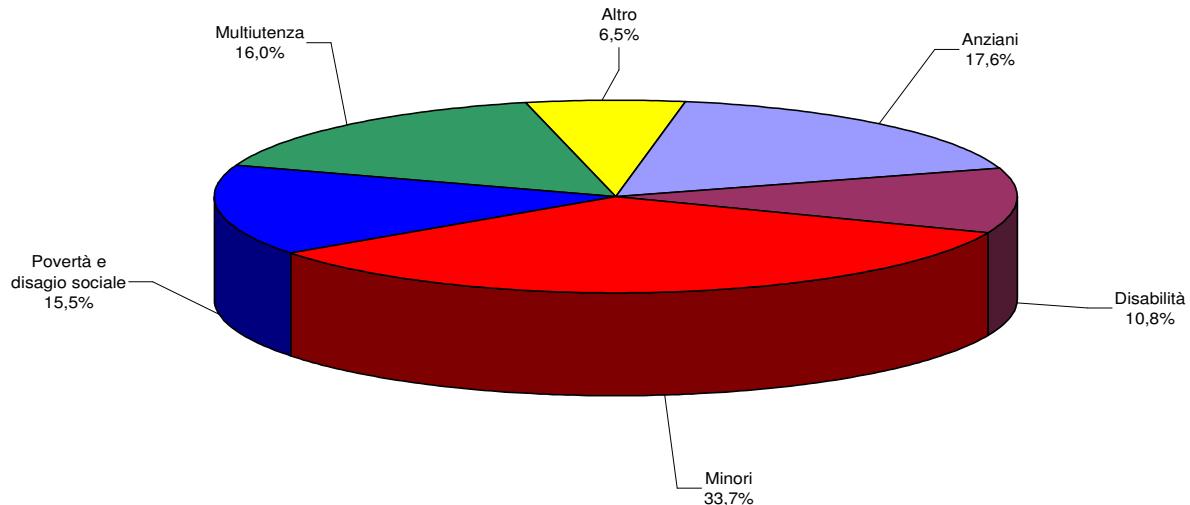
Spesa	2004	2005	2006
Anziani	1.237.441	1.685.340	1.805.541
Disabilità	936.601	1.087.936	1.102.830
Minori	2.848.912	2.821.085	3.459.844
<i>di cui asili nido</i>	1.991.410	1.886.939	2.460.658
Povertà e disagio sociale	1.248.188	1.372.515	1.587.182
Multiutenza	2.348.086	1.717.517	1.636.420
Altro	303.116	387.985	661.815
Totale	8.922.344	9.072.379	10.253.632

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Sempre nel 2006, la seconda area di spesa, con il 17,6%, è rappresentata dagli anziani; leggermente inferiori sono le risorse impiegate per l'area povertà e disagio sociale (15,5%), mentre la spesa per le persone con disabilità ammonta al 10,8% del totale.

La multiutenza, con il 16,0% delle risorse destinate, è l'unica area ad aver registrato un decremento nel corso del triennio.

Grafico 1.1 - Composizione della spesa per area di intervento - Anno 2006 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Analizzando l'andamento della spesa per fonte di finanziamento, possiamo osservare come, in tutti gli anni in considerazione, il Comune lombardo abbia finanziato direttamente la quota maggioritaria della spesa sociale (tabella 1.2).

In particolare, per l'anno 2006, l'81,9% della spesa complessiva viene finanziato dal Comune di Mantova, il 9,7% (10,7% nel 2005) dal Fondo Sociale Regionale (FSR) e il 4,9% (5,8% nel 2005) attraverso la compartecipazione degli utenti, mentre solo il 3,6% risulta finanziato dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS).

Dal 2005 al 2006 emerge come la quota del Comune, in termini di spesa, sia aumentata dal 78,7% all'81,9%, che in termini monetari si è tradotto in un incremento del 17,5% dei costi sostenuti. Tale andamento è stato determinato dalla riduzione del 13,8% del FNPS (che invece era aumentato significativamente nel passaggio dal 2004 al 2005) e da una riduzione del 4,7% della compartecipazione dell'utenza (che può essere attribuita alla diminuzione degli utenti in carico al Comune nell'ambito sia delle strutture residenziali per anziani che degli asili nido).

Tabella 1.2 - Composizione della spesa per fonte di finanziamento – Anni 2004-2006 (valori percentuali)

Fonti di finanziamento	2004	2005	2006
Comune	82,6	78,7	81,9
Utenza	5,9	5,8	4,9
FSR	10,6	10,7	9,7
FNPS	0,9	4,7	3,6
Altri EE.LL.	0,0	0,1	0,0
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Nel complesso, rispetto al 2005 gli utenti a totale o parziale carico del Comune risultano in aumento del 10,5% e l'area che registra il maggiore incremento, pari al 40,8%, è quella della disabilità (tabella 1.3)³⁴. Fa seguito, con un aumento del 16,3%, l'area della povertà e del disagio sociale, i cui utenti nel 2006 rappresentano il 53,2% degli utenti totali.

Gli anziani in carico ai servizi sociali aumentano nel 2006 dello 0,9%, ma registrano una riduzione rispetto al 2004 del 17,3%, in controtendenza con la costante crescita della popolazione di riferimento (65 anni e oltre).

³⁴ Nell'ambito della presente ricerca, non è stato possibile individuare il numero di utenti relativi alle aree di intervento Multiutenza e Altro.

Tabella 1.3 - Utenti in carico per area di intervento – Anni 2004-2006 (valori assoluti)

Utenti	2004	2005	2006
Anziani	416	341	344
Disabilità	134	142	200
Minori	613	624	614
<i>di cui asili nido</i>	217	217	198
Povertà e disagio sociale	998	1.133	1.318
Totale	2.161	2.240	2.476

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Sulla base dei dati fin qui forniti è possibile elaborare alcuni indicatori di riferimento, utili nell'individuazione degli standard da utilizzare per la definizione dei LEP.

Il primo indicatore (tabella 1.4) analizza i valori relativi alla spesa sociale per utente in carico ai servizi, che nel 2006 è stata complessivamente pari a 3.213,00 euro, in aumento del 3,3% rispetto al 2005. La spesa media per utente negli anni in esame è risultata di 3.075,06 euro.

L'area con un incremento di spesa procapite maggiore nel 2006, pari al 24,6%, è quella dei minori, soprattutto per quanto riguarda la componente degli asili nido. Tale incremento, così consistente, è dovuto all'effetto combinato di un aumento di spesa del 30,4% a fronte di una diminuzione dell'8,8% degli utenti serviti.

Tabella 1.4 - Rapporto spesa su utenti in carico per area di intervento – Anni 2004-2006 (euro)

Spesa/Utenti	2004	2005	2006
Anziani	2.974,62	4.942,35	5.248,67
Disabilità	6.989,56	7.661,52	5.514,15
Minori	4.647,49	4.520,97	5.634,93
<i>di cui asili nido</i>	9.177,00	8.695,57	12.427,57
Povertà e disagio sociale	1.250,69	1.211,40	1.204,23
Totale	2.901,96	3.110,21	3.213,00

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Con segno opposto all'area minori si muove, invece, la disabilità che vede nel 2006 una riduzione complessiva della spesa per utente del 28,0%, dovuta principalmente ad un forte incremento degli utenti a fronte di una spesa rimasta sostanzialmente invariata rispetto all'anno precedente. L'aumento dell'utenza è da attribuire principalmente alle attività legate all'introduzione dei Voucher (Nuoto, SAD, SEDD), che registrano una spesa procapite inferiore rispetto al livello medio dell'area.

Il secondo indicatore preso in esame è il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento³⁵, che rappresenta la domanda potenziale dei servizi sociali e sociosanitari.

Tabella 1.5 - Rapporto spesa su popolazione di riferimento per area di intervento – Anni 2004-2006 (euro)

Spesa/Pop. di riferimento	2004	2005	2006
Anziani	98,22	132,84	141,07
Disabili	550,94	606,09	559,53
Minori	475,06	467,14	563,58
<i>di cui asili nido</i>	1.421,42	1.317,69	1.662,61
Povertà e disagio sociale	688,64	755,91	713,91
Multiutenza	48,81	36,03	34,23
Altro	178,30	216,15	335,78
Totale	185,48	190,31	214,47

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Tabella 1.6 - Composizione della popolazione di riferimento – Anni 2004-2006 (valori percentuali)

Pop. di riferimento al 31/12	2004	2005	2006
minori (0-17)	12,5	12,7	12,8
<i>di cui 0-3</i>	2,9	3,0	3,1
adulti (18-64)	61,3	60,7	60,4
anziani (65 e+)	26,2	26,6	26,8
Totale	100,0	100,0	100,0
<i>di cui disabili</i>	3,5	3,8	4,1
<i>di cui poveri</i>	3,8	3,8	4,7

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat ed Inps

Nel 2006 la spesa totale per abitante è risultata pari a 214,47 euro (tabella 1.5), in aumento del 12,7% rispetto all'anno precedente. La spesa procapite più elevata, pari a 1.662,61 euro, è quella destinata alla popolazione 0-3 anni, che rappresenta l'utenza potenziale degli asili nido. Per

³⁵ La popolazione di riferimento per gli anziani è rappresentata dal totale della popolazione con 65 anni e oltre. La popolazione di riferimento per le persone con disabilità, in assenza di informazioni puntuali, è stata egualata al numero di pensioni erogate dall'Inps per invalidità civile. Questo dato risulta comunque sottostimato vista la possibilità di essere persone con disabilità pur non percependo una pensione di invalidità.

La popolazione di riferimento per i minori è rappresentata dal totale della popolazione 0-17 anni, per gli asili nido 0-3 anni.

Nel caso della povertà e del disagio sociale, alcuni lavori prendono in considerazione la popolazione compresa tra i 18 e i 65 anni. In questa ricerca la popolazione di riferimento è stata stimata partendo dall'incidenza della povertà delle famiglie in Lombardia (cfr. *Istat statistiche in breve: la povertà relativa in Italia*). Questo valore può risultare comunque sottostimato in quanto è stato considerato il numero di componenti medio delle famiglie nel Comune di Mantova, mentre in generale le famiglie povere risultano avere un numero di componenti superiore alla media utilizzata.

Per le aree Multiutenza e Altro è stato considerato il totale della popolazione.

l'universo delle persone con disabilità vengono invece impiegati 559,53 euro, in diminuzione del 7,7% rispetto al 2005, a causa di un incremento significativo della popolazione di riferimento (+9,8%). L'ammontare procapite più basso, 141,07 euro, è destinato agli anziani, anche se l'aumento della spesa per anziano, del 6,2% rispetto al 2005, evidenzia comunque un impegno crescente.

L'ultimo indicatore proposto può essere interpretato come un indice di copertura della domanda potenziale ed è costruito rapportando gli utenti a carico del Comune alla popolazione di riferimento.

Tabella 1.7 - Indice di copertura, rapporto tra utenti in carico e popolazione di riferimento – Anni 2004-2006 (valori percentuali)

Utenti/Pop. di riferimento	2004	2005	2006
Anziani	3,3	2,7	2,7
Disabilità	7,9	7,9	10,1
Minori	10,2	10,3	10,0
<i>di cui asili nido</i>	15,5	15,2	13,4
Povertà e disagio sociale	55,1	62,4	59,3

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Nella tabella 1.7 è possibile osservare come nel 2006 l'indice di copertura più elevato (59,3%) appartenga all'area povertà e disagio sociale, comunque in diminuzione rispetto al 62,4% del 2005. Tale riduzione, nonostante il considerevole incremento di spesa (+15,6%) in linea con l'ampliamento dell'utenza, è da attribuire all'aumento del 22,4% della popolazione di riferimento, a testimonianza di crescenti situazioni di disagio che non riescono ad essere soddisfatte.

L'area disabilità passa dal 7,9% del 2005 al 10,1% del 2006, e l'incremento è da attribuire all'introduzione di alcuni servizi basati sui Voucher (Nuoto, SAD, SEDD). L'area con il minor indice di copertura, pari al 2,7%, risulta quella degli anziani, e ciò deve essere messo in relazione con il modesto incremento dell'utenza servita rispetto al 2005 a fronte di un più significativo aumento della popolazione di riferimento.

In questa prima fase lo studio è stato condotto aggregando i dati per area di intervento. Sulla base dei risultati ottenuti sarebbe comunque rischioso giungere a conclusioni definitive. Questo tipo di aggregazione, infatti, non permette di effettuare analisi con il giusto grado di dettaglio, necessario

quando si vogliono definire gli standard esistenti ed arrivare ad una definizione dei livelli essenziali di assistenza intesi come tipologia di prestazioni ed entità delle risorse destinate.

Prima di proseguire, è tuttavia opportuno avanzare alcune considerazioni di carattere generale, che possono comunque fornire utili suggerimenti nell'intero processo di definizione e monitoraggio dei LEP.

Affinché le variabili osservate forniscano le giuste indicazioni per dare risposta alle effettive esigenze presenti sul territorio, è utile definire un sistema di monitoraggio e di raccolta dei dati in cui tutti gli attori coinvolti utilizzino le stesse definizioni e gli stessi criteri di rilevazione delle variabili in esame. Mentre nel caso degli utenti l'operazione di registrazione può risultare più agevole, anche se non esente da errori, nel caso della spesa le operazioni risentono di un grado di maggiore difficoltà. Nella fattispecie, il rischio più concreto risiede nell'attribuzione di importi non appartenenti al periodo di riferimento oppure a classificazioni di voci di spesa non coerenti con le variabili in esame. Bisognerebbe di fatto seguire un criterio di registrazione prossimo alla competenza, intesa come l'effettiva manifestazione dell'evento che ha generato la spesa in questione. Somme registrate seguendo un criterio di cassa, infatti, potrebbero fornire informazioni distorte rispetto all'andamento effettivo del servizio reso.

Altro punto sensibile risiede nella necessità di conoscere, in alcuni casi più specifici come ad esempio la disabilità e la non autosufficienza, l'esatta popolazione di riferimento, non dovendo ricorrere a stime che potrebbero fornire risultati non coincidenti con l'effettiva realtà.

1.2 Analisi per LEP

In questa sezione del lavoro i dati sulla spesa sociale comunale e sugli utenti in carico ai servizi sono stati analizzati considerando l'articolazione per livelli essenziali delle prestazioni³⁶. I successivi paragrafi saranno quindi dedicati ad osservare l'andamento, in forma aggregata e per area di intervento, dei seguenti ambiti: Residenzialità, Semiresidenzialità, Domiciliarità, Area Socioeducativa, Affido, Segretariato sociale e servizio sociale professionale, Sostegno al reddito e servizio alloggio, Pronto intervento sociale, Altri servizi.

³⁶ L'analisi è stata condotta seguendo la classificazione fornita dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali (cfr. *I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'Assistenza*, Roma, 2004). Per conoscere il dettaglio dei servizi ed interventi presenti in ciascun livello essenziale, così come definiti nella presente indagine, consultare l'appendice.

1.2.1 Residenzialità

La spesa in strutture residenziali, nel 2006, ha rappresentato il 23,6% della spesa totale sostenuta dal Comune di Mantova per le politiche sociali. In particolare, nell'anno in esame, la spesa in residenzialità è stata pari a 2.415.963 euro (tabella 2.1), in aumento dell'8,5% rispetto al 2005. Sempre nel 2006, il 64,8% della spesa residenziale è stata destinata all'area anziani, mentre il restante 35,2% si ripartisce equamente tra l'area disabilità e quella minori.

Tabella 2.1 - Residenzialità: spesa per area di intervento – Anni 2004-2006 (euro)

Spesa	2004	2005	2006
Anziani	1.144.021	1.446.258	1.566.160
Disabilità	475.875	416.634	425.723
Minori	359.281	363.249	424.080
Povertà e disagio sociale	0	0	0
Multiutenza	0	0	0
Altro	0	0	0
Totale	1.979.176	2.226.141	2.415.963

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Analizzando l'andamento della spesa per fonte di finanziamento, possiamo osservare come, in tutti e tre gli anni in esame, la quota maggioritaria venga sostenuta direttamente dal Comune (tabella 2.2), come dimostra il 97,3% del 2006.

Nello specifico, possiamo notare come la percentuale comunale sia aumentata, passando dal 91,1% del 2005 al 97,3% del 2006, che in termini monetari si è tradotto in un incremento del 15,9% delle risorse impiegate. Tale aumento è stato determinato dalla riduzione del 10,6% della compartecipazione dell'utenza³⁷ e dall'assenza, nel 2006, di finanziamenti per la residenzialità a carico sia del FSR che del FNPS.

³⁷ Nell'ambito della residenzialità la compartecipazione degli utenti è prevista esclusivamente per le Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani ed è passata, nel corso del triennio, dagli 80.277 euro del 2004 ai 65.683 euro del 2006. Nonostante tale riduzione, la quota per singolo utente è aumentata, da 336 a 373 euro pro capite. Ciò significa che si è ridotta la compartecipazione complessiva dell'utenza nelle RSA, in conformità con la riduzione del numero di utenti (da 239 a 176), ma è aumentato il contributo a carico di ogni singolo utente.

**Tabella 2.2 - Residenzialità: composizione della spesa per fonte di finanziamento – Anni 2004-2006
(valori percentuali)**

Fonti di finanziamento	2004	2005	2006
Comune	91,5	91,1	97,3
Utenza	4,1	3,3	2,7
FSR	4,4	3,9	0,0
FNPS	0,0	1,7	0,0
Altri EE.LL.	0,0	0,0	0,0
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

La percentuale più consistente degli utenti a totale o parziale carico del Comune in strutture residenziali appartiene, in tutti e tre gli anni in esame, all'area anziani (tabella 2.3). Tuttavia, è importante sottolineare come, tra il 2004 e il 2006, essa registri una diminuzione del 25,7% (dalle 245 unità del 2004 alle 182 del 2006), in controtendenza rispetto al permanere delle liste di attesa ed all'aumento dell'1,6% della popolazione di riferimento (65 anni e oltre). Tale fenomeno potrebbe, in parte, essere spiegato dal fatto che l'accesso selettivo alle strutture residenziali per anziani è regolato dai parametri ISEE, la cui determinazione risente in modo sostanziale della parte reddituale dell'individuo. Nel 2006, infatti, l'importo medio delle pensioni per vecchiaia, nel Comune di Mantova, è stato pari a 934,87 euro, in aumento del 2,7% rispetto al 2005. Questo porterebbe ad affermare che la contrazione evidenziata negli utenti a carico del Comune non corrisponda ad una contrazione complessiva dell'utenza nelle strutture per anziani, ma venga compensata da un aumento di coloro che usufruiscono o vorrebbero usufruire del servizio di assistenza residenziale acquistandolo per intero.

Tabella 2.3 - Residenzialità: utenti in carico per area di intervento – Anni 2004-2006 (valori assoluti)

Utenti	2004	2005	2006
Anziani	245	221	182
Disabilità	27	23	27
Minori	18	19	25
Povertà e disagio sociale	0	0	0
Multiutenza	0	0	0
Altro	0	0	0
Totale	290	263	234

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Il rapporto spesa su utenti in residenzialità nel 2006 è stato pari a 10.324,63 euro (tabella 2.4), in crescita del 22,0% rispetto al 2005. Le aree disabilità e minori, con 15.767,50 euro e 16.963,19 euro, risultano quelle con rapporti più elevati rispetto agli 8.605,28 euro dell'area anziani. Tuttavia, è solo all'interno di quest'ultima area che si registra, nel 2006, un incremento della spesa procapite, pari al 31,5%, a differenza di quanto accaduto nelle altre due aree di intervento, che vedono diminuire tale valore. Se infatti, da una parte, l'incremento della spesa per utente anziano è dovuto all'effetto combinato di un aumento delle risorse impiegate dell'8,3% e di una diminuzione degli utenti serviti del 17,6%, dall'altra parte registriamo, nelle aree disabilità e minori, un incremento della spesa inferiore alla crescita degli utenti.

Nel complesso, quindi, dal 2004 la spesa totale per utente risulta in aumento, anche se negli anni essa ha assunto una diversa distribuzione all'interno delle differenti aree di intervento.

Tabella 2.4 - Residenzialità: rapporto spesa su utenti in carico per area di intervento – Anni 2004-2006 (euro)

Spesa/Utenti	2004	2005	2006
Anziani	4.669,47	6.544,15	8.605,28
Disabilità	17.624,98	18.114,52	15.767,50
Minori	19.960,04	19.118,36	16.963,19
Povertà e disagio sociale	0,00	0,00	0,00
Multiutenza	0,00	0,00	0,00
Altro	0,00	0,00	0,00
Totale	6.824,75	8.464,41	10.324,63

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

L'indicatore della spesa sulla popolazione di riferimento (tabella 2.5) mostra come alle persone con disabilità sia destinata la spesa procapite per utenza potenziale più elevata, anche se in diminuzione nel corso del triennio considerato (da 279,93 euro a 215,99 euro). Al secondo posto vengono le persone anziane, con 122,37 euro nel 2006, mentre l'ammontare procapite più basso (69,08 euro) è destinato ai minori.

Tabella 2.5 - Residenzialità: rapporto spesa su popolazione di riferimento per area di intervento – Anni 2004-2006 (euro)

Spesa/Pop. di riferimento	2004	2005	2006
Anziani	90,80	114,00	122,37
Disabilità	279,93	232,11	215,99
Minori	59,91	60,15	69,08
Povertà e disagio sociale	0,00	0,00	0,00
Multiutenza	0,00	0,00	0,00
Altro	0,00	0,00	0,00

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

L'indice di copertura della popolazione di riferimento nel 2006 risulta uguale, con l'1,4%, sia per l'area anziani che per quella della disabilità, mentre i minori raggiungono appena il valore dello 0,4% (tabella 2.6). In riferimento alla popolazione anziana, occorre tuttavia sottolineare come tale indice registri una diminuzione, passando dall'1,9% del 2004 all'1,4% del 2006, a seguito di una significativa contrazione degli utenti servizi a fronte di un aumento della popolazione di riferimento, come già evidenziato in precedenza.

Tabella 2.6 - Residenzialità: indice di copertura, rapporto tra utenti in carico e popolazione di riferimento – Anni 2004-2006 (valori percentuali)

Utenti/Pop. di riferimento	2004	2005	2006
Anziani	1,9	1,7	1,4
Disabilità	1,6	1,3	1,4
Minori	0,3	0,3	0,4
Povertà e disagio sociale	0,0	0,0	0,0
Multiutenza	0,0	0,0	0,0
Altro	0,0	0,0	0,0

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

L'analisi sull'assistenza residenziale può essere inoltre condotta osservando due ulteriori indicatori (tabella 2.7).

Il primo riguarda il numero di posti letto per utente e può essere definito come un indicatore di presa in carico³⁸. Nella tabella 2.7 si evidenzia come, considerando i dati del 2006, i posti letto attualmente disponibili nel Comune per le persone anziane (2,3) e con disabilità (1,9) siano

³⁸ Un valore dell'indicatore minore di 1 rileva che gli utenti a totale o parziale carico del Comune sono maggiori del numero di posti letto disponibili all'interno del territorio comunale. Ciò comporta il ricorso a strutture esterne al Comune mantovano.

sufficienti a coprire gli utenti in carico ai servizi sociali, al contrario di quanto accade nel caso dei minori (0,2) per i quali bisogna ricorrere a strutture non presenti sul territorio comunale³⁹.

Tabella 2.7 - Residenzialità: indice di presa in carico e posti letto su popolazione di riferimento per mille – Anno 2006

	Posti letto per utente	Posti letto/ Pop.riferimento *1000
Anziani	2,3	33,1
Disabilità	1,9	26,4
Minori	0,2	0,7

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Il secondo indicatore mette in relazione il numero di posti letto con la popolazione di riferimento. Per l'area anziani e disabilità, ogni mille individui si hanno rispettivamente 33,1 e 26,4 posti letto, mentre l'area minori dispone di soli 0,7 posti letto ogni mille individui sotto i 18 anni.

1.2.2 Semiresidenzialità

Nell'area della semiresidenzialità, nel triennio in esame, si è registrata una spesa media totale pari 707.835 euro. Nel 2006 essa ha rappresentato il 7,0% della spesa sociale complessiva, con un ammontare di 714.797 euro (tabella 3.1), in diminuzione del 6,2% rispetto al 2005.

La distribuzione percentuale evidenzia come la disabilità, con il 66,8% nel 2006 (pari a 477.461 euro), risulti l'area più finanziata, rispetto al 30,8% dei minori ed al restante 2,4% degli anziani.

Tabella 3.1 - Semiresidenzialità: spesa per area di intervento – Anni 2004-2006 (euro)

Spesa	2004	2005	2006
Anziani	16.299	16.509	16.920
Disabilità	421.923	526.269	477.461
Minori	208.238	219.472	220.416
Povertà e disagio sociale	0	0	0
Multiutenza	0	0	0
Altro	0	0	0
Totale	646.460	762.250	714.797

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

³⁹ Nella costruzione dell'indice il numero di utenti a carico del Comune nell'anno 2006 è stato rapportato al numero di posti letto attualmente disponibile nelle strutture residenziali presenti nel Comune di Mantova.

Rispetto alla composizione della spesa, la semiresidenzialità risulta interamente finanziata dal Comune di Mantova per quasi tutti gli anni presi in esame⁴⁰.

Nella tabella 3.2 emerge come, tra il 2004 e il 2006, gli utenti siano aumentati del 6,8%. In particolare, dei 141 cittadini a carico del Comune nel 2006, il 51,1% appartiene all'area minori, il 44,0% all'area disabilità e il restante 5,0% all'area anziani.

Tabella 3.2 - Semiresidenzialità: utenti in carico per area di intervento – Anni 2004-2006 (valori assoluti)

Utenti	2004	2005	2006
Anziani	2	5	7
Disabilità	54	61	62
Minori	76	73	72
Povertà e disagio sociale	0	0	0
Multiutenza	0	0	0
Altro	0	0	0
Totale	132	139	141

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Il rapporto spesa per utenti in semiresidenzialità (tabella 3.3) nel 2006 è stato pari a 5.069,48 euro, in diminuzione del 7,6% rispetto al 2005. Tale decremento è da attribuirsi prevalentemente ad una riduzione di spesa per l'area disabilità, a fronte di un numero di utenti in carico rimasto pressoché invariato.

La spesa media procapite negli anni in esame è risultata pari a 5.150,24 euro.

Tabella 3.3 - Semiresidenzialità: rapporto spesa su utenti in carico per area di intervento – Anni 2004-2006 (euro)

Spesa/Utenti	2004	2005	2006
Anziani	8.149,29	3.301,88	2.417,13
Disabilità	7.813,40	8.627,36	7.700,98
Minori	2.739,97	3.006,46	3.061,33
Povertà e disagio sociale	0,00	0,00	0,00
Multiutenza	0,00	0,00	0,00
Altro	0,00	0,00	0,00
Totale	4.897,42	5.483,81	5.069,48

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

⁴⁰ Per l'anno 2005 la spesa a carico del Comune risulta del 98,9%, mentre il restante 1,1% viene finanziato da altri EE.LL.

Un ulteriore indicatore è dato dal rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento, che rappresenta la domanda potenziale dei servizi sociali e sociosanitari.

Tabella 3.4 - Semiresidenzialità: rapporto spesa su popolazione di riferimento per area di intervento – Anni 2004-2006 (euro)

Spesa/Pop. di riferimento	2004	2005	2006
Anziani	1,29	1,30	1,32
Disabilità	248,19	293,19	242,24
Minori	34,72	36,34	35,90
Povertà e disagio sociale	0,00	0,00	0,00
Multiutenza	0,00	0,00	0,00
Altro	0,00	0,00	0,00

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Nel 2006 la spesa procapite più elevata, pari a 242,24 euro (tabella 3.4), è quella destinata alla disabilità, mentre nelle altre aree di intervento si registrano valori significativamente meno consistenti. Un andamento simile si evidenzia anche per l'indice di copertura della domanda potenziale (tabella 3.5), che risulta più alto per le persone con disabilità in tutti e tre gli anni presi in esame.

Ciononostante, è proprio per le persone con disabilità che, nel 2006, si verifica per la semiresidenzialità una diminuzione sia della spesa procapite per popolazione di riferimento (-17,4%) che per l'indice di copertura (-0,3%), a causa della già evidenziata riduzione della spesa destinata.

Tabella 3.5 - Semiresidenzialità: indice di copertura, rapporto tra utenti in carico e popolazione di riferimento – Anni 2004-2006 (valori percentuali)

Utenti/Pop di riferimento	2004	2005	2006
Anziani	0,0	0,0	0,1
Disabilità	3,2	3,4	3,1
Minori	1,3	1,2	1,2
Povertà e disagio sociale	0,0	0,0	0,0
Multiutenza	0,0	0,0	0,0
Altro	0,0	0,0	0,0

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

1.2.3 Domiciliarità

Nel 2006 la spesa in domiciliarità ha coperto il 4,5% delle risorse destinate alle politiche sociali, attestandosi sui 463.161 euro (tabella 4.1), in crescita rispetto al 2005 dell'11,0%. Da sottolineare è soprattutto il forte incremento che essa ha registrato nel corso del triennio, arrivando a più che raddoppiare l'entità delle risorse impiegate (186.216 euro nel 2004), per una spesa triennale media pari a 355.523 euro.

Dall'analisi per area di intervento, emerge come gli anziani, con il 48,0% nel 2006 (pari a 222.461 euro), risultino l'area più finanziata, rispetto al 35,1% dei minori e al restante 16,9% delle persone con disabilità. È, tuttavia, quest'ultima area di intervento che registra il maggior incremento di spesa nel triennio.

Tabella 4.1 - Domiciliarità: spesa per area di intervento – Anni 2004-2006 (euro)

Spesa	2004	2005	2006
Anziani	75.808	222.572	222.461
Disabilità	7.008	40.519	78.060
Minori	103.400	154.100	162.640
Povertà e disagio sociale	0	0	0
Multiutenza	0	0	0
Altro	0	0	0
Totale	186.216	417.191	463.161

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Rispetto alle fonti di finanziamento, le risorse impiegate per l'assistenza domiciliare provengono direttamente dal Comune e dal FNPS e risultano ripartite secondo una percentuale che ha subito notevoli variazioni nel corso del triennio (tabella 4.2). Se nel 2004 la parte maggioritaria dei finanziamenti proveniva dal Comune (77,1%), nel 2005 la situazione si è ribaltata (78,9% a carico del FNPS), per arrivare al 2006 in cui il 57,4% delle risorse è a carico del FNPS e il 42,6% a carico del Comune.

**Tabella 4.2 - Domiciliarità: composizione della spesa per fonte di finanziamento – Anni 2004-2006
(valori percentuali)**

Fonti di finanziamento	2004	2005	2006
Comune	77,1	21,1	42,6
Utenza	0,0	0,0	0,0
FSR	0,0	0,0	0,0
FNPS	22,9	78,9	57,4
Altri EE.LL.	0,0	0,0	0,0
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Ad incidere sugli andamenti dell’assistenza domiciliare appena descritti sono sicuramente il tipo di prestazioni fornite e le modalità di gestione adottate, che hanno visto l’introduzione e l’incremento delle risorse destinate ai Voucher, ma soprattutto il forte investimento nei Buoni sociali, quasi quintuplicati nel corso del triennio ed interamente finanziati con le risorse provenienti dal FNPS.

Gli utenti in assistenza domiciliare a totale o parziale carico del Comune nel 2006 hanno fatto registrare una crescita del 38,5%, passando dalle 200 unità del 2005 alle 277 unità del 2006 (tabella 4.3). Di queste ultime il 56,0% sono anziani, il 30,0% minori e il 14,1% persone con disabilità.

Tabella 4.3 - Domiciliarità: utenti in carico per area di intervento – Anni 2004-2006 (valori assoluti)

Utenti	2004	2005	2006
Anziani	112	115	155
Disabilità	23	18	39
Minori	62	67	83
Povertà e disagio sociale	0	0	0
Multiutenza	0	0	0
Altro	0	0	0
Totale	197	200	277

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Considerando i dati sopra esposti, il rapporto spesa su utenti (tabella 4.4) registra nell’anno 2006, per tutte le aree in esame, una diminuzione, dovuta ad una crescita degli utenti superiore all’incremento di spesa. Tale fenomeno si evidenzia in particolar modo per gli anziani, per i quali il rapporto spesa/utente diminuisce del 25,8%, poiché a fronte di una spesa rimasta sostanzialmente invariata si registra un aumento di utenti pari a 40 unità.

Tabella 4.4 - Domiciliarità: rapporto spesa su utenti in carico per area di intervento – Anni 2004-2006 (in euro)

Spesa/Utenti	2004	2005	2006
Anziani	676,85	1.935,41	1.435,23
Disabilità	304,70	2.251,05	2.001,53
Minori	1.667,74	2.300,00	1.959,52
Povertà e disagio sociale	0,00	0,00	0,00
Multiutenza	0,00	0,00	0,00
Altro	0,00	0,00	0,00

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Osservando la spesa in rapporto alla popolazione di riferimento (tabella 4.5), per il 2006 è possibile evidenziare come la spesa procapite più alta per utenza potenziale sia quella relativa alla disabilità, con 39,60 euro.

Tabella 4.5 - Domiciliarità: rapporto spesa su popolazione di riferimento per area di intervento – Anni 2004-2006 (euro)

Spesa/Pop. di riferimento	2004	2005	2006
Anziani	6,02	17,54	17,38
Disabilità	4,12	22,57	39,60
Minori	17,24	25,52	26,49
Povertà e disagio sociale	0,00	0,00	0,00
Multiutenza	0,00	0,00	0,00
Altro	0,00	0,00	0,00

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Ugualmente, anche l'indice di copertura (tabella 4.6) evidenzia, nel 2006, un sostanziale miglioramento per l'area disabilità, legato soprattutto al significativo aumento degli utenti disabili in assistenza domiciliare.

Tabella 4.6 - Domiciliarità: indice di copertura, rapporto tra utenti in carico e popolazione di riferimento – Anni 2004-2006 (valori percentuali)

Utenti/Pop. di riferimento	2004	2005	2006
Anziani	0,9	0,9	1,2
Disabilità	1,4	1,0	2,0
Minori	1,0	1,1	1,4
Povertà e disagio sociale	0,0	0,0	0,0
Multiutenza	0,0	0,0	0,0
Altro	0,0	0,0	0,0

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

1.2.4 Altri LEP

In questa parte dell'analisi verranno esposti i principali risultati relativi ai restanti livelli essenziali delle prestazioni: *Area Socioeducativa, Affido, Segretariato sociale e servizio sociale professionale, Sostegno al reddito e servizio alloggio, Pronto intervento sociale, Altri servizi*. La decisione di presentare tutte le informazioni in un'unica sezione scaturisce dall'evidenza che i LEP in questione agiscono, principalmente, su singole aree di intervento.

Nel caso delle prestazioni socioeducative, che includono gli asili nido e i centri ricreativi estivi diurni (CRED), l'unica area di intervento interessata è quella dei minori.

Nel 2006 la spesa è stata pari a 2.549.842 euro (tabella 5.1), in crescita del 29,1% rispetto al 2005, e ha rappresentato il 24,9% della spesa totale sostenuta dal Comune per le politiche sociali.

Nel triennio in esame, la spesa media è risultata pari a 2.203.437 euro e, al suo interno, l'incidenza della spesa per asili nido è stata in media del 95,9%.

Tabella 5.1 - Area Socioeducativa: principali indicatori – Anni 2004-2006

Minori	2004	2005	2006
Spesa	2.085.097	1.975.373	2.549.842
Utenti	426	437	408
Spesa/Utenti	4.894,59	4.520,30	6.249,61
Spesa/Pop. di riferimento	347,69	327,10	415,35
Utenti/Pop. di riferimento %	7,1	7,2	6,6

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Gli utenti dei servizi socioeducativi mostrano un andamento anomalo rispetto a quello della spesa, se infatti nel 2005 aumentano del 2,6% (in controtendenza con la riduzione della spesa del 5,3%), nel 2006 fanno registrare una diminuzione del 6,6%, che investe sia gli asili nido (meno 19 utenti) che i centri ricreativi estivi (meno 10 utenti).

L'effetto combinato dell'aumento della spesa e della riduzione dei minori in carico ai servizi ha prodotto, per il 2006, una spesa per utente pari a 6.249,61 euro, in crescita del 38,3% rispetto al 2005 (valore che passa al 42,9% nel caso dei soli asili nido). Negli anni 2004-2006 la spesa media per utente è stata comunque pari a 5.221,50 euro.

Rapportando le risorse impiegate alla popolazione di riferimento, possiamo osservare che nel 2006 la spesa per utente potenziale è stata pari a 415,35 euro, in aumento rispetto ai 327,10 euro del

2005; nel caso dei soli asili nido la spesa per bambino tra 0 e 3 anni è stata pari a 1.662,61 euro, in aumento del 26,2% rispetto al 2005.

La riduzione degli utenti in carico ai servizi socioeducativi, rapportata all'aumento dell'utenza potenziale, ha invece determinato, nel 2006, una diminuzione di 0,6 punti percentuali dell'indice di copertura della popolazione di riferimento.

Per l'area socioeducativa è opportuno osservare anche la distribuzione della spesa per fonte di finanziamento. Come si rileva nella tabella 5.2, nel 2006, il 78,0% della spesa è risultata a carico del Comune; percentuale in aumento nel confronto con l'anno precedente. Tale incremento va a compensare la riduzione della partecipazione dell'utenza, che passa dal 22,9% del 2005 al 17,1% del 2006⁴¹.

Tabella 5.2 - Area Socioeducativa: composizione della spesa per fonte di finanziamento – Anni 2004-2006 (valori percentuali)

Fonti di finanziamento	2004	2005	2006
Comune	70,7	70,2	78,0
Utenza	21,3	22,9	17,1
FSR	8,0	6,9	4,9
FNPS	0,0	0,0	0,0
Altri EE.LL.	0,0	0,0	0,0
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Nel caso degli asili nido è, inoltre, possibile calcolare l'indice di presa in carico degli utenti 0-3 anni, che nel 2006 è risultato pari a 1,1 (ricordiamo che un valore maggiore di 1 sta ad indicare che i posti disponibili negli asili nido comunali sono sufficienti a coprire gli utenti in carico ai servizi sociali)⁴².

Un secondo indicatore mette in relazione il numero di posti con la popolazione di riferimento. Nel 2006, si è calcolato che per ogni mille bambini tra 0 e 3 anni sono disponibili 145,3 posti negli asili nido comunali.

⁴¹ Nell'ambito dell'area socioeducativa la partecipazione degli utenti è passata dai 444.272 euro del 2004 ai 435.098 euro del 2006. Nonostante tale riduzione, la quota media per singolo utente è aumentata, da 1.043 a 1.066 euro procapite. Tuttavia, l'incremento evidenziato ha investito unicamente gli asili nido, nell'ambito dei quali la riduzione della partecipazione dell'utenza, in conformità con la riduzione del numero di utenti (da 217 a 198), si è associata ad un aumento del contributo a carico di ogni singolo utente (da 1.920 a 2.063 euro procapite). Diversamente per i CRED, che nel triennio hanno visto ridursi la quota procapite di circa 6 euro.

⁴² Nella costruzione dell'indice il numero di utenti a carico del Comune nell'anno 2006 è stato rapportato al numero di posti attualmente disponibili negli asili nido comunali.

Come l'area socioeducativa, anche gli affidi si rivolgono ai minori, con una spesa che nel 2006 è stata pari a 102.867 euro (tabella 5.3), in diminuzione del 5,5% rispetto al 2005. Stesso andamento per gli utenti, che fanno registrare una diminuzione pari a 2 unità.

Tabella 5.3 - Affido: principali indicatori – Anni 2004-2006

Minori	2004	2005	2006
Spesa	92.897	108.892	102.867
Utenti	31	28	26
Spesa/Utenti	2.996,67	3.889,00	3.956,42
Spesa/Pop. di riferimento	15,49	18,03	16,76
Utenti/Pop. di riferimento %	0,5	0,5	0,4

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Nel triennio, la spesa per utente in affido è risultata sempre in crescita⁴³, attestandosi su un valore medio di 3.614,03 euro.

In riferimento agli ultimi due indicatori della tabella 5.3, possiamo infine rilevare come sia la spesa per la popolazione di riferimento che l'indice di copertura abbiano fatto registrare valori in linea con l'andamento delle risorse impiegate e dell'utenza in affido.

Il segretariato sociale e il servizio sociale professionale sono prestazioni di accesso, che consistono nella lettura del bisogno, nell'esplicitazione del problema, nella definizione del progetto individuale e nell'accompagnamento verso i successivi percorsi di assistenza. Essi si rivolgono alla multiutenza e hanno come popolazione di riferimento l'intera cittadinanza.

Per tali prestazioni, nell'ambito della presente ricerca, non è stato possibile individuare il numero di utenti serviti.

Tabella 5.4 - Segretariato sociale e servizio sociale professionale: principali indicatori – Anni 2004-2006

Multiutenza	2004	2005	2006
Spesa	2.348.086	1.717.517	1.636.420
Spesa/Pop. di riferimento	48,81	36,03	34,23

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

⁴³ Ciò è stato possibile perché, nel 2005, la spesa complessiva in affido è cresciuta, mentre gli utenti in carico ai servizi sono diminuiti; nel 2006, la riduzione delle risorse è stata invece inferiore alla diminuzione degli utenti.

Come emerge dalla tabella 5.4, dal 2004 al 2006 la spesa per il segretariato sociale e il servizio sociale professionale si è ridotta costantemente, determinando anche una riduzione del rapporto con la popolazione di riferimento⁴⁴, passato dai 48,81 euro di spesa procapite del 2004 ai 34,23 del 2006. Per l'ultimo anno in esame bisogna, tuttavia, rilevare che il 4,2% della spesa è stato destinato all'attivazione del servizio “Informagiovani”, non presente nel 2004 e nel 2005.

Nel corso del triennio, la riduzione complessiva della spesa è stata determinata dalla forte contrazione delle risorse impiegate nel servizio sociale professionale (-37,2%); contrazione che non è stata compensata dall'aumento della spesa per il segretariato sociale (+20,6%) e dall'investimento nel nuovo servizio di informagiovani.

Il sostegno al reddito e il servizio alloggio consistono nell'erogazione di risorse per l'assistenza economica delle persone in difficoltà e nell'impiego del Fondo Sociale Affitti (FSA). Destinatari degli interventi sono gli utenti dell'area povertà e disagio sociale, anche se occorre ricordare che molte ricerche scompongono la voce “assistenza economica” per singola tipologia di utenza. Ciò non è stato possibile nella presente ricerca, non disponendo del dato disaggregato per area di intervento.

Nel 2006, si registra una spesa di 1.458.171 euro (tabella 5.5), in aumento dell'11,6% rispetto al 2005, che incide per il 14,2% sul totale della spesa in servizi sociali.

Negli anni 2004-2006, mediamente, il 64,6% delle risorse impiegate è stato destinato al servizio alloggio, mentre il restante 35,4% all'assistenza economica, è tuttavia proprio in relazione a quest'ultimo tipo di intervento che si verifica, tra il 2004 e il 2005, l'incremento di spesa maggiore (+23,4% rispetto al +5,4% del servizio alloggio).

Tabella 5.5 - Sostegno al reddito e servizi alloggio: principali indicatori – Anni 2004-2006

Povertà e disagio sociale	2004	2005	2006
Spesa	1.179.698	1.307.082	1.458.171
Utenti	958	1.093	1.260
Spesa/Utenti	1.231,42	1.195,87	1.157,28
Spesa/Pop. di riferimento	650,86	719,87	655,88
Utenti/Pop. di riferimento %	52,9	60,2	56,7

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

⁴⁴ Occorre peraltro tener conto che la popolazione di riferimento, data dai residenti nel Comune di Mantova al 31 dicembre di ogni anno, tra il 2004 e il 2006 è diminuita dello 0,6%.

I destinatari degli interventi in esame hanno fatto registrare, rispetto al 2005, un aumento del 15,3%. Mediamente, nel triennio, il 61,2% degli utenti totali appartiene al servizio alloggio e il 38,8% all'assistenza economica, anche se, come nel caso della spesa, sono proprio i destinatari degli aiuti economici ad aumentare in misura maggiore (+46,9% contro una riduzione del 2,3% nel servizio alloggio).

La crescita più consistente sia degli utenti in carico che di quelli potenziali⁴⁵ rispetto agli incrementi di spesa ha comportato, nel 2006, una diminuzione degli indicatori che misurano le risorse impiegate in rapporto agli utenti dei servizi (da 1.195,87 a 1.157,28 euro) ed alla popolazione di riferimento (da 719,87 a 655,88 euro).

L'indice di copertura mostra come tra il 2004 e il 2006 si sia raggiunto mediamente il 56,6% della domanda potenziale. Tuttavia, la riduzione che tale indice registra nel 2006 (dal 60,2% del 2005 al 56,7% del 2006) è da imputarsi alla crescita del 22,2% della popolazione di riferimento; incremento non sufficientemente compensato dalla crescita degli utenti in carico.

Infine, da notare che, mentre l'assistenza economica è interamente finanziata con risorse proprie del Comune, più dell'80,0% della spesa per il servizio alloggio, in tutti e tre gli anni considerati, è appannaggio del Fondo Sociale Regionale, pur potendosi comunque registrare un aumento significativo, nei tre anni, della restante quota di risorse impiegate a carico del Comune.

Anche il pronto intervento sociale ha come unica area di riferimento la povertà e il disagio sociale. Nel 2006 la spesa è stata pari a 99.136 euro (tabella 5.6), in significativo aumento rispetto ai 47.490 euro del 2005.

Tabella 5.6 - Pronto intervento sociale: principali indicatori – Anni 2004-2006

Povertà e disagio sociale	2004	2005	2006
Spesa	47.490	47.490	99.136
Utenti	20	22	31
Spesa/Utenti	2.374,50	2.158,64	3.197,93
Spesa/Pop. di riferimento	26,20	26,16	44,59
Utenti/Pop. di riferimento %	1,1	1,2	1,4

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

⁴⁵ Nel passaggio dal 2005 al 2006, la popolazione di riferimento passa dalle 1.816 alle 2.223 unità.

Il divario, così consistente, tra i due anni in esame è da imputare all'introduzione nel 2006 del Dormitorio, assente negli anni precedenti, che ha richiesto un investimento di oltre 50.000 euro per una copertura di 20 utenti. Gli indicatori del 2006 risentono, quindi, tutti dell'introduzione del nuovo servizio, che ha contribuito sia a far aumentare la spesa sulla popolazione di riferimento, che a migliorare di 0,2 punti percentuali l'indice di copertura. Per gli anni precedenti, invece, le grandezze analizzate mostrano una sostanziale stabilità sia nella spesa che negli utenti serviti.

L'ultimo ambito considerato comprende gli *altri servizi* ossia un complesso di prestazioni che non rientrano nei LEP precedentemente analizzati⁴⁶. Come è possibile osservare nella tabella 5.7, per gli anni 2004-2006, la parte più consistente della spesa per altri servizi viene assorbita, per una media dell'80,7%, dalla voce "altro", alla quale afferiscono i contributi pubblici ad enti ed associazioni, nonché la quota parte del Comune per la gestione associata dei servizi sociali definiti nel Piano di Zona. Il restante importo è destinato principalmente alle persone con disabilità, che ricevono mediamente il 14,8% delle risorse complessive. Segue l'area povertà e disagio sociale con il 4,4%.

Da notare, in questi anni, il forte incremento della spesa, più che raddoppiata dal 2004.

Tabella 5.7 - Altri servizi: spesa per area di intervento – Anni 2004-2006 (euro)

Spesa	2004	2005	2006
Anziani	1.314	0	0
Disabilità	31.795	104.514	121.587
Minori	0	0	0
Povertà e disagio sociale	21.000	17.942	29.874
Multiutenza	0	0	0
Altro	303.116	387.985	661.815
Totale	357.225	510.442	813.276

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Riguardo gli utenti in carico ai servizi (tabella 5.8), le informazioni disponibili concernono esclusivamente le aree anziani, disabilità, povertà e disagio sociale, mentre non è possibile risalire agli utenti serviti nella voce "altro".

Dai dati esposti in tabella è importante soprattutto mettere in luce la crescita significativa degli utenti con disabilità.

⁴⁶ Per conoscere il dettaglio dei servizi considerati in quest'ambito cfr. l'appendice.

Tabella 5.8 - Altri servizi: utenti in carico per area di intervento – Anni 2004-2006 (valori assoluti)

Utenti	2004	2005	2006
Anziani	57	0	0
Disabilità	30	40	72
Minori	0	0	0
Povertà e disagio sociale	20	18	27
Multiutenza	0	0	0
Altro	n.d.	n.d.	n.d.

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Nella tabella 5.9, sulla base delle informazioni disponibili, è possibile notare come il rapporto spesa su utente in carico ai servizi registri nel 2005 un forte incremento per l'area disabilità, in corrispondenza con l'aumento della spesa dedicata al servizio di trasporto disabili di circa tre volte e mezza. Viceversa tale rapporto scende nel 2006 (da 2.612,85 euro a 1.688,71 euro), a causa di una crescita delle risorse impiegate inferiore all'aumento dell'utenza in carico ai servizi.

Tabella 5.9 - Altri servizi: rapporto spesa su utenti in carico per area di intervento – Anni 2004-2006 (in euro)

Spesa/Utenti	2004	2005	2006
Anziani	23,05	0,00	0,00
Disabilità	1.059,83	2.612,85	1.688,71
Minori	0,00	0,00	0,00
Povertà e disagio sociale	1.050,00	996,80	1.106,46
Multiutenza	0,00	0,00	0,00
Altro	n.d.	n.d.	n.d.

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Per quanto concerne la spesa sulla popolazione di riferimento, è opportuno evidenziare come essa sia cresciuta per l'area disabilità nei tre anni in esame, fino ad arrivare ai 61,69 euro del 2006 (tabella 5.10); stesso andamento può essere osservato per l'indice di copertura della popolazione con disabilità, in crescita fino al valore del 3,7% del 2006 (tabella 5.11).

Tabella 5.10 - Altri servizi: rapporto spesa su popolazione di riferimento per area di intervento – Anni 2004-2006 (euro)

Spesa/Pop. di riferimento	2004	2005	2006
Anziani	0,10	0,00	0,00
Disabilità	18,70	58,23	61,69
Minori	0,00	0,00	0,00
Povertà e disagio sociale	11,59	9,88	13,44
Multiutenza	0,00	0,00	0,00
Altro	6,30	8,14	13,84

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Tabella 5.11 - Altri servizi: indice di copertura, rapporto tra utenti in carico e popolazione di riferimento – Anni 2004-2006 (valori percentuali)

Utenti/Pop. di riferimento	2004	2005	2006
Anziani	0,5	0,0	0,0
Disabilità	1,8	2,2	3,7
Minori	0,0	0,0	0,0
Povertà e disagio sociale	1,1	1,0	1,2
Multiutenza	0,0	0,0	0,0
Altro	n.d.	n.d.	n.d.

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

PARTE V
IL QUADRO CONCLUSIVO

Quale welfare per i cittadini?

Una domanda che ci si è posti nell’analizzare la spesa sociale comunale è se la sua composizione configuri, e in che misura, un welfare dei servizi o dei trasferimenti⁴⁷.

Osservando la distribuzione delle risorse impiegate nelle politiche sociali tra servizi e trasferimenti ai cittadini o ad enti ed associazioni, emerge come la quota maggioritaria della spesa sociale (69,2%) risulti destinata ai servizi (tabelle 1 e 2). Tuttavia, soffermando l’attenzione sull’andamento di tale distribuzione nel corso del triennio considerato, possiamo evidenziare come la percentuale indirizzata ai trasferimenti (sia ai cittadini che ad enti/associazioni) sia complessivamente aumentata, dal 19,3% del 2004 al 30,8% del 2006. Ciò è da imputare ad una contrazione delle risorse destinate ai servizi sociali (ridotte dell’1,5% nell’arco dei tre anni in esame⁴⁸), a fronte di un incremento dell’83,5% della spesa totale in trasferimenti (da 1.720.930 euro a 3.157.548 euro).

Sull’incremento appena evidenziato incide sia la crescita delle erogazioni monetarie ai cittadini che l’aumento dei finanziamenti ad enti ed associazioni. In particolare, possiamo osservare che i trasferimenti ai cittadini crescono del 76,0% nel corso del triennio, arrivando a coprire il 24,3% delle risorse complessivamente destinate alle politiche sociali, mentre i trasferimenti ad enti ed associazioni vedono raddoppiare nei tre anni la propria entità, registrando nel 2006, con 661.815 euro, il 6,5% delle risorse globalmente erogate.

Sul versante dei trasferimenti ai cittadini, a crescere sono tutte le voci interessate⁴⁹, ma soprattutto la componente relativa ai contributi a copertura delle rette per gli anziani in strutture residenziali⁵⁰, che sono utilizzati per calmierare i costi sostenuti dagli utenti, e i Buoni sociali, quali strumenti di sostegno alla domiciliarità.

⁴⁷ Per conoscere il dettaglio degli interventi sociali classificati in questa indagine come servizi o trasferimenti confrontare l’appendice.

⁴⁸ La riduzione della spesa sociale in servizi è stata calcolata considerando l’andamento complessivo del triennio in esame. Tuttavia, se osserviamo la tabella 1, possiamo notare come la quota destinata ai servizi, dopo la flessione registrata nel passaggio dal 2004 al 2005, abbia ripreso a crescere nel 2006, pur non tornando sui valori del 2004.

⁴⁹ Per conoscere il dettaglio delle voci classificate come trasferimenti ai cittadini consultare l’appendice.

⁵⁰ I contributi a copertura delle rette sono stati considerati in questa analisi come un trasferimento ai cittadini, poiché si tratta di un intervento finalizzato ad incidere sulla riduzione del costo della retta per l’utente, pur attraverso un versamento all’ente gestore.

Tabella 1 - Spesa sociale per tipologia di intervento – Anni 2004-2006 (euro)

Spesa	2004	2005	2006
Servizi	7.201.415	6.574.885	7.096.085
Trasferimenti ai cittadini	1.417.814	2.109.509	2.495.733
Trasferimenti ad enti e associazioni	303.116	387.985	661.815
Totale	8.922.344	9.072.379	10.253.632

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Tabella 2 - Spesa sociale per tipologia di intervento – Anni 2004-2006 (valori percentuali)

Spesa	2004	2005	2006
Servizi	80,7	72,5	69,2
Trasferimenti ai cittadini	15,9	23,3	24,3
Trasferimenti ad enti e associazioni	3,4	4,3	6,5
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Per quanto concerne invece i trasferimenti ad enti ed associazioni, ad intensificarsi in termini finanziari sono gli sforzi indirizzati sia a sostenere le azioni inserite nel Piano di Zona che a supportare i soggetti non istituzionali attivi sul territorio.

In proposito, sarebbe quindi interessante approfondire la destinazione d'uso di tali risorse, che, pur configurandosi come trasferimenti, sono tuttavia indirizzate non ai singoli cittadini ma al Consorzio Solidarietà⁵¹ e ad enti ed associazioni locali, traducendosi di fatto in interventi e servizi sul territorio.

Ciò fornisce, comunque, indicazioni in chiave di definizione dei LEP, poiché evidenzia l'esistenza di una quota di spesa non centrata esclusivamente sull'individuo e su prestazioni mirate ad intervenire su un disagio/bisogno, ma configura l'interesse ad investire anche su altre dimensioni, quali la prevenzione, la promozione dei diritti, lo sviluppo di opportunità a livello locale, il lavoro di rete, rafforzando la funzione di quei soggetti che possono essere definiti come "antenne" del territorio, in grado di attivare e moltiplicare le risorse relazionali e di favorire processi di innovazione e sperimentazione.

Una successiva fase dell'indagine potrebbe essere, quindi, indirizzata ad analizzare cosa c'è esattamente dentro questa quota di spesa, per valutarne l'impatto e stabilire cosa possa e debba rientrare nella definizione dei LEP.

⁵¹ Ente associativo del Piano di Zona.

Un altro importante criterio di esame della spesa sociale è quello relativo al rapporto tra welfare domiciliare e residenziale.

Osservando la tabella 3, possiamo constatare come la spesa destinata alle strutture residenziali risulti nel 2006 cinque volte superiore a quella impiegata per le politiche di sostegno alla domiciliarità (2.415.963 euro vs 463.161 euro). Tuttavia, se facciamo riferimento all’evoluzione registrata nel triennio in esame, vediamo più che raddoppiare le risorse destinate agli interventi e servizi domiciliari, tanto che il rapporto di spesa tra residenzialità e domiciliarità passa dal 10,6 del 2004, al 5,2 del 2006⁵².

Tabella 3 - Spesa sociale in residenzialità/domiciliarità – Anni 2004-2006 (euro)

Spesa	2004	2005	2006
Domiciliarità	186.216	417.191	463.161
Residenzialità	1.979.176	2.226.141	2.415.963
Totale	2.165.392	2.643.332	2.879.123

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

L’incremento più significativo della spesa in interventi e servizi domiciliari si registra nel passaggio dal 2004 al 2005, in corrispondenza con il forte investimento nei Buoni sociali, che nel 2006 coprono il 53,5% delle risorse complessivamente impiegate in politiche di sostegno alla domiciliarità.

Tabella 4 - Utenti in residenzialità/domiciliarità – Anni 2004-2006 (valori assoluti)

Spesa	2004	2005	2006
Domiciliarità	197	200	277
Residenzialità	290	263	234
Totale	487	463	511

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Spostando l’attenzione sugli utenti (tabella 4), possiamo constatare come nel 2006 il numero dei cittadini in carico ai servizi sociali risulti maggiore nell’area della domiciliarità piuttosto che nell’ambito delle strutture residenziali. In particolare, da sottolineare è l’andamento inverso che si registra nel corso del triennio. Mentre infatti l’utenza degli interventi domiciliari aumenta del 40,6%, così come aumentano le risorse ad essi destinate, gli utenti delle strutture residenziali

⁵² Nel 2004 per ogni euro speso in domiciliarità ne sono stati spesi 10,6 in residenzialità; nel 2006 per ogni euro speso in domiciliarità ne sono stati spesi 5,2 in residenzialità.

diminuiscono del 19,3%, in contrasto con l'incremento delle spese sostenute. Incremento, quest'ultimo, da imputare essenzialmente alla voce contributi a copertura delle rette per gli anziani in strutture residenziali (che, come già ricordato, è una misura atta a calmierare i costi per gli utenti).

La fotografia del 2006

Un quadro complessivo, riferito all'anno 2006, può essere riassunto nella tabella 5, in cui è possibile osservare la distribuzione percentuale, ripartita per livelli essenziali delle prestazioni e per aree di intervento, della spesa e degli utenti rispetto al loro totale.

Nella tabella 5, possiamo osservare come nel 2006 il 48,5% della spesa (46,3% nel 2005) sia destinato ad interventi socioeducativi (24,9%) e di residenzialità (23,6%), mentre gli utenti delle aree in questione rappresentano il 26,0% del totale (31,2% nel 2005), di cui il 16,5% per il LEP socioeducativa e il 9,5% per la residenzialità.

In questi due ambiti emerge, come già evidenziato altrove, la divergenza tra aumento della spesa, da un lato, e diminuzione del numero degli utenti dall'altro. Pertanto, come verrà affrontato in modo più dettagliato in seguito, la presenza di questi andamenti, oltre a rappresentare un punto di criticità, richiede i necessari approfondimenti per individuare l'effettiva causa del fenomeno.

Considerando invece le aree di intervento, i minori, con il 33,7% (31,1% nel 2005), risultano l'area in cui vengono impegnate le maggiori risorse, a fronte di un'utenza che rappresenta il 24,8% del totale (27,9% nel 2005).

L'area di intervento in cui si registra, invece, il maggior numero di utenti è quella della povertà e del disagio sociale con il 53,2% (50,6% nel 2005), di cui il 50,9% afferente al LEP sostegno al reddito e servizio alloggio. Nel 2006, all'intera area povertà e disagio sociale è stato destinato il 15,5% della spesa totale (15,1% nel 2005), di cui il 14,2% impiegato per le politiche di sostegno al reddito e servizio alloggio.

Tabella 5 - Spesa e utenti totali ripartiti per livelli essenziali delle prestazioni e per area di intervento – Anno 2006 (valori percentuali)

	Residenzialità		Semiresidenzialità		Domiciliarità		Socioeducativa		Affido		Segr. sociale e ser. sociale prof.		Sostegno al reddito e ser. alloggio		Pronto intervento sociale		Altri		Totale		
	spesa	utenti	spesa	utenti	spesa	utenti	spesa	utenti	spesa	utenti	spesa	utenti	spesa	utenti	spesa	utenti	spesa	utenti	spesa	utenti	
Anziani	15,3	7,4	0,2	0,3	2,2	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17,6	13,9	
Disabilità	4,2	1,1	4,7	2,5	0,8	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	2,9	10,8	8,1
Minori	4,1	1,0	2,1	2,9	1,6	3,4	24,9	16,5	1,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,7	24,8
Povertà e disagio sociale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,2	50,9	1,0	1,3	0,3	1,1	15,5	53,2	
Multitenza	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0	-	
Altro	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,5	-	6,5	-	
Totale	23,6	9,5	7,0	5,7	4,5	11,2	24,9	16,5	1,0	1,1	16,0	-	14,2	50,9	1,0	1,3	7,9	4,0	100,0	100,0	

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Comune di Mantova

Il confronto tra percentuale di spesa finanziata e utenti serviti risulta un primo indicatore da utilizzare nella fase di programmazione generale e nella determinazione del livello di prestazioni esigibili che si vuole garantire. Nell'effettuare questo tipo di analisi bisogna, però, tener conto che gli eventuali divari tra percentuale di spesa finanziata e numero di utenti serviti devono essere opportunamente ponderati in considerazione delle peculiarità dei singoli servizi. Per esempio, i costi sostenuti per gli anziani nell'area residenzialità sono diversi rispetto a quelli sostenuti per gli utenti delle politiche abitative. Inoltre, nella lettura di questa tabella, bisogna comunque tener conto del fatto che, mentre la spesa è sempre individuabile, in alcuni servizi non è stato invece possibile quantificare il numero di utenti (per esempio nel caso del segretariato sociale), come già specificato nei paragrafi precedenti.

Conoscere per scegliere

Promuovere un sistema integrato di interventi e servizi sociali che risponda ai bisogni espressi dal territorio, supportare i processi decisionali attraverso il monitoraggio delle azioni e la valutazione degli esiti, costruire un sistema informativo che permetta di conoscere il contesto locale, programmare gli interventi e leggerne i risultati, definire i livelli essenziali delle prestazioni sociali: queste erano alcune delle opportunità introdotte dalla legge quadro di riforma dei servizi sociali (328/2000).

Oggi, nonostante essa sia ormai applicata, almeno per alcuni aspetti (pensiamo ai Piani di Zona), su tutto il territorio nazionale, molto spesso non è questo lo scenario che ci si trova di fronte quando si va ad analizzare il sistema di welfare del territorio.

L'approccio attuale alle politiche sociali ha, infatti, ancora molta difficoltà a valutare ciò che si fa e ad esprimere visioni sul futuro, a conoscere l'impatto delle azioni intraprese e ad effettuare delle scelte di priorità. La nostra è una realtà che ancora fatica a proiettarsi in avanti, che ragiona spesso sulle emergenze, che stenta ad interrogarsi sul proprio senso e la propria direzione, ma si concentra sul fare e sul presente.

Riflettere su se stessi, sul proprio modello di welfare, costruire una visione d'insieme dei bisogni, delle risorse e dei costi, individuare eventuali sprechi o disfunzioni, sottolineare gli aspetti di eccellenza e di sviluppo, scegliere le priorità ed individuare i percorsi di risposta, valorizzando la qualità e la soddisfazione degli utenti oltre che il loro coinvolgimento, è la strada avviata dal Comune di Mantova, di cui la ricerca illustrata in queste pagine non rappresenta che il primo tassello.

Accompagnare i processi decisionali significa conoscere l'esistente, valutarne l'impatto e coltivare un'idea di futuro. Ed è in questo che risiede la forza del progetto avviato. Nel tentativo di superare quello che è uno dei limiti insiti nelle politiche sociali nel nostro Paese. E nella volontà di intraprendere un percorso di definizione dei diritti sociali.

Disegnare i LEP nazionali era uno dei compiti delegati al Governo centrale fin dal 2000. Ma, sino ad oggi, nessuno è riuscito o ha voluto percorrere una seria strada di discussione. È per questo che, pur nella consapevolezza che i diritti sociali debbano essere garantiti in ogni parte del nostro Paese, esperienze e ragionamenti si sono avviati nelle amministrazioni locali più avanzate, per garantire ai propri cittadini certezze e non interventi occasionali.

Le criticità emerse. Investire sul Sistema Informativo dei Servizi Sociali

Ferme restando le considerazioni svolte sull'importanza di un'iniziativa come quella portata avanti dal Comune di Mantova, sia in termini generali di riflessione sul tema dei livelli essenziali delle prestazioni che in termini specifici di conoscenza del territorio per la definizione di una progettualità sul futuro, è bene comunque mettere in luce alcune criticità emerse nel processo di raccolta delle informazioni, che possono orientare nel prosieguo dei lavori e che confermano, in termini più generali, quanto da tempo sottolineato nel campo della ricerca sulle politiche sociali.

Partiamo da un dato. Uno dei primi risultati raggiunti dall'indagine è stato quello di aver contribuito a ricostruire il budget sociale del Comune di Mantova nel corso del triennio 2004-2006. E ciò può essere considerato un successo proprio perché sono ben noti i limiti insiti nella contabilità finanziaria adottata dai Comuni e quelli prodotti dalle difficoltà di condivisione delle architetture dei flussi informativi di enti diversi. Limiti che, attraverso la ricerca, sono stati messi in luce anche nel caso del territorio mantovano.

Ciò che è emerso è, da una parte, la frammentazione gestionale delle attività di rilevazione all'interno di uno stesso settore, con il rischio di sovrapposizioni temporali e duplicazioni dei dati, e dall'altra la difficoltà di condivisione delle informazioni tra enti diversi, che si traduce in un problema di coerenza contabile complessiva tra le fonti informative.

La ricerca condotta sconta, dunque, alcune limitazioni, che possono essere ricondotte alla mancanza di un sistema uniforme di rendicontazione e di analisi dell'offerta sociale, da cui deriva l'incapacità delle diverse banche dati di dialogare tra loro, la difficoltà di ricostruire uno storico della spesa sociale in forma disaggregata e, quindi, la necessità di costruire vocabolari comuni e logiche condivise di rilevazione. Limitazioni che, sostanzialmente, richiamano l'assenza di un funzionante Sistema Informativo dei Servizi Sociali a livello nazionale e territoriale, così come prospettato dalla legge 328/2000, e che si rivelano di ostacolo al processo decisionale, se consideriamo l'importanza di conoscere l'esistente per operare scelte in grado di migliorare la qualità della vita dei propri cittadini.

La via di uscita potrebbe essere quella di un superamento della separatezza tra indagini mirate, come quella realizzata, e normali attività di rendicontazione di tipo amministrativo. È fondamentale, infatti, che i dati vengano raccolti e organizzati nel momento stesso in cui sono prodotti e, quindi, che le attività di raccolta ed elaborazione delle informazioni non siano episodiche e frammentate, ma inserite nel lavoro quotidiano degli operatori, costituendo uno dei prodotti ordinari delle attività di gestione degli interventi. Si tratta, in altre parole, di un processo di produzione dei dati che passi attraverso richieste informative periodiche alle unità di offerta del territorio, per acquisire informazioni inerenti,

certamente, l'utenza servita e i costi sostenuti, ma anche il personale impiegato, le caratteristiche strutturali e strumentali e quant'altro possa essere utile alla conoscenza della rete locale dei servizi e degli interventi sociali.

Altrettanto importante è la capacità di sviluppare rapporti intra e interistituzionali rispetto all'apporto conoscitivo che altri settori e strutture possono fornire. Pensiamo alla ricchezza in termini conoscitivi che potrebbe scaturire dalla condivisione delle informazioni prodotte nei diversi comparti amministrativi e dall'integrazione dei flussi informativi comunali con quelli di altri sistemi informativi, in primo luogo quello sanitario.

Perché ciò avvenga è, tuttavia, necessario sviluppare una cultura del dato e del monitoraggio fra i diversi soggetti coinvolti. E rispondere alle seguenti domande. Quali dati raccolgo? Come li raccolgo? Con quale obiettivo? Per dare risposta a quali interrogativi?

In altre parole, occorre investire sulla capacità di mettere a sistema informazioni prima disomogenee e frammentate e di svolgere una “politica attiva sul dato”, che non si limiti alla semplice archiviazione delle informazioni, ma utilizzi queste informazioni nel supportare i processi decisionali inerenti le attività di programmazione, gestione e valutazione dei servizi e degli interventi sociali. Cosa che presuppone la condivisione di un obiettivo comune tra i diversi interlocutori e la costruzione di strumenti informativi-informatici dialoganti.

Nel realizzare tale investimento, di cui la ricerca condotta rappresenta in parte una conseguenza e in parte una causa, non bisogna dimenticare gli sforzi già compiuti in altri contesti regionali e quelli prodotti a livello centrale. È, infatti, cruciale collegare quello che si fa o si farà sul territorio con quello che già viene fatto da altre Regioni, allo scopo di uniformare i vocabolari e le modalità di raccolta dei dati. Le schede di rilevazione della spesa sociale hanno subito diverse variazioni nel corso del triennio preso in esame dall'indagine, ma ogni variazione apportata o da apportare in futuro non può non tener conto di ciò che avviene al di fuori del contesto locale, come nel caso, in primo luogo, dell'indagine promossa dall'Istat sulla spesa sociale dei Comuni. Per evitare sovrapposizioni ed eventuali scostamenti e disomogeneità nella raccolta ed analisi dei dati, occorre adottare a livello locale un sistema di classificazione e strumenti di raccolta dei dati che siano in sintonia con le codifiche nazionali ed internazionali già esistenti e con le indicazioni regionali, garantendo, al contempo, le informazioni specifiche necessarie alla programmazione territoriale.

Cosa è stato fatto. Cosa ancora c'è da fare

La ricerca condotta è stata articolata in due macro-aree. Nella prima sono state affrontate le questioni teoriche e metodologiche connesse alla definizione dei LEP. Nella seconda l'attenzione si è concentrata sul sistema sociale del Comune di Mantova, sia in riferimento agli andamenti socio-demografici e alla domanda di servizi, sia in termini di prestazioni erogate e spesa sostenuta.

Il contributo offerto nella seconda macro-area di indagine è andato, quindi, in direzione della realizzazione di una serie di azioni: un censimento dei servizi attivi e degli enti gestori sul territorio; un'analisi dello scenario socio-demografico locale; un approfondimento sugli andamenti della spesa sociale comunale, del costo medio per utente delle prestazioni concernenti i livelli essenziali di assistenza sociale, della spesa pro capite, del grado di copertura dei servizi.

Se molte sono le attività realizzate, altrettante sono quelle che meritano attenzione. E alcuni sforzi ulteriori potrebbero essere fatti per approfondire quanto finora rilevato.

Sul versante dell'*offerta sociale*, il focus del rapporto, seppur conforme agli obiettivi del Comune di Mantova che si vuole interrogare sull'andamento delle proprie scelte, risulta tuttavia limitato dal fatto di aver coperto solo l'area delle politiche pubbliche di spesa e di non essere riuscito, almeno in questa fase, ad integrare le informazioni inerenti l'Amministrazione comunale con quelle di altri enti coinvolti nell'erogazione di servizi e interventi sociali e sociosanitari.

Se questo, da una parte, può essere imputato alle già menzionate difficoltà di dialogo e condivisione delle informazioni tra settori e strutture diversi, dall'altra parte bisogna considerare anche la generale difficoltà di andare oltre l'ordinaria rappresentazione dei finanziamenti pubblici destinati all'erogazione di servizi ed interventi sociali.

Dando per acquisito che la risposta ai bisogni mobilita sul territorio una molteplicità di risorse, la capacità di rapportare la programmazione delle politiche sociali locali all'intero universo delle risorse concretamente spese per fini sociali permetterebbe di razionalizzare la spesa ed investire su processi di qualità (in termini ad esempio di appropriatezza delle risposte e continuità assistenziale). Anche a parità di risorse impiegate non è, infatti, indifferente l'utilizzo che viene fatto di tali risorse e l'impatto delle scelte compiute.

Si parla, in proposito, di “*strategia di portafoglio*” dell'offerta sociale istituzionale in sinergia con l'ambiente di riferimento⁵³. Discorso che coinvolge la capacità dell'Amministrazione di creare network territoriali e farsi strumento di moltiplicazione del capitale sociale. Il punto è passare dalla logica

⁵³ Cfr. Spano Pierangelo, *L'equilibrismo quotidiano di chi lavora nel sociale*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie* n. 11-12/2008.

“ragionieristica” imposta dal binomio scarsità delle risorse-complessità dei bisogni sociali, alla cultura del budget, ossia al governo complessivo delle risorse sociali del territorio che integra soggetti, interventi, fonti di finanziamento, competenze, responsabilità, ponendo al centro la questione dei diritti. In veste conoscitiva, sarebbe quindi importante dare conto anche di programmi ed iniziative che non facciano capo all’operatore pubblico o di tipologie di intervento che non avvengano per il tramite della spesa, con l’obiettivo di rappresentare sistematicamente l’universo dei servizi ed interventi sociali pubblici e privati attivi sul territorio e degli enti-attori sociali che operano localmente.

Sul versante della **domanda sociale**, più volte nel corso dell’indagine è stato ribadito come l’analisi si sia concentrata sulla domanda espressa e potenziale, e non abbia investito altre dimensioni legate ai bisogni e ai diritti dei cittadini. Le informazioni utilizzate, ossia i dati amministrativi e quelli forniti dalle statistiche ufficiali, rappresentano senz’altro una valida piattaforma informativa su cui costruire lo scenario socio-demografico del territorio di riferimento. Tuttavia, è ormai opinione diffusa che la complessità e multidimensionalità dei bisogni sociali richieda tecniche di indagine mirate alla conoscenza e comprensione delle diverse caratteristiche dei soggetti portatori di bisogni. Senza contare la difficoltà di disaggregare a livello sub-provinciale molte rilevazioni di carattere nazionale.

Per questo, alcune esperienze regionali inerenti il sistema informativo delle politiche sociali, oltre alla rilevazione sistematica dell’offerta dei servizi, supportano la programmazione zonale attraverso la progettazione ed implementazione di modelli per la rilevazione del bisogno sociale e l’integrazione dei dati territoriali, rilevati attraverso interviste e focus group, con i dati statistici nazionali descrittivi⁵⁴.

Una criticità comunemente riscontrata dalle indagini sui sistemi informativi regionali è quella relativa ad uno sbilanciamento di attenzione verso l’offerta di servizi. Tuttavia, altrettanto diffusa è la consapevolezza della necessità di rafforzare l’osservazione dei bisogni e delle condizioni sociali generali della popolazione. Solo sviluppando un sistema permanente di analisi della domanda sociale, nella sua accezione più ampia (di cui la domanda espressa è solo una parte), è possibile infatti costruire un profilo di comunità in grado di orientare nelle scelte. In quest’ottica, il sistema informativo di un territorio servirebbe sì a monitorare i servizi esistenti e le risorse impiegate, ma sarebbe fondamentale anche per analizzare l’evoluzione della domanda sociale e valutare l’offerta.

Qui torna l’accento sulla capacità di mettere in rete i flussi informativi, avviando cooperazioni interistituzionali e favorendo il coordinamento tra i diversi centri di documentazione, istituzionali e non, interessati alle politiche sociali (altri assessorati, altri enti, altri soggetti presenti localmente).

⁵⁴ Cfr. Formez, *I sistemi regionali di rilevazione e monitoraggio della domanda e dell’offerta di servizi sociali*, Materiali, 2007.

All'interno del territorio comunale esistono, infatti, tanti bacini informativi quante sono le istituzioni e le organizzazioni attive a livello locale. Bacini che spesso vengono utilizzati in modo autoreferenziale e che invece, insieme, potrebbero offrire una visione sistematica della vita comunitaria, funzionale all'assunzione di decisioni orientate al miglioramento della qualità della vita dei propri cittadini. Senza contare l'acquisizione di ulteriori vantaggi, quali la possibilità di abbattere i costi della rilevazione delle informazioni ed eliminare eventuali duplicazioni dei dati.

Infine, del tutto assente tra gli obiettivi della ricerca condotta, ma imprescindibile per una conoscenza completa del sistema sociale locale che sia in grado di orientare nelle decisioni politiche, è il versante della *qualità dei servizi*. Per comprendere gli esiti delle scelte compiute e costruire visioni sul futuro, occorre valutare l'impatto delle politiche sociali, capire se gli interventi attuati siano i più appropriati rispetto allo stato di bisogno delle persone in condizione di disagio, se questi interventi siano i più efficaci o se non vadano invece sostituiti o accompagnati da altri interventi. Analisi e riflessioni che potrebbero, quindi, interessare una successiva fase dell'indagine.

Quali indicazioni per la definizione dei LEP?

Una delle riflessioni avanzate all'inizio del presente rapporto di ricerca configurava la definizione dei LEP come una *scelta politica storicamente determinata*. Politica, in quanto avente a che fare con il tipo di welfare che si vuole costruire ed assicurare alla comunità. Storicamente determinata, perché inerente l'appropriatezza delle risposte ai bisogni avvertiti dalla collettività.

L'indagine effettuata ha fornito una serie di elementi in grado di fotografare un importante spezzone della realtà, dando indicazioni sul contesto socio-demografico di riferimento e sui soggetti portatori dei bisogni; sulle prestazioni attualmente esistenti e sugli enti gestori dei servizi; sugli andamenti della spesa sociale comunale e sul costo medio per utente; sulla spesa pro capite per abitante e sul grado di copertura dei servizi; sul numero di posti nelle strutture e sul loro livello di presa in carico.

Stante le limitazioni già evidenziate e le inevitabili lacune da colmare, tale bagaglio informativo può costituire una prima base di partenza per iniziare a ragionare sulla definizione dei diritti sociali e delle prestazioni atte a garantirli; riflessione che investe tanto l'esistente, quanto il processo di costruzione di nuove soluzioni.

Tra la mole di dati forniti, possiamo evidenziare alcune questioni su cui riflettere, quali la crescita della spesa comunale destinata ai trasferimenti ai cittadini, la riduzione degli anziani in carico ai servizi

sociali, la distribuzione della spesa domiciliare tra servizi e Buoni sociali a vantaggio di questi ultimi, la quota crescente di spesa pubblica destinata ad enti ed associazioni del territorio.

Il fatto che nel corso del triennio in esame la spesa in trasferimenti ai cittadini sia cresciuta del 76,0%, in concomitanza con una riduzione delle risorse per i servizi sociali dell'1,5%, individua una tendenza che merita di essere approfondita. In considerazione dello sbilanciamento del nostro sistema di welfare a vantaggio delle erogazioni monetarie, occorre interrogarsi se, e a che livello, i trasferimenti ai cittadini rappresentino l'intervento più appropriato rispetto ai bisogni avvertiti.

Tale discorso trova un terreno di concreta discussione se analizziamo, nell'ambito delle politiche di sostegno alla domiciliarità, il rapporto tra servizi di assistenza domiciliare e Buoni sociali, pur nell'ambito di una riflessione più ampia che investa e coinvolga anche gli orientamenti regionali e la destinazione d'uso delle risorse trasferite ai Comuni.

Nel 2006, i Buoni hanno rappresentato il 53,5% della spesa sociale complessivamente erogata in servizi ed interventi di carattere domiciliare, rivolgendosi ad una platea di 165 destinatari per un importo mensile medio di 125,00 euro.

Ora, se è vero che il Buono sociale porta con sé una serie di meriti, quali quelli di riconoscere l'impegno assistenziale di chi già risponde al bisogno di cura di un familiare, offrire risorse per trovare risposte alternative alla famiglia (si pensi al fenomeno delle badanti), scongiurare il ricovero in strutture residenziali al di fuori del proprio contesto di vita, tuttavia il meccanismo di funzionamento dei Buoni stessi e il loro importo lasciano aperte alcune questioni. Bisogna innanzitutto chiedersi se il valore economico dei Buoni sociali sia commisurato agli obiettivi che si volevano raggiungere, se questo strumento non porti con sé il rischio di ridurre lo spazio dei servizi sociali, a favore di una libertà di scelta più teorica che reale, poiché le persone e le famiglie in situazione di bisogno potrebbero non possedere abbastanza informazioni/conoscenze/lucidità per scegliere autonomamente. Bisogna domandarsi quali regole di rendicontazione e valutazione dei Buoni sociali andrebbero introdotte, tenendo conto che si tratta di interventi per i quali è prevista la verifica dei requisiti di accesso, con tutti i limiti che essa comporta in termini di controllo della reale situazione patrimoniale e quindi di equità nella distribuzione delle risorse, ma non è contemplata la rendicontazione delle spese, né la valutazione della qualità. In questo modo, il rischio è che il Buono si qualifichi concretamente come un trasferimento di risorse alle famiglie, finalizzato al sostegno del reddito, con le potenziali conseguenze di rinforzare, da una parte, l'offerta di lavoro nero, sottopagato e privo di garanzie, e dall'altra di far fuoriuscire ulteriormente dal mondo del lavoro le donne, ratificando il ruolo assistenziale femminile.

In questo quadro, fondamentale potrebbe essere la possibilità di effettuare una valutazione multidimensionale dei bisogni e progettare interventi personalizzati, individuando il mix più appropriato di trasferimenti e servizi sociali. Il che non significa affastellare interventi e prestazioni in una cornice progettuale data e definita dall'esterno. Ma significa uscire dal “prestazionismo”, definire progetti di vita in evoluzione (periodicamente rivisti e concordati) che garantiscano la presa in carico globale della persona, nella sua unitarietà, a partire da quelli che sono i suoi progetti, i suoi desideri, le sue capacità. Così facendo, il progetto individuale si viene a caratterizzare per il suo essere unitario e non frammentato, al contrario di come oggi appaiono strutturati i servizi, separati per competenza degli enti, per area di intervento, per età delle persone (pensiamo, ad esempio, al trauma di una persona con disabilità che al compimento del 65° anno di età “diventa un anziano” e passa da una struttura comunitaria per disabili ad una RSA).

Nell’ambito di un progetto per la persona possono, inoltre, trovare posto tutte quelle risorse, non solo pubbliche, che solitamente vengono mobilitate per far fronte ad una situazione di bisogno. In questa direzione, ad esempio, l’indirizzo di inserire attraverso lo strumento del Voucher (con connessi criteri di accesso e partecipazione) il ricorso all’assistenza privata nella rete dei servizi di sostegno alla domiciliarità si assocerebbe a politiche di emersione del lavoro irregolare, creando inoltre un mix tra mercato e capacità della Pubblica Amministrazione di farsi garante di percorsi di selezione, formazione e qualità delle prestazioni.

Un altro degli andamenti rilevati dall’indagine che colpisce di più è la riduzione, nel triennio in esame, degli anziani in carico ai servizi sociali, in controtendenza rispetto alla continua crescita della popolazione di 65 anni ed oltre. A ben guardare, il decremento evidenziato va ad investire prevalentemente l’area della residenzialità ed induce ad avanzare alcune ipotesi. Se cresce la popolazione anziana, ma si riducono gli utenti a totale o parziale carico del Comune nelle strutture residenziali, ciò significa che è stata portata avanti un’efficace politica di sostegno alla domiciliarità? Che si ricorre maggiormente all’assistenza privata e/o alla famiglia anche in virtù dell’introduzione dei Buoni sociali? Che aumenta la ricchezza per cui cresce il numero di coloro che usufruiscono del servizio di assistenza residenziale acquistandolo per intero?

Sicuramente, nell’arco del triennio considerato, la spesa comunale in domiciliarità ha registrato un significativo aumento, pur collocandosi molto al di sotto delle risorse impiegate per le strutture residenziali. Nell’ambito dell’area anziani, a crescere è il SAD, ma anche e soprattutto i Buoni sociali, i quali coprono nel 2006 il 66,3% delle risorse indirizzate alle politiche di sostegno alla domiciliarità delle persone anziane, per un importo medio a beneficiario di 154,00 euro mensili.

Contemporaneamente, aumenta l'entità delle risorse impiegate nelle strutture residenziali, nonostante la contrazione degli utenti a totale o parziale carico dei servizi sociali (anche in funzione dei criteri di accesso alle strutture), poiché cresce significativamente la quota a copertura delle rette, quale strumento di calmierazione dei prezzi. Ciò ha avuto come obiettivo la sostenibilità delle rette nelle strutture residenziali per anziani, traducendosi di fatto in un trasferimento indiretto ai cittadini attraverso il sostegno all'ente gestore (pur registrandosi comunque un aumento medio della partecipazione per singolo utente).

Tali considerazioni non possono essere trascurate in sede di riflessione sui LEP, poiché chiamano in causa alcune questioni legate al tipo di welfare che si vuole adottare, ai criteri di accesso ai servizi, alla valutazione dei risultati raggiunti in funzione degli obiettivi che si intendevano perseguire.

Merita un'ultima riflessione la crescita dei finanziamenti indirizzati al sostegno delle iniziative inserite nel Piano di Zona ed al supporto dei soggetti non istituzionali attivi sul territorio.

Come già evidenziato in precedenza, tali risorse denunciano un interesse da parte dell'Amministrazione nei confronti di interventi che non siano solo legati a prestazioni individuali verso persone in situazione di bisogno, ma favoriscano anche la prevenzione, lo sviluppo di opportunità sul territorio, il lavoro di rete, l'innovazione e la sperimentazione (interventi su cui sarebbe necessario un supplemento di indagine, in grado di evidenziarne caratteristiche e risultati). Ciò che qui si vuole richiamare è una delle dimensioni della definizione dei LEP, che non interviene esclusivamente su un bisogno manifesto ma comprende anche prestazioni di natura promozionale e preventiva. Così come non si può e non si deve dimenticare la dimensione qualitativa dei livelli essenziali, che ha a che fare con i requisiti di qualità delle prestazioni, di cui l'applicazione sistematica del progetto individuale potrebbe costituire un esempio.

Quanto finora illustrato fa riferimento ad alcuni risultati dell'indagine, e quindi al sistema di prestazioni esistente e alla sua evoluzione. Tuttavia, all'inizio lo abbiamo ricordato, la definizione dei LEP investe anche la capacità di passare dall'offerta di quello che si ha alla ricerca di quello che non c'è. E la tentazione di vincolarsi eccessivamente al sistema di interventi e servizi esistente potrebbe portare a subirne inevitabilmente i limiti, alimentando un meccanismo di finanziamento delle politiche sociali centrato sulla spesa storica. Per evitare tale rischio, torna l'importanza di investire su un sistema informativo adeguato a rappresentare la complessità delle situazioni e delle azioni, che sia funzionale all'assunzione delle decisioni e alla valutazione dei risultati raggiunti. Diversamente, i rischi potrebbero essere quelli di continuare a non interrogarsi sull'impatto delle politiche attuate nel miglioramento della qualità della vita dei propri cittadini e di mantenere un approccio incrementale delle politiche sociali,

dove ogni innovazione si somma all'esistente senza riuscire a rinegoziare gli equilibri interni. Rischi che dovrebbero essere evitati soprattutto in un momento, come quello attuale, in cui la scarsità delle risorse e le difficoltà palesate impongono delle scelte di priorità. In altre parole, c'è bisogno di capire se ciò che fanno le politiche sociali è efficace e in che misura. Ma per farlo è indispensabile definire priorità, obiettivi e risultati attesi. Solo in questo modo è possibile, infatti, valutare l'impatto di una politica e smettere di pensare che un intervento funziona solo perché viene offerto e/o ha molti utenti.

Da ultimo, non bisogna dimenticare che da molte parti si riconosce l'irrinunciabilità della definizione dei LEP, intesa non tanto e non solo come tipologia di prestazioni e standard quantitativi e qualitativi, ma soprattutto come definizione di diritti sociali esigibili. Tale richiesta incorpora un cambiamento sostanziale di prospettiva, che è quello del passaggio dall'ottica del bisogno a quella del diritto, agendo sulla discrezionalità dell'intervento sociale (che non va più a coprire un bisogno da rilevare ma si configura come uno strumento di garanzia del diritto) e quindi sui rapporti tra ente erogatore e beneficiario delle prestazioni.

Porre l'accento sulla definizione dei LEP come diritti esigibili, pur considerando il principio dell'esigibilità sostenibile⁵⁵, impone l'individuazione delle risorse necessarie per il loro finanziamento. Da questo punto di vista, bisogna tener conto anche del futuro sviluppo del federalismo fiscale, attualmente oggetto di discussione parlamentare. L'attuale riforma prevede, infatti, profondi cambiamenti che riguardano sia il prelievo tributario sia la distribuzione delle risorse sull'intero territorio nazionale. L'assetto definitivo inciderà, quindi, non soltanto sugli equilibri di finanza pubblica, ma anche sul livello e la qualità dei servizi erogati ai cittadini. La complessità del dibattito scaturisce dalle numerose preoccupazioni per il risultato finale, sia sul piano della parità di trattamento dei cittadini, sia per quanto riguarda il vincolo posto dalle risorse disponibili. In futuro, infatti, le risorse per gli enti decentrati potrebbero essere minori di quelle attuali e ciò andrebbe ad incidere sulla definizione dei LEP locali e sul loro successivo mantenimento.

Nell'ottica degli obiettivi che il Comune di Mantova si era posto nell'avviare la ricerca condotta, la sfida potrebbe essere quella di coinvolgere le altre istituzioni interessate alle politiche sociali, gli attori non istituzionali, i Comuni del proprio ambito territoriale, nell'ipotizzare un percorso di definizione dei LEP, non a livello comunale, ma a livello di Piano di Zona, individuando strumenti, quali il budget

⁵⁵ Secondo tale principio possono rientrare nei livelli essenziali sia le prestazioni definite come immediatamente esigibili, da parte tutti gli utenti in determinate situazioni di bisogno e/o con specifici requisiti, sia quelle che, pur non immediatamente esigibili e ad applicazione graduale, vengono comunque ritenute essenziali (cfr. prima parte del presente rapporto di ricerca).

sociale unico di ambito, che potrebbero ridurre la permanente incertezza sulle risorse disponibili e dare impulso alla programmazione.

APPENDICE

Anziani		
RSA	<i>Residenzialità</i>	<i>Servizio</i>
Contributo a copertura rette	<i>Residenzialità</i>	<i>Trasferimento*</i>
Mini alloggi protetti	<i>Residenzialità</i>	<i>Servizio</i>
CDI	<i>Semiresidenzialità</i>	<i>Servizio</i>
SAD	<i>Domiciliarità</i>	<i>Servizio</i>
Buoni sociali	<i>Domiciliarità</i>	<i>Trasferimento*</i>
Trasporto	<i>Altri servizi</i>	<i>Servizio</i>
Disabilità		
RSD	<i>Residenzialità</i>	<i>Servizio</i>
Comunità	<i>Residenzialità</i>	<i>Servizio</i>
CDD/CSE	<i>Semiresidenzialità</i>	<i>Servizio</i>
SFA	<i>Semiresidenzialità</i>	<i>Servizio</i>
SAD	<i>Domiciliarità</i>	<i>Servizio</i>
SEDD	<i>Domiciliarità</i>	<i>Servizio</i>
Buoni sociali	<i>Domiciliarità</i>	<i>Trasferimento*</i>
Nuoto	<i>Altri servizi</i>	<i>Servizio</i>
Trasporto Centri diurni	<i>Altri servizi</i>	<i>Servizio</i>
Minori		
Istituti e Comunità	<i>Residenzialità</i>	<i>Servizio</i>
Centro Diurno	<i>Semiresidenzialità</i>	<i>Servizio</i>
CAG	<i>Semiresidenzialità</i>	<i>Servizio</i>
SEDM	<i>Domiciliarità</i>	<i>Servizio</i>
Buoni sociali	<i>Domiciliarità</i>	<i>Trasferimento*</i>
Affidi	<i>Affido</i>	<i>Servizio</i>
Asili nido	<i>Area Socioeducativa</i>	<i>Servizio</i>
CRED	<i>Area Socioeducativa</i>	<i>Servizio</i>
Povertà e disagio sociale		
Centro accoglienza donne	<i>Pronto intervento sociale</i>	<i>Servizio</i>
Assistenza economica	<i>Sostegno al reddito e servizio alloggio</i>	<i>Trasferimento*</i>
FSA	<i>Sostegno al reddito e servizio alloggio</i>	<i>Trasferimento*</i>
Inserimenti lavorativi	<i>Altri servizi</i>	<i>Servizio</i>
Dormitorio	<i>Pronto intervento sociale</i>	<i>Servizio</i>
Pensionato sociale	<i>Pronto intervento sociale</i>	<i>Servizio</i>
Emergenza caldo/freddo	<i>Pronto intervento sociale</i>	<i>Servizio</i>
Multiutenza		
Segretariato sociale	<i>Segretariato sociale e servizio sociale professionale</i>	<i>Servizio</i>
Informagiovani	<i>Segretariato sociale e servizio sociale professionale</i>	<i>Servizio</i>
Servizio sociale professionale	<i>Segretariato sociale e servizio sociale professionale</i>	<i>Servizio</i>
Altro		
Consorzio Solidarietà	<i>Altri servizi</i>	<i>Trasferimento*</i>
Contributi Enti/Associazioni	<i>Altri servizi</i>	<i>Trasferimento*</i>
Altri contributi	<i>Altri servizi</i>	<i>Trasferimento*</i>

* La voce Trasferimento è stata disaggregata, nel corso dell'analisi, in *trasferimenti ai cittadini* e *trasferimenti ad enti ed associazioni*. Si configurano come trasferimenti ad enti ed associazioni tutti gli interventi raggruppati nell'area Altro (Consorzio Solidarietà; Contributi ad Enti/Associazioni; Altri contributi). Tutti gli altri trasferimenti risultano, invece, indirizzati ai cittadini.

ALLEGATI

Allegato 1 - Popolazione residente nel Comune di Mantova per classe d'età e sesso al 1° gennaio (Anni 1992-2008)

Età/Anni	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0-4	1503	1464	1475	1450	1423	1484	1579	1635	1676	1724	1722	1782	1783	1749	1778	1815	1865
5-9	1420	1434	1408	1451	1443	1418	1424	1475	1537	1549	1638	1649	1680	1719	1746	1739	1747
10-14	1876	1683	1597	1517	1455	1446	1432	1428	1459	1473	1485	1508	1574	1617	1596	1639	1662
15-19	3100	2860	2604	2352	2102	1889	1733	1620	1538	1503	1501	1489	1493	1555	1576	1602	1633
20-24	3890	3800	3573	3450	3309	3121	2898	2682	2392	2178	2021	1857	1731	1817	1776	1766	1800
25-29	4289	4077	4039	3974	3819	3637	3683	3544	3494	3431	3244	3098	2800	2738	2531	2470	2356
30-34	3625	3707	3743	3848	3855	3902	3786	3754	3755	3702	3636	3724	3695	3687	3585	3451	3212
35-39	3330	3252	3272	3319	3348	3401	3516	3591	3673	3784	3874	3831	3879	3891	3738	3704	3744
40-44	3590	3381	3265	3190	3154	3167	3145	3162	3184	3260	3331	3536	3651	3789	3812	3957	3866
45-49	3563	3693	3616	3644	3726	3464	3277	3118	3074	3031	3057	3097	3224	3325	3370	3473	3595
50-54	4043	3844	3683	3506	3240	3325	3416	3449	3451	3523	3261	3109	3033	3077	3106	3115	3128
55-59	3669	3724	3792	3787	3720	3759	3604	3468	3349	3110	3198	3303	3351	3347	3390	3219	3057
60-64	3777	3725	3638	3621	3559	3457	3458	3500	3508	3464	3544	3460	3328	3193	2980	3061	3180
65-69	3756	3603	3452	3427	3476	3448	3425	3373	3306	3287	3170	3227	3372	3334	3300	3388	3302
70-74	2655	2978	3358	3542	3404	3290	3194	3078	3023	3065	3054	3064	3054	3019	3029	2910	2948
75-79	2379	2082	1910	1784	1962	2224	2471	2745	2887	2808	2723	2647	2594	2567	2600	2631	2636
80-84	1522	1620	1674	1721	1796	1736	1550	1438	1368	1460	1679	1892	2120	2220	2165	2087	2036
85-89	693	715	768	818	851	888	984	1031	1035	1103	1084	992	889	870	965	1138	1248
90-94	229	248	253	259	285	280	282	309	343	356	435	451	450	470	508	513	494
95-99	47	46	49	55	63	60	61	59	57	80	93	104	112	110	105	118	123
100 e più	5	6	6	6	6	7	7	6	3	4	4	6	7	9	15	14	17
Totale M+F	52961	51942	51175	50721	49996	49403	48925	48465	48112	47895	47754	47826	47820	48103	47671	47810	47649

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Allegato 2 - Popolazione di sesso maschile residente nel Comune di Mantova per classe d'età al 1° gennaio (Anni 1992-2008)

Età/Anni	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0-4	713	689	685	674	666	735	804	868	912	965	919	929	917	911	915	953	996
5-9	751	747	719	713	683	651	660	694	754	764	832	848	874	911	958	926	925
10-14	940	856	802	784	755	774	757	722	709	715	720	742	777	812	809	828	852
15-19	1600	1459	1312	1196	1051	951	872	822	792	779	779	772	752	763	763	801	831
20-24	2063	2034	1903	1809	1736	1626	1485	1359	1226	1103	1016	934	876	938	907	897	929
25-29	2212	2131	2127	2085	2018	1910	1965	1910	1849	1799	1721	1641	1484	1407	1316	1291	1211
30-34	1862	1895	1902	1979	1971	1988	1937	1949	1949	1935	1894	1956	1946	1923	1891	1793	1650
35-39	1654	1626	1625	1632	1664	1726	1784	1794	1871	1919	1940	1940	1982	2031	1915	1917	1923
40-44	1714	1645	1593	1559	1531	1538	1540	1536	1558	1618	1701	1791	1832	1919	1934	1981	1962
45-49	1651	1707	1701	1724	1781	1653	1584	1511	1487	1450	1466	1516	1574	1598	1634	1717	1770
50-54	1828	1735	1637	1567	1433	1496	1538	1618	1621	1660	1543	1507	1470	1450	1458	1452	1466
55-59	1651	1715	1736	1717	1686	1671	1591	1496	1466	1373	1459	1500	1556	1535	1561	1489	1440
60-64	1652	1618	1573	1567	1551	1529	1552	1581	1545	1527	1538	1498	1422	1378	1300	1360	1408
65-69	1540	1482	1436	1429	1475	1439	1428	1377	1364	1366	1346	1401	1494	1455	1434	1449	1400
70-74	1020	1131	1303	1386	1299	1276	1247	1237	1214	1235	1204	1201	1167	1175	1214	1199	1244
75-79	832	712	641	595	701	800	875	974	1024	968	959	941	966	959	966	972	969
80-84	434	497	507	519	541	543	480	425	418	466	537	584	664	693	660	664	649
85-89	163	165	196	206	200	205	234	267	249	271	278	269	233	231	265	315	349
90-94	49	60	49	49	52	50	40	53	68	61	76	78	82	84	95	97	112
95-99	6	9	11	12	12	10	6	4	4	8	14	13	17	19	16	14	14
100 e più	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	3	3
Totale Maschi	24335	23913	23458	23202	22806	22571	22380	22198	22080	21982	21942	22061	22085	22192	22012	22118	22103

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Allegato 3 - Popolazione di sesso femminile residente nel Comune di Mantova per classe d'età al 1° gennaio (Anni 1992-2008)

Età/Anni	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0-4	790	775	790	776	757	749	775	767	764	759	803	853	866	838	863	862	869
5-9	669	687	689	738	760	767	764	781	783	785	806	801	806	808	788	813	822
10-14	936	827	795	733	700	672	675	706	750	758	765	766	797	805	787	811	810
15-19	1500	1401	1292	1156	1051	938	861	798	746	724	722	717	741	792	813	801	802
20-24	1827	1766	1670	1641	1573	1495	1413	1323	1166	1075	1005	923	855	879	869	869	871
25-29	2077	1946	1912	1889	1801	1727	1718	1634	1645	1632	1523	1457	1316	1331	1215	1179	1145
30-34	1763	1812	1841	1869	1884	1914	1849	1805	1806	1767	1742	1768	1749	1764	1694	1658	1562
35-39	1676	1626	1647	1687	1684	1675	1732	1797	1802	1865	1934	1891	1897	1860	1823	1787	1821
40-44	1876	1736	1672	1631	1623	1629	1605	1626	1626	1642	1630	1745	1819	1870	1878	1976	1904
45-49	1912	1986	1915	1920	1945	1811	1693	1607	1587	1581	1591	1581	1650	1727	1736	1756	1825
50-54	2215	2109	2046	1939	1807	1829	1878	1831	1830	1863	1718	1602	1563	1627	1648	1663	1662
55-59	2018	2009	2056	2070	2034	2088	2013	1972	1883	1737	1739	1803	1795	1812	1829	1730	1617
60-64	2125	2107	2065	2054	2008	1928	1906	1919	1963	1937	2006	1962	1906	1815	1680	1701	1772
65-69	2216	2121	2016	1998	2001	2009	1997	1996	1942	1921	1824	1826	1878	1879	1866	1939	1902
70-74	1635	1847	2055	2156	2105	2014	1947	1841	1809	1830	1850	1863	1887	1844	1815	1711	1704
75-79	1547	1370	1269	1189	1261	1424	1596	1771	1863	1840	1764	1706	1628	1608	1634	1659	1667
80-84	1088	1123	1167	1202	1255	1193	1070	1013	950	994	1142	1308	1456	1527	1505	1423	1387
85-89	530	550	572	612	651	683	750	764	786	832	806	723	656	639	700	823	899
90-94	180	188	204	210	233	230	242	256	275	295	359	373	368	386	413	416	382
95-99	41	37	38	43	51	50	55	55	53	72	79	91	95	91	89	104	109
100 e più	5	6	6	6	6	7	6	5	3	4	4	6	7	9	14	11	14
Totale Femmine	28626	28029	27717	27519	27190	26832	26545	26267	26032	25913	25812	25765	25735	25911	25659	25692	25546

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Allegato 4 - Minori e anziani residenti nel Comune di Mantova al 1° gennaio (Anni 1992-2008)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Minori	6519	6138	5859	5670	5438	5360	5406	5459	5539	5599	5726	5852	5944	5997	6039	6139	6263
<i>di cui stranieri</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	560	607	708	783	848	934
Minori 0-3	1219	1172	1170	1152	1140	1210	1264	1313	1384	1377	1395	1446	1411	1401	1432	1480	1513
<i>di cui stranieri</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	178	164	206	230	259	282
Anziani	11286	11298	11470	11612	11843	11933	11974	12039	12022	12163	12242	12383	12598	12599	12687	12799	12804
<i>di cui 80 e oltre</i>	2496	2635	2750	2859	3001	2971	2884	2843	2806	3003	3295	3445	3578	3679	3758	3870	3918
<i>di cui stranieri</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43	49	59	64	73	78
Incidenza degli 80 e oltre sugli anziani	22,1	23,3	24	24,6	25,3	24,9	24,1	23,6	23,3	24,7	26,9	27,8	28,4	29,2	29,6	30,2	30,6

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat

Allegato 5 - Popolazione straniera residente nel Comune di Mantova per sesso e fascia d'età al 1° gennaio (Anni 2003-2008)

Età/Anni	2003			2004			2005			2006			2007			2008		
	Maschi	Femmine	Totale															
0-4	107	100	207	122	96	218	136	111	247	155	127	282	163	140	303	190	150	340
5-9	82	67	149	85	79	164	109	92	201	125	95	220	136	107	243	136	122	258
10-14	70	60	130	79	58	137	96	74	170	98	94	192	89	95	184	101	98	199
15-19	67	51	118	72	72	144	87	78	165	88	88	176	119	95	214	127	105	232
20-24	77	97	174	114	141	255	148	140	288	131	147	278	137	165	302	153	171	324
25-29	137	156	293	192	189	381	239	250	489	258	239	497	278	266	544	253	289	542
30-34	233	161	394	236	213	449	237	242	479	259	255	514	297	283	580	314	289	603
35-39	238	135	373	289	167	456	324	203	527	300	228	528	309	252	561	316	279	595
40-44	166	99	265	194	133	327	228	188	416	235	183	418	276	212	488	302	227	529
45-49	64	48	112	85	88	173	117	140	257	140	153	293	169	179	348	194	204	398
50-54	41	22	63	54	49	103	68	105	173	66	118	184	72	138	210	81	161	242
55-59	15	24	39	20	35	55	26	48	74	35	62	97	49	69	118	45	81	126
60-64	10	22	32	7	20	27	8	22	30	11	24	35	12	30	42	20	38	58
65-69	9	11	20	7	15	22	8	24	32	9	19	28	12	24	36	12	22	34
70-74	6	6	12	6	3	9	2	4	6	5	14	19	6	13	19	11	16	27
75-79	3	4	7	3	7	10	5	8	13	5	4	9	6	4	10	6	6	12
80-84	2	2	4	4	4	8	4	3	7	3	4	7	3	4	7	0	2	2
85-89	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	2	1	3
90-94	0	0	0															
95-99	0	0	0															
100 e più	0	0	0															
Totale	1327	1065	2392	1569	1369	2938	1842	1733	3575	1924	1854	3778	2134	2076	4210	2263	2261	4524

Fonte: Elaborazione Associazione Nuovo Welfare su dati Istat